

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ASSOCIADO EM
EDUCAÇÃO FÍSICA – UEM/UEL

ALISSIANNY HAMAN FOGAGNOLI

**ASSOCIAÇÃO DO TRANSTORNO DO
DESENVOLVIMENTO DA
COORDENAÇÃO COM A PERCEPÇÃO
DE COMPETÊNCIA E A QUALIDADE
DE VIDA DE ESCOLARES.**

Maringá
2013

ALISSIANNY HAMAN FOGAGNOLI

**ASSOCIAÇÃO DO TRANSTORNO DE
DESENVOLVIMENTO DE COORDENAÇÃO
COM A PERCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA E
A QUALIDADE DE VIDA DE ESCOLARES.**

Dissertação de Mestrado
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação Associado em Educação
Física – UEM/UEL, para fins de
obtenção do título de Mestre em
Educação Física, na área de
concentração em Desempenho
Humano e Atividade Física.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Deprá

Maringá
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

F655a Fogagnoli, Alissianny Haman
Associação do transtorno do desenvolvimento da
coordenação com a percepção de competência e a
qualidade de vida de escolares / Alissianny Haman
Fogagnoli. -- Maringá, 2013.
150 f. : il., color., figs., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Deprá.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação Associado em Educação Física -
UEM/UEL, 2013.

1. Transtorno do desenvolvimento da coordenação.
2. Percepção de competência. 3. Qualidade de vida.
I. Deprá, Pedro Paulo, orient. II. Universidade
Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação Associado em Educação
Física - UEM/UEL. III. Universidade Estadual de
Londrina. IV. Título.

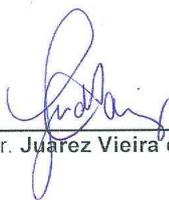
CDD 21.ed. 613.71

ALISSIANNY HAMAN FOGAGNOLI

**ASSOCIAÇÃO DO TRANSTORNO DO
DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO
COM A PERCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA E A
QUALIDADE DE VIDA DE ESCOLARES**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física – UEM/UEL, na área de concentração em Desempenho Humano e Atividade Física, para obtenção do título de Mestre.

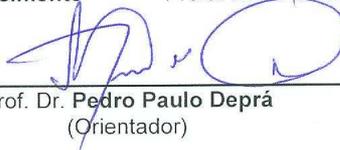
APROVADA em 23 de março de 2013.



Prof. Dr. Juárez Vieira do Nascimento



Profa. Dra. Lenamar Fiorese Vieira



Prof. Dr. Pedro Paulo Deprá
(Orientador)

Dedicatória

À minha família ...

À minha mãe Leni Haman Fogagnoli (*in memoriam*), meu maior exemplo, a quem amarei eternamente, a quem devo tudo que sou, que sempre prezou e me incentivou pela busca do conhecimento, e que hoje tenho certeza que esta orgulhosa e feliz por esta etapa que concluo em minha vida, pois tenho a certeza que está sempre comigo.

Ao meu pai José Claudemir Fogagnoli (*in memoriam*), que a maneira dele, sempre apoiou e se dedicou para que conseguísse atingir os objetivos traçados para minha vida.

À minha irmã Alessandra Haman Fogagnoli, que sempre esteve e está ao meu lado, em tudo na minha vida, que admiro muito. É minha companheira, minha amiga, meu porto seguro.

Ao meu irmão Alekssandro Haman Fogagnoli, meu companheiro, colega de área e quem admiro pela inteligência e capacidade que possui.

Aos meus sobrinhos Nikollas, Nikoly, Igor, Maria Victória e Sophia, os amores da minha vida.

Aos meus cunhados pelo apoio e incentivo de sempre.

À minha tia Maria Clarinha, por todo o amor, preocupação, apoio e incentivo; e por se fazer sempre presente na minha vida.

Amo todos vocês!!!

Agradecimentos

Ao finalizar este estudo e chegar ao final desta etapa, gostaria de agradecer a todos aqueles que fizeram parte de todo este processo, que me acompanharam, cada um do seu jeito, me incentivando e apoiando em todos os momentos.

Ao Programa de Pós Graduação Associado em Educação Física da Universidade Estadual de Maringá e Universidade Estadual de Londrina.

À minha orientadora, Prof. Dr. Christi Noriko Sonoo, pela oportunidade, confiança, companheirismo, carinho, dedicação e competência demonstrada em todo esse processo, e principalmente pela valiosa contribuição para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Paulo Deprá, pela confiança, atenção e significativa contribuição para a finalização deste estudo.

À Prof. Dr. Lenamar Fiorese Vieira pelo aceite em participar da banca examinadora e por todos os ensinamentos no decorrer das disciplinas ministradas.

Ao Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento pelo aceite em participar da banca examinadora.

Aos docentes do Programa de Mestrado, pela convivência e conhecimentos transmitidos por meio das disciplinas.

À Faculdade Integrado de Campo Mourão pelo incentivo.

Aos meus amigos, que foram de fundamental importância em todo este processo, pela convivência, pela companhia, pelas palavras de incentivo, e simplesmente por fazerem parte da minha vida.

À minha amiga-irmã, Gislane Ferreira, pelas angústias, apertos e alegrias que passamos neste período.

À minha família, que mesmo longe, estiveram sempre comigo, me apoiando e incentivando.

À Deus, que me fortalece e ilumina o meu caminho em todas as situações da minha vida.

Muito Obrigada!!!

FOGAGNOLI, Alissianny Haman. **Associação do transtorno do desenvolvimento da coordenação com a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares.** 2013. 163f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.

RESUMO

Este estudo caracterizado como descritivo-correlacional objetivou analisar o nível de associação do transtorno do desenvolvimento da coordenação com a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos de um município da região Noroeste do Paraná. A amostra foi composta por 472 escolares com idade entre 8 a 10 anos, de ambos os gêneros, matriculados nas escolas municipais do município de Campo Mourão. Para a coleta dos dados utilizou-se o teste ABC do Movimento de Henderson e Sugden (1992); a Escala de Autopercepção para Crianças (EAPC) validada por Valentini et al. (2010), e a Escala de Qualidade de Vida da Criança validada por Assumpção et al (2000). Na análise dos dados utilizou-se: teste de Kolmogorov Smirnov, mediana, quartis (Q1-Q3), frequência, percentual, Teste U de Mann-Whitney, Teste de Qui-Quadrado 2X2, correlação de Spearman e alfa de Cronbach. Os resultados indicam que 27,8% dos escolares apresentam TDC; 77,5% do total da amostra possuem baixa percepção de competência e, 26,9% dos escolares apresentam qualidade de vida não satisfatória. Não houve diferenças significativas quando comparada as variáveis de acordo com o gênero. Na comparação entre faixas etárias, houve diferenças significativas em relação a qualidade de vida (escore geral e fatores lazer, funções e família), TDC (escore geral, habilidades com bola e equilíbrio) e percepção de competência cognitiva e conduta comportamental. Na comparação da percepção de competência e qualidade de vida em função do TDC, não foram encontradas diferenças significativas. Quanto a associação, não houve associação significativa entre as variáveis TDC, percepção de competência e qualidade de vida; somente houve associação significativa entre TDC e faixa etária.

Palavras-Chave: Transtorno do desenvolvimento da coordenação; percepção de competência; qualidade de vida.

FOGAGNOLI, Alissianny Haman. **Association of developmental disorder of coordination with the perception of competence and quality of life of schoolchildren.** 2013. 163f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.

ABSTRACT

This study characterized as descriptive and correlational aimed to analyze the level of association between developmental coordination disorder with perceived competence and quality of life of schoolchildren 8-10 years of a municipality in the northwestern region of Paraná. The sample consisted of 472 schoolchildren aged 8-10 years of both sexes enrolled in public schools in the municipality of Campo Mourao. To collect the data we used the Movement ABC test Henderson and Sugden (1992), the Self Perception Scale for Children (EAPC) validated by Valentini et al. (2010), Scale and Quality of Life of Children validated by Assumption et al (2000). In the analysis of the data was used: Kolmogorov-Smirnov test, median, quartiles (Q1-Q3), frequency, percentage, test, Mann-Whitney U, Chi-Square 2X2, Spearman correlation and Cronbach's alpha. The results indicate that 27.8% of students have BDD, 77.5% of the total sample have low perception of competence, and 26.9% of students have unsatisfactory quality of life. There were no significant differences when compared variables according to gender. When comparing age groups, there were significant differences in the quality of life (overall score factors and leisure, and family roles), TDC (overall score, ball skills and balance) and perceived cognitive competence and behavioral conduct. Comparing the perception of competence and quality of life due to the TDC, no significant differences were found. As the association, there was no significant association between the variables TDC, perceived competence and quality of life, only significant association between TDC and age.

Keywords: Developmental Coordination Disorder, perceived competence, quality of life

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Resumo da prevalência de TDC apresentado pela literatura.....	34
Quadro 2-	Agrupamento das escolas de acordo com as regiões de Campo Mourão, e o N total de matriculados de 8 a 10 anos nas escolas participantes da pesquisa.....	49
Quadro 3	Cálculo do N amostral.....	50
Quadro 4-	Percentual e N significativo dos escolares, de ambos os gêneros, ppor região do Município de Campo Mourão.....	51
Quadro 5-	Testes que compõem as baterias II e III do ABC do Movimento.....	52
Quadro 6 –	Critérios e escalas das variáveis do estudo.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição de frequência das variáveis faixa etária, gênero, prática de esportes, percepção de competência, TDC e qualidade de vida dos escolares	58
Tabela 2 –	Comparação da qualidade de vida, TDC e percepção de competência dos escolares de acordo com o gênero	61
Tabela 3 –	Comparação da qualidade de vida, TDC e percepção de competência dos escolares de acordo com a faixa etária	63
Tabela 4 –	Comparação da qualidade de vida e percepção de competência dos escolares de acordo com o TDC.....	65
Tabela 5 –	Associação da prevalência de transtorno do desenvolvimento da coordenação com o gênero, práticas de esporte, faixa etária, percepção de competência e qualidade de vida.....	66

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A -	Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	104
ANEXO B -	Formulário de Avaliação – 7 e 8 anos.....	107
ANEXO C -	Formulário de Avaliação – 9 e 10 anos.....	113
ANEXO D –	Informações gerais sobre a realização dos testes da bateria II (7 e 8 anos).....	119
ANEXO E -	Informações gerais sobre a realização dos testes da bateria III (9 e 10 anos).....	128
ANEXO F -	Escala de Percepção de Competência.....	136
ANEXO G -	Escala de Avaliação de Qualidade de Vida.....	141
APÊNDICE I -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	144
APÊNDICE II -	Solicitação de autorização para realização da pesquisa enviada para a Secretaria de Educação do município de Campo Mourão.....	147
APÊNDICE III –	Ofício de autorização para realização da pesquisa emitido pela Secretaria de Educação do município de Campo Mourão.....	148
APÊNDICE IV –	Termo de Consentimento e Informativo para a Instituição.....	149
APÊNDICE V –	Ficha de identificação.....	150

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DEF	Departamento de Educação Física
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEFE	Centro de Educação Física e Esporte
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UEL	Universidade Estadual de Londrina
APA	<i>American Psychiatry Association</i>
TDC	Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação
OMS	Organização Mundial da Saúde
AUQEI	<i>Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Image</i>
ABC	<i>Assement Battery for Children</i>
EAPC	Escala de Autopercepção para Crianças

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Justificativa.....	6
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Objetivos Específicos	9
2.3 Hipóteses de Estudo	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 Desenvolvimento Motor	11
3.2 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação	22
3.3 Percepção de Competência	35
3.4 Qualidade de Vida	42
4 MÉTODOS	47
4.1 Tipo de Pesquisa.....	47
4.2 Caracterização do universo da pesquisa.....	47
4.3 População e amostra	47
4.3.1 Seleção da amostra	48
4.4 Instrumentos e Procedimentos para Coleta dos Dados	51
4.5 Coleta de Dados.....	54
4.6 Análise dos Dados.....	55
5 RESULTADOS	57
6 DISCUSSÃO	68
6.1 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação.....	68
6.2 Qualidade de Vida.....	75
6.3 Percepção de Competência.....	78
6.4 Associação entre transtorno do desenvolvimento da coordenação, percepção de competência e qualidade de vida.....	84
7 CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS	92
ANEXOS	103
APÊNDICES	143

1 INTRODUÇÃO

O profissional de Educação Física tem voltado seus estudos para o desenvolvimento motor na infância, pelo fato de um grande número de crianças apresentarem muitas dificuldades motoras de forma geral. É nesta fase que ocorrem inúmeras mudanças nos aspectos cognitivo, afetivo, social e motor, sendo que as experiências e interações que ocorrem neste período terão reflexos durante toda a vida do indivíduo.

Desta forma, o desenvolvimento das habilidades motoras é visto como indispensável para a realização de atividades que envolvem movimento mais específico, visando uma vida ativa e saudável, para a especialização de habilidades motoras específicas, tais como para a prática do esporte, e também para autonomia nas atividades funcionais simples (HAYWOOD; GETCHELL, 2004).

Gallahue e Ozmun (2005) enfatizam que diversos fatores podem interferir no desenvolvimento de habilidades motoras, entre estes o contexto escolar, a motivação, o desenvolvimento neurológico, as condições sociais e culturais do indivíduo e também as experiências vivenciadas por estes durante toda sua vida, principalmente na fase da infância. Portanto, o comprometimento nos movimentos ou o atraso na maturação e aquisição de habilidades motoras (fundamentais e especializadas) pode refletir de forma negativa no desenvolvimento do indivíduo de maneira geral, nas atividades da vida diária, nas atividades relacionadas ao esporte e ao lazer, e também na qualidade de vida.

Esses comprometimentos podem afetar a coordenação motora, caracterizada como a capacidade de coordenação de movimentos simultâneos, sendo esta capacidade de grande importância para a realização das atividades diárias. Porém, é comum observar crianças que manifestam algumas dificuldades para a realização de movimentos do cotidiano quando interagem com o meio que estão inseridas.

Sabe-se que a capacidade da criança de se movimentar é importante para que possa interagir com o ambiente em que vive. Assim, o que se espera durante o processo de aquisição e aperfeiçoamento das habilidades motoras é uma prática de ações coordenadas e controladas que envolvam a realização das atividades do dia-a-dia, a realização de habilidades mais complexas, ao final do processo de coordenação de movimentos, aqueles que antes eram considerados simples foram refinados e aprimorados causando uma alteração no sistema motor para uma unidade controlável na interação do organismo com o ambiente e a tarefa (COSTA; VIEIRA, 2000).

Quando essas dificuldades não são identificadas nas crianças, podem interferir nas suas relações sociais, emocionais, afetivas e principalmente, nas atividades escolares. Crianças com comportamento descoordenado apresentam dificuldades para realizar tarefas motoras simples quando comparadas às crianças da mesma idade, como manusear talheres, escrever, receber uma bola, correr e saltar consecutivamente, saltar e arremessar, entre outras habilidades combinadas utilizadas em jogos, brincadeiras e diversas atividades realizadas nas aulas de Educação Física e no seu dia-a-dia (PETERSEN; OLIVEIRA, 2004).

De acordo com Silva et al. (2006), essas situações constituem grandes desafios para as crianças, causando um forte impacto no desenvolvimento do indivíduo, que extrapolam o aspecto motor e influenciam o desempenho escolar, o desenvolvimento social e o desenvolvimento psicológico, refletindo inclusive na qualidade de vida desses indivíduos.

Na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação de Psiquiatria Americana (APA) reconheceram essa condição do comportamento descoordenado e nomearam de Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC) que se caracteriza pelo atraso no desenvolvimento de habilidades motoras ou pela dificuldade para coordenar os movimentos, resultando em incapacidades para a criança executar diferentes atividades que fazem parte do seu dia-a-dia (MISSIUNA, 2003).

Crianças que apresentam atrasos motores tendem a evitar experiências que necessitam de uma ótima coordenação motora, que segundo Missiuna (2003), podem apresentar-se desinteressadas para executar algumas atividades ou ainda evitá-las, especialmente aquelas que requerem resposta física. Isso faz com que essas crianças, algumas vezes, possam ser excluídas de atividades escolares por seus colegas, devido à insuficiência de competência para realização de movimentos, o que as tornam diferentes das demais.

Magalhães, Nascimento e Rezende (2004), afirmam que as dificuldades motoras de crianças com TDC tendem a permanecer durante a vida adulta, podendo apresentar sérios comprometimentos no desempenho funcional de atividades significativas da vida diária como, por exemplo, dirigir carros. Estes autores enfatizam que os sinais característicos do TDC incluem problemas de ritmo, de planejamento motor e na transferência de aprendizagem, coordenação motora pobre, tensão corporal, desajeitamento e declínio do desempenho com a repetição, dentre outros comprometimentos.

Tais comprometimentos, em relação ao TDC, podem ter relações e/ou influência na percepção de competência dos indivíduos. Conforme Valentini (2002a) a diferença entre percepções de competência física demonstrada pela criança e seu desenvolvimento motor atual talvez possa influenciar de forma negativa a motivação da criança para conquistar ou persistir nas atividades físicas. O que se percebe é que ainda tem sido pouco investigados e discutidos os fatores que influenciam esta precisão ou discrepância entre a percepção e a competência real atual, sendo que esta competência é percebida pela criança ao passo que interage com o ambiente de forma eficiente. De acordo com White (1959) e Harter (1978), citados por Almeida, Valentini e Berleze (2009), a qualidade das interações da criança possibilitam a conquista da autonomia e da autoconfiança para a prática das habilidades motoras, uma vez que desta forma a criança percebe-se competente.

Essa competência percebida pode ser entendida, segundo Valentini (2002b) como o julgamento expresso por um indivíduo em relação a uma capacidade realizada, podendo ser demonstrada pela criança através dos domínios específicos do comportamento humano (cognitivo, social ou motor); caracterizando-se desta forma como multidimensional. Contudo, as mudanças na percepção de competência podem mudar em virtude das experiências vivenciadas e dependem de suas conquistas. É possível verificar então, através da multidimensionalidade, em qual domínio a criança investiu ou está investindo com maior energia e esforço para tornar-se competente.

De acordo com Valentini (2002a), a percepção de competência pode ser considerada um importante mediador para a manutenção e até mesmo para o aumento da motivação de crianças, uma vez que a maneira como a criança percebe sua competência influencia suas razões para conquistar e persistir em atividades que envolvam movimento. Assim, é de fundamental importância para o desenvolvimento da criança que sejam propiciadas oportunidades para a construção de percepções de competência elevadas por meio do desenvolvimento da competência motora real da criança em diferentes habilidades fundamentais; oferecendo uma prática adequada ao nível de desenvolvimento infantil.

Desta forma, no ambiente escolar, os professores, mais especificamente o professor de Educação Física, necessita estar preparado para identificar os indícios de transtorno de desenvolvimento de coordenação e os possíveis fatores que podem influenciar este transtorno para proporcionar oportunidades e tarefas que estimulem, que motivem os alunos, envolvendo-os em uma complexa interação entre as condições do indivíduo, do ambiente e da tarefa.

É importante que todas as crianças tenham acesso a um programa de movimentos efetivo e bem planejado, garantindo que seu desenvolvimento motor seja facilitado futuramente. Portanto, a aquisição das habilidades fundamentais amadurecidas está relacionada à idade, à natureza da tarefa, ao genótipo e ao fenótipo do indivíduo (GALLAHUE; OZMUN, 2005).

Conforme Haywood e Getchell (2004) os professores devem propor e estimular os alunos a aprenderem novas habilidades, por outro lado devem tentar impedir experiências negativas em atividades que podem resultar em um excesso de falhas em função de seus comprometimentos motores, pois a criança evitará as demais atividades e qualquer nova tentativa poderá frustrá-la e desencorajá-la, influenciando até mesmo na qualidade de vida desta criança. Qualidade de vida esta que é definida pela Organização Mundial da Saúde, conforme Harper e Power (1998, p.551), como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e na relação com seus objetivos, expectativas, padrões e interesses”.

A qualidade de vida é caracterizada por Assumpção Junior et al (2000), como os recursos necessários para a satisfação das necessidades e dos desejos dos indivíduos, participação em atividades que objetivem o desenvolvimento pessoal, a auto-realização e uma comparação satisfatória entre si mesmo e os outros. Neste sentido este conceito parece demonstrar uma relação entre a qualidade de vida e a percepção de competência dos indivíduos.

Conforme Prebianchi (2003), na área da saúde entende-se que é essencial garantir que as crianças tenham um padrão de vida que lhes permitam os desenvolvimentos físico, mental e social, de forma adequada, tendo em vista que a noção de qualidade de vida pode representar o padrão último para indicar o reflexo de quaisquer condições sobre as crianças onde quer que se encontrem, tanto de ordem física, como social e ambiental, fazendo com que novas ações sejam desencadeadas para garantir o desenvolvimento infantil saudável.

Portanto, a qualidade de vida possui uma característica multidimensional, que envolve no mínimo as dimensões física, psicológica e social dos indivíduos (OMS, 1948 apud KLATCHOIAN et al, 2008). Considerando essas características da qualidade de vida, surgem algumas indagações, tais como: Uma

criança que apresente dificuldade para realizar diversas tarefas motoras no seu dia-a-dia pode ter uma boa qualidade de vida? Uma criança que se julga incapaz de realizar alguma tarefa motora pode ter sua qualidade de vida afetada de forma negativa?

Tendo em vista que no Brasil ainda são escassos os estudos relacionados especificamente ao Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação e as possíveis relações com outros fatores tais como a percepção de competência e a qualidade de vida, vê-se a necessidade da realização de investigações em relação a estas variáveis. Entre os poucos estudos desenvolvidos no Paraná, não foi encontrado nenhum enfoque em população de escolares da Região da COMCAM, a qual o município de Campo Mourão faz parte.

Assim, a partir do exposto até aqui, esta pesquisa apresenta a seguinte questão problema: Qual o nível de associação do transtorno do desenvolvimento da coordenação com a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos de um município da região Noroeste do Paraná?

1.1 Justificativa

Ao acompanhar a realidade escolar no campo da Educação Física, por meio de supervisões de estágio e aulas propriamente ditas, muitas vezes deparei-me com situações que demonstravam que as crianças apresentavam dificuldades para a realização de algumas tarefas, dificuldades estas que pareciam ser de ordem motora e que de alguma maneira poderiam interferir na vida daquelas crianças. Porém as causas não eram possíveis de serem constatadas somente por meio de observações de suas práticas, isto por sua vez, foi um dos motivos que instigou a realização desta pesquisa.

Quando se pretende analisar o desenvolvimento motor de escolares, supõe-se que a maioria possua um repertório motor suficiente para realizar habilidades

básicas, tanto em casa como na escola (HENDERSON; SUGDEN, 1992). Portanto, crianças que apresentam comprometimento em nível de desenvolvimento motor, ou seja, que apresentam características de TDC, podem ser excluídas de brincadeiras e jogos por não apresentarem boa coordenação, tanto nas aulas de Educação Física quanto nos momentos de lazer (MISSIUNA, 2003).

Assim, crianças com TDC apresentam dificuldade de coordenação quando realizam tarefas simples como movimentos fundamentais de correr, chutar ou arremessar. Essas crianças passam então a ser rotuladas como problemáticas no contexto escolar, no contexto esportivo, se estiverem inseridas nesse meio, e também no contexto social, isto por não apresentarem um bom desempenho motor, situação esta que pode gerar comprometimentos até mesmo na qualidade de vida das crianças, uma vez que não se sentir capaz para fazer ou o fato de ter dificuldade para realizar diferentes atividades, pode acarretar em uma restrição da prática e até mesmo o próprio isolamento social.

Portanto, investigar a associação entre TDC com a percepção de competência e a qualidade de vida dos escolares é fundamental para a estruturação de programas motores que venham ao encontro das necessidades dos mais variados grupos, propiciando a elaboração de práticas mais efetivas que levem as crianças à construção de padrões de movimento mais avançados e que garantam a participação em atividades de movimento durante toda a vida. Busca-se também investigar um dos fatores que parece influenciar a prática motora, as percepções de competência que estas crianças possuem. Nesta perspectiva, avaliar a percepção de competência em diferentes domínios pode demonstrar que a criança pode não estar satisfeita com algum aspecto do seu modo de viver, revelando dessa forma uma insatisfação com sua aparência física, com seu rendimento escolar ou com seu rendimento nos esportes.

Acredita-se também que, com a realização desta pesquisa, os professores poderão visualizar a realidade dessas crianças no que se refere às suas possíveis dificuldades motoras, e assim ajudar na elaboração de novos programas de

Educação Física Escolar, de modo que contribuam especificamente para o desenvolvimento das crianças do município de Campo Mourão. Segundo Magill (2000), o papel do professor no ensino de habilidades motoras deve envolver o planejamento da instrução, a apresentação de informações, uma avaliação de desempenho e motivação.

E, por fim, essa pesquisa se justifica por preencher uma lacuna derivada da carência de pesquisas sobre TDC, percepção de competência e qualidade de vida dos escolares na Região da COMCAM¹ à qual o município de Campo Mourão pertence. Esta pesquisa poderá auxiliar na implementação de ações que visem uma contribuição para o desenvolvimento dos aspectos motores e psicológicos dos escolares, para uma promoção de vida com melhor qualidade.

¹ Comunidade dos municípios da região de Campo Mourão forma por 25 municípios, sendo eles: Barbosa Ferraz, Altamira do Paraná, Araruna, Boa Esperança, Campina da Lagoa, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Goioerê, Iretama, Janiópolis, Juranda, Luiziana, Mamborê, Moreira Sales, Nova Cantu, Peabiru, Quarto Centenário, Quinta do Sol, Rancho Alegre D'Oeste, Roncador, Terra Boa e Ubiratã.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o nível de associação do transtorno do desenvolvimento da coordenação com a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos de um município da região Noroeste do Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência de transtorno do desenvolvimento da coordenação (TDC) em escolares com idade entre 8 a 10 anos de um município da região Noroeste do Paraná;

- Verificar a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares com TDC e sem TDC, de um município da região Noroeste do Paraná;

- Comparar a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares em função do TDC, gêneros e faixas etárias;

- Comparar o TDC dos escolares em função da percepção de competência, qualidade de vida, gênero e faixa etária;

- Verificar a existência de associação do TDC com a percepção de competência, a qualidade de vida, gênero, faixa etária e a prática de esporte fora do ambiente escolar.

2.3 Hipóteses Conceituais do Estudo

H1 – A prevalência de TDC em escolares com idade entre 8 a 10 anos de um município da região Noroeste do Paraná é superior aos dados encontrados na literatura.

H2 – Há maior prevalência do TDC no gênero masculino.

H3 – Crianças diagnosticadas com TDC apresentam baixa percepção de competência e a qualidade de vida prejudicada quando comparadas com crianças sem diagnóstico de TDC.

H4 – Os escolares apresentam qualidade de vida satisfatória.

H5 - Os escolares mais velhos se perceberão mais competentes que escolares mais novos.

H6 – Os meninos se perceberão mais competentes quando comparados com as meninas.

H7 – Existe associação do TDC com a percepção de competência e a qualidade de vida.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta Revisão de Literatura está organizada em quatro partes. A primeira aborda sobre o Desenvolvimento Motor trazendo conceitos e perspectivas teóricas. A segunda parte discorre sobre o Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, apresentando o conceito, características bem como seu diagnóstico. A terceira parte versa sobre a Percepção de Competência e a quarta e última parte abrange o conteúdo sobre Qualidade de Vida, mais especificamente relacionada à infância.

3.1 Desenvolvimento Motor

O desenvolvimento motor é um conjunto que envolve questões relacionadas ao aspecto físico e as capacidades de movimento em todas as idades, pois a capacidade de interagir com o ambiente e de se movimentar é importante em qualquer idade e para diferentes atividades, seja para a prática de atividades específicas ou para a realização das tarefas cotidianas (HAYWOOD; GETCHELL, 2004).

O movimento adquire características de acordo com a idade, e a aquisição ou aparecimento de determinado comportamento motor tem grande repercussão no desenvolvimento da criança. Através dessa aquisição de movimento o indivíduo pode modificar constantemente seu comportamento, descobrindo novas possibilidades e formas de se expressar, fazendo-o construir o infinito repertório motor (GUEDES et al, 1997).

No campo do comportamento motor, o movimento é analisado sob três perspectivas que representam movimentos diferenciados, mas que se entrelaçam entre si, de modo a formar o movimento ou comportamento final: o controle motor que busca entender como os movimentos são produzidos e controlados; o desenvolvimento motor que estuda as mudanças de movimento ao longo da vida; e a aprendizagem motora que verifica os processos e mecanismos envolvidos na aquisição de habilidades motoras (SCHMIDT; WRISBERG, 2001).

De acordo com Gallahue e Ozmun (2005, p.03) “o desenvolvimento motor é a contínua alteração no comportamento motor ao longo do ciclo da vida, proporcionada pela interação entre as necessidades da tarefa, a biologia do indivíduo e as condições do ambiente”. Já para Connolly (2000) o desenvolvimento motor é caracterizado por duas alterações fundamentais, pois ocorre um aumento de diversificação e de complexidade.

Para Haywood e Getchell (2004) existem várias características que definem o desenvolvimento motor, tais como:

- é um processo contínuo de mudanças que envolve a capacidade funcional e difere de acordo com o período da vida;
- está relacionado à idade, porém nem sempre a idade e o desenvolvimento avançam na mesma proporção;
- é uma mudança sequencial, sendo que uma fase leva à próxima fase de maneira irreversível e ordenada e este processo resulta da interação interna do indivíduo e da interação entre este indivíduo e o ambiente, sendo que todos os indivíduos de uma mesma espécie passam por padrões previsíveis de desenvolvimento.

Marques (2006) diz que o desenvolvimento motor é um processo sequencial e contínuo relacionado à idade cronológica, e o ser humano adquire habilidades motoras de forma progressiva, partindo de movimentos simples, desorganizados e sem habilidade para execução de habilidades motoras altamente organizadas e complexas.

É importante destacar que a progressão geral da aprendizagem caracteriza-se do básico para o sofisticado. A partir do alcance de um nível de habilidade o indivíduo pode seguir para o próximo, sendo que algumas habilidades demoram mais para serem aprendidas, pois exigem habilidades adicionais, que vem com a idade, como antecipação, perseguição visual e precisão (SCHMIDT; WRISBERG, 2001; HAYWOOD; GETCHELL, 2004)

De acordo com Manoel (2000), o desenvolvimento é um processo que possui características contrastantes, entretanto, se complementam. Entre estas características estão: a permanência e a mudança, a estabilidade e a instabilidade, a rigidez e a flexibilidade, a consistência e a variabilidade. Este autor chama a atenção para o fato de que muitos modelos científicos negligenciaram esse aspecto dinâmico do desenvolvimento, em função da limitação do próprio conhecimento científico para lidar com a complementaridade de modos de descrição contrastantes.

Tanto para Haywood e Getchell (2004) como para Gallahue e Donnelly (2008), existem três categorias de movimentos observáveis: movimentos estabilizadores, locomotores e manipulativos, e também a combinação de duas categorias. Os movimentos estabilizadores caracterizam-se por qualquer movimento que visa obter ou manter o equilíbrio em relação à força da gravidade, dividem-se em movimentos axiais, posturas invertidas e rolamentos corporais. Os movimentos locomotores são aqueles que envolvem mudança de localização do corpo em relação a um ponto da superfície (caminhar, correr, saltar, pular e saltitar). Os movimentos manipulativos podem ser divididos em duas categorias: manipulação motora rudimentar que envolve aplicar ou receber força de objetos (arremessar, chutar, derrubar e rebater

objetos) e manipulação motora refinada que envolve o uso complexo dos músculos das mãos e do punho (cortar com tesoura, costurar e digitar).

As habilidades motoras são parte importante da existência humana, existindo abundância e variedade de movimentos habilidosos. As habilidades tomam muitas formas, desde as que enfatizam o controle da coordenação de grandes grupamentos musculares até as que utilizam pequenos grupos musculares. Para alcançar proficiência em habilidades, bem como atingir movimentos precisos e consistentes com as muitas propostas, é necessário a prática. A prática de atividades motoras contínuas leva ao desempenho ótimo em habilidades motoras diminuindo cada vez mais a variabilidade (SCHMIDT; WRISBERG, 2001).

Todas as mudanças que ocorrem com o passar dos anos, relacionadas ao desenvolvimento motor, citadas pelos autores anteriormente evidenciados, podem ser estudadas através de modelos que facilitam a compreensão deste processo, principalmente no que se refere às mudanças que ocorrem com as habilidades motoras, sendo estas extremamente complexas. Assim, o desenvolvimento motor vem sendo estudado à luz de diferentes perspectivas teóricas (maturacional, processamento de informação e ecológica), que tradicionalmente estavam centradas no papel do sistema nervoso central como controlador das ações motoras baseadas em uma visão dualista entre homem e ambiente.

A perspectiva maturacional enfatiza que os diferentes sistemas, em especial o sistema nervoso, controlam ou determinam o desenvolvimento motor, o ambiente não afeta o desenvolvimento do indivíduo, pois enfatiza-se que os seres humanos desenvolvem habilidades motoras de uma forma invariável e sequencial predeterminada (HAYWOOD;GETCHELL, 2004).

De acordo com Connoly (2000), no final dos anos 20 e continuamente nas décadas de 30 e 40, Arnold Gesell e Myrtle Mc Graw demonstraram preocupação com uma das questões centrais do desenvolvimento motor relacionada às fontes de

mudanças maturacionais ou de acordo com as experiências vividas. Já por volta dos anos 60, surge a preocupação relacionada à maneira como as crianças processam as informações, verificando mudanças marcantes nesses processamentos (TANI et al., 2005).

Para a perspectiva do processamento de informação, uma pessoa é passiva na aprendizagem, há necessidade de ocorrência de um estímulo no ambiente para então responder a ele. Alguns dos conceitos utilizados pela perspectiva do processamento de informação são: estímulo-resposta, feedback, conhecimento dos resultados, atenção e memória (HAYWOOD;GETCHELL, 2004).

As teorias acima referenciadas que eram baseadas na ideia do amadurecimento do sistema nervoso central ou na elaboração de programas motores, não foram suficientes para abranger a complexidade envolvida no processo de desenvolvimento motor.

Desta forma, as perspectivas tradicionais cederam lugar a uma nova visão no estudo do desenvolvimento e comportamento motor, denominada de perspectiva ecológica.

A perspectiva ecológica expressa a inter-relação entre o indivíduo, o ambiente e a tarefa. Considera a interação de todos os elementos para entender o surgimento de uma habilidade motora, assim considera que todos os sistemas, tanto internos como externos, desempenham papel no movimento resultante. Esta perspectiva possui duas ramificações, uma voltada à percepção e a outra ao controle e a coordenação motora, ou seja, a abordagem da percepção ação e a abordagem dos sistemas dinâmicos (HAYWOOD;GETCHELL, 2004).

A abordagem da percepção ação sugere que o desenvolvimento da percepção e do movimento devem ser estudados juntamente. Nesta abordagem utiliza-se com frequência o termo *affordance*, para descrever o tipo de função e de ambiente

que o objeto oferece ao indivíduo, relacionado à forma e ao tamanho do objeto em relação ao indivíduo dentro de um cenário particular. Verifica-se também a utilização da escala corporal, que envolve a utilização de proporções corporais de um indivíduo em particular quando decide por um movimento. Uma atividade pode tornar-se mais fácil ou mais difícil se o equipamento for modificado para as dimensões corporais da pessoa (HAYWOOD;GETCHELL, 2004).

De acordo com Tani et al. (2005), atualmente a abordagem que está em destaque em diversos estudos, é a abordagem dos sistemas dinâmicos, pois esta considera que os requisitos da tarefa, as características biológicas e as condições ambientais da aprendizagem, chamados de subsistemas, têm a possibilidade de contribuir para as mudanças no comportamento motor.

Na abordagem dos sistemas dinâmicos, o movimento surge da auto-organização dos sistemas corporais, da natureza do ambiente do executante e das demandas da atividade, ou seja, a interação destes três componentes dá origem a um comportamento de movimento particular. Se qualquer um deles mudar, o movimento emergente pode mudar. Considera-se que o indivíduo é composto por muitos sistemas complexos e cooperativos. Porém os sistemas corporais não se desenvolvem na mesma velocidade, assim existe um limitador ou controlador de taxa que é um sistema presente no indivíduo e que segura ou atrasa o surgimento de uma habilidade motora. Quando um ou mais sistemas de um indivíduo decai a um ponto crítico, uma mudança no comportamento pode ocorrer (HAYWOOD;GETCHELL, 2004).

Uma boa parcela das crianças nasce sem problemas de desenvolvimento e, diferenças individuais que podem existir entre elas se manifestam através de características motoras e cognitivas, referentes ao temperamento e personalidade. As diferenças motoras, especialmente, se acentuam devido ao tipo e quantidade de experiências motoras vivenciadas no período da infância (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Martins e Skymansky (2004) dizem que o desenvolvimento não deve ser estudado fora do contexto do indivíduo, considerando-o apenas indivíduo em desenvolvimento dentro de um ambiente estático. Neste caso deve-se considerar as diversas influências dos contextos em que o indivíduo vive.

Haywood e Getchell (2004) citam um modelo criado por Newell em 1986 que baseia-se na ideia de que os movimentos surgem das interações do indivíduo com o ambiente no qual o movimento ocorre e com a tarefa executada. Assim, a interação do indivíduo com a tarefa e com o ambiente modifica o movimento.

Este modelo acima citado contribui para o estudo do desenvolvimento motor porque o indivíduo está constantemente passando por mudanças relacionadas à idade. Isto muda a interação com o ambiente e com a tarefa, e conseqüentemente, o movimento. Se o ambiente ou a tarefa mudam, a interação é modificada.

Haywood e Getchell (2004) dizem que o modelo de Newell enfatiza as restrições, que são limitações individuais ou ambientais relacionadas à meta da tarefa ou ao canal facilitador de um movimento ou de um comportamento. As restrições podem limitar ou desencorajar e também permitir ou encorajar a realização de uma tarefa.

As restrições dão ao movimento uma forma particular, pois canalizam o movimento por um determinado período e em um dado local no espaço. Estas restrições, de acordo com Newell (1986 apud HAYWOOD; GETCHELL, 2004) podem ser:

- Restrições individuais: que são as características físicas e mentais únicas de uma pessoa ou de um organismo. Se divide em restrições estruturais, que são limitações do indivíduo relacionadas à estrutura corporal; e restrições funcionais que se caracterizam por limitações do indivíduo relacionadas à função comportamental;

- Restrições ambientais: que são limitações relacionadas ao mundo que nos envolve. Elas são globais e inespecíficas à atividade, podendo ser físicas ou socioculturais;

- Restrições da tarefa: são metas empreendidas de acordo com regras e escolhas de equipamentos.

Para Nunomura e Tsukamoto (2005), faz-se necessário compreender que a ação ou a coordenação de ações manifesta-se em comportamentos motores distintos. Para a mesma ação ou coordenação de ações, pode haver respostas comportamentais distintas. Mesmo que uma ação motora única seja coordenada, à medida que se combina uma sequência de ações, as restrições impostas por cada habilidade influenciam no comportamento motor observado. O fato do indivíduo ser capaz de executar as ações isoladamente, não garante que este realizará de forma proficiente nas situações em que ações são praticadas coordenadamente. Assim, para suprir a necessidade de coordenação dos diversos segmentos corporais em uma determinada ação motora, requer que o indivíduo ajuste e organize um plano de ação específico e condizente para a execução da tarefa em questão.

Um modelo bidirecional é apresentado por Bronfenbrenner e Morris (1998), que representa a influência dos indivíduos no ambiente e ao mesmo tempo estes são influenciados por ele. Assim, enfatiza-se a teoria dos processos proximais, que descrevem como formas de interação entre o indivíduo e o ambiente ocorrem ao longo do tempo. Assim, Fonseca, Beltrame e Tkac (2008) apontam que o ambiente é essencial para o processo de desenvolvimento motor da criança, porque através da exploração do ambiente a criança é influenciada pelas suas possibilidades de mover-se no mundo, de adaptar-se de forma satisfatória às diferentes condições impostas pelo meio e pela tarefa que está desempenhando.

Portanto, a interação com o ambiente e a experiência vivenciada são pré-requisitos tanto para minimizar diferenças individuais, como para se alcançar a

aprendizagem motora. Esta, por sua vez, se caracteriza com um processo interno que produz alterações no comportamento de indivíduo, sendo inferida por meio de uma melhora relativamente permanente no desempenho como resultado da prática. A aprendizagem motora refere-se às alterações constantes no movimento como consequência da prática e experiências passadas (MAGILL, 2000).

Segundo Rigolin (2006) existe uma multiplicidade de fatores que influenciam o processo de desenvolvimento motor; são os fatores provenientes da interação do organismo (maturação, características do crescimento e composição corporal) com o meio ambiente (efeitos residuais de experiências motoras anteriores e de novas experiências motoras).

Santos, Dantas e Oliveira (2004) dizem que o desenvolvimento motor na infância é caracterizado pela aquisição de uma gama de habilidades motoras, que possibilita à criança dominar o seu corpo em diferentes posturas, sendo elas estáticas e dinâmicas; locomover-se pelo meio ambiente de variadas formas (andar, correr, saltar, entre outras.) e manipular objetos e instrumentos diversos como receber uma bola, arremessar, chutar e escrever. Essas habilidades básicas direcionam o indivíduo para a realização das atividades do dia a dia e possibilitam o aprimoramento para realizar habilidades mais complexas. Nesse processo de aquisição e refinamento das habilidades motoras, o principal objetivo é a prática de ações coordenadas e controladas. Enquanto os movimentos dos indivíduos são, inicialmente, caracterizados por ações inconsistentes e imprecisas, a partir da prática e da experiência, os padrões motores vão se refinando e possibilitando maior coordenação e controle em comportamentos habilidosos. Já os movimentos de indivíduos habilidosos caracterizam-se por uma qualidade que indica controle mais eficiente e coordenação suave das articulações e dos músculos.

Os padrões motores coordenados são adquiridos no decorrer das experiências, e são os indicadores envolvidos no processo de atenção aprimorados na detecção dos estímulos e resposta de acordo com a demanda do ambiente, a

quantidade de energia necessária ao movimento diminuída, e a conquista de atividade muscular mais eficiente. Na coordenação o que mais destaca-se é que a sequência de movimentos se torna automática. Desta forma, esses são executados sem que o indivíduo “preste atenção” para realizá-lo. A partir do encadeamento e associação de padrões motores originalmente independentes são formados movimentos compostos e mais complexos (NEIRA, 2003). Desta maneira, a coordenação pressupõe a organização e o domínio de comportamentos complexos que envolvem movimentos de diferentes segmentos corporais.

Conforme Miranda, Resegue e Figueiras (2003) vários fatores possibilitam a ocorrência de risco para o curso normal do desenvolvimento de um indivíduo, tais como as várias condições biológicas ou ambientais que aumentam a probabilidade de déficits no desenvolvimento neuropsicomotor do indivíduo.

O déficit motor pode ter sido ocasionado por inúmeras causas, entre as quais destacam-se o baixo peso ao nascer, os distúrbios cardiovasculares, respiratórios e neurológicos, as infecções neonatais, a desnutrição, as baixas condições socioeconômicas, o baixo nível educacional dos pais e a prematuridade. Maior será a probabilidade de apresentar comprometimentos do desenvolvimento, quanto maior for o número de fatores de risco presentes (WILLRICH, AZEVEDO E FERNANDES, 2000).

De acordo com Santos, Dantas e Oliveira (2004) várias são as razões que motivam a busca de conhecimento sobre o desenvolvimento motor, dentre essas destacam-se:

a) Fatores implicadores para o diagnóstico do crescimento e desenvolvimento da criança, resultante de paralelos existentes entre o desenvolvimento motor e o desenvolvimento neurológico;

b) Facilitar e estimular o processo de adequação e estruturação de ambientes e tarefas motoras aos estágios de desenvolvimento;

c) O papel dos padrões motores no decorrer do desenvolvimento humano, com implicações para a educação da criança e também para reabilitação de indivíduos com atrasos ou desvios de desenvolvimento.

Considerando todas as influências exercidas, durante o processo de desenvolvimento motor, os diferentes ambientes sempre são citados, entre eles o contexto escolar merece destaque. O cotidiano da escola impõe diversos desafios relacionados às habilidades adquiridas pelas crianças, pois neste espaço ocorrem diferentes situações que se apresentam e podem ser reunidas em quatro categorias de acordo com a maneira de interação do indivíduo com o ambiente. De acordo com Sugden e Sugden (1991), são elas:

a) Quando a criança está parada e manipula objetos, como por exemplo, escrever, folhear páginas de livros e apontar lápis;

b) Quando a criança está parada, mas o ambiente impõe mudanças determinadas em suas ações, como por exemplo, receber uma bola que foi lançada pelo amigo;

c) Quando a criança está em movimento e o ambiente é estável, onde as mudanças ambientais não afetam as ações da criança, como por exemplo, subir no trepa-trepa, ultrapassar obstáculos;

d) Quando a criança se desloca num ambiente em mudança, exigindo controle do próprio corpo em relação à dinâmica do ambiente como, por exemplo, andar de bicicleta junto com outras crianças, jogar bola com outras crianças.

A aquisição de competências motoras nessas diferentes situações se faz importante e necessária, pois a criança depende dessas competências para interagir nos diferentes contextos do seu dia a dia.

Portanto, além dos diferentes fatores intervenientes do desenvolvimento motor esperado, existem situações em que o indivíduo pode ter ou adquirir características de desvio de comportamento motor. Tais características podem indicar o transtorno do desenvolvimento de coordenação, que será abordado na seqüência deste capítulo.

3.2 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação

Muitas pessoas, quando pensam em movimentos corporais, logo imaginam indivíduos muito habilidosos executando tarefas motoras de forma espetacular. Todavia, a característica mais evidente do movimento humano é a ubiquidade. Grande parte da população tem capacidade de executar diversos movimentos com relativo grau de competência na realização de atividades diárias. Tais atividades envolvem desde se vestir, se alimentar, até atividades ocupacionais como dirigir um carro, digitar em computadores, entre outras atividades; e também atividades de lazer como jogar, caminhar em trilhas. Porém várias dessas atividades são adquiridas com pouca ou nenhuma instrução formal.

O que muitas vezes chama a atenção da comunidade acadêmica é o fato de alguns indivíduos, principalmente crianças, apresentarem extrema dificuldade para realizar essas atividades cotidianas, sendo que com essas dificuldades mostram-se muito defasados em relação às competências motoras da maioria da população, considerando não só o desempenho esperado para cada faixa etária (DANTAS E MANOEL, 2009).

Por mais que exista grande variabilidade entre o limiar de normalidade para o desenvolvimento motor, existem casos de variabilidades que vão além dos limites considerados normais ou esperados, caracterizando assim como um desvio.

Conforme Connolly (1986), esse desvio pode ser característico de um atraso excessivo, podendo até mesmo ser um sintoma que indique uma desordem orgânica que afeta a aquisição de habilidades motoras básicas fundamentais. Além de atrasos, algumas vezes essas habilidades motoras nem chegam a se desenvolver de fato. Quando essa diferença entre o esperado e o observado, ocasionada pelo atraso motor se torna demasiadamente acentuada, a criança pode ser diagnosticada como tendo TDC (APA,1994).

A criança começa a obter o controle de suas habilidades motoras fundamentais no início da infância, o que lhe permite possuir um potencial de desenvolvimento que a oriente ao estágio maduro, que ocorre por volta dos 6 anos de idade. Entre 7 e 10 anos, aproximadamente, as crianças passam para o estágio transitório de habilidades motoras, sendo capazes de combinar e aplicar as habilidades fundamentais ao desempenho de habilidades especializadas, sendo que estas podem ser influenciadas por fatores extrínsecos e intrínsecos ao indivíduo (GALLAHUE E OZMUN, 2005).

Segundo Miranda, Beltrame e Cardoso (2011) pode-se verificar que muitas crianças apresentam dificuldades ou problemas motores e o movimento pode se constituir em um grande desafio, de maneira que determinadas tarefas características da fase da infância se tornam muito difíceis.

O comportamento descoordenado com o passar dos anos evidencia-se na realização de tarefas motoras mais complexas que exigem coordenação óculo-manual, coordenação entre segmentos, e/ou de todo corpo (OLIVEIRA, 2003).

É impossível verificar dificuldades de aprendizagem que podem ser duradouras ou passageiras, intensas em maior ou menor grau, podendo levar os alunos ao abandono da escola, à reprovação, ao baixo rendimento, ao atraso no tempo de aprendizagem ou mesmo à necessidades de ajuda especialização (REBELO, 1993).

De acordo com Dantas e Manoel (2009) se reconhece, desde os anos 80, que existe um transtorno de predominância motora e que o mesmo afeta de forma negativa o desenvolvimento global do indivíduo.

Cermak, Gubbay e Larkin (2002) apontam que diversos estudiosos têm citado como fatores determinantes para os problemas relacionados à coordenação deficitária: as lesões ou disfunções cerebrais, a predisposição genética, as dificuldades no processamento de informação, e a pouca estimulação ambiental.

Já Johnston et al. (2002) enfatizam que as deficiências motoras apresentadas por crianças que possuem o TDC estão relacionadas com as dificuldades no controle motor, sendo que este é essencial para o início, a execução e a finalização de habilidades motoras diversas.

Inúmeros foram os termos utilizados para se referir a esses problemas motores até os anos 90, cada qual refletindo o enfoque e as proposições teóricas de seus pesquisadores, tais como: Síndrome da Criança Desajeitada, Disfunção Percepto-Motora, Disfunção Cerebral Mínima, Apraxia do Desenvolvimento e Dispraxia, Hipercinesia, Agnosia, Somatodispraxia, termos estes frequentemente usados nos trabalhos científicos e também no ambiente clínico. Entretanto, em 1994, foi definido a partir de um consenso de um grupo multidisciplinar, que o termo adequado para os problemas motores seria “Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação” (TDC), conforme indicado no DSM-IV – Manual Estatístico e Diagnóstico de Distúrbios Mentais - (APA, 1994; 2002), e que passou a ser utilizado com frequência (SUGDEN, 2007; MAGALHÃES, MISSUNA E WONG, 2006; CERMAK, LARKIN, 2002; APA, 1994; 2002).

O termo transtorno, de acordo com a OMS (1993 apud DANTAS; MANOEL, 2009), é sugerido como uma maneira de distinguir esse tipo de condição médica de doença, tentando assim evitar problemas ainda maiores provenientes do uso de termos como doença ou enfermidade. Entretanto, a OMS reconhece que este não é um termo exato, pois foca para a existência de um conjunto de sintomas, associados,

na maioria dos casos, às dificuldades marcantes no desempenho de atividades motoras cotidianas, ocupacionais e recreativas. O termo desenvolvimento indica que o problema ocorre nas fases iniciais da aquisição de habilidades motoras, podendo vir a interferir em todo processo de desenvolvimento, ou seja, na fase de especialização e diversificação dessas habilidades (DANTAS; MANOEL, 2009). Já o termo coordenação é utilizado para indicar o centro do transtorno, isto é, busca explicitar a dificuldade de organizar e realizar tarefas motoras. Coordenação, por sua vez, pode ser definida como a capacidade de manter o controle sobre diversas relações que se estabelecem entre os diferentes elementos que compõem o sistema motor.

Em se tratando do TDC, este termo indica que existe um problema no desenvolvimento da capacidade de coordenação, o que dificulta a contínua reordenação dos elementos que compõem o sistema motor, nos diversos níveis: intra-articular, intramembros e intermembros. Os indivíduos que possuem esse transtorno não se caracterizam pela manifestação de comportamentos descoordenados ou sem coordenação, mas sim por um problema na regulação ou controle da coordenação, considerando-se as restrições ambientais, do organismo, e da própria tarefa motora. Acredita-se que exista tal transtorno devido ao comportamento esperado da criança ficar muito aquém do esperado para a sua idade, ou seja, utiliza-se de uma lógica normativa para dizer que o que não se encaixa na norma é atípico, isto é, com “transtorno”.

No que se refere às principais características emocionais/comportamentais, afirma-se que crianças com TDC demonstram desinteresse em atividades, ou as evita, especialmente aquelas que requerem à frustração, autoestima diminuída e falta de motivação, devido aos problemas para lidar com atividades diárias, evita socialização com os colegas demonstrando insatisfação com o próprio desempenho e resistência a mudanças na rotina ou no ambiente (MISSIUNA, 2003; BUZZO, 2009).

São raros os estudos longitudinais com crianças com indicativo de TDC, fato que dificulta saber se as dificuldades de coordenação surgem porque o seu desenvolvimento foi afetado ou porque ao ter problemas de coordenação o desenvolvimento motor é prejudicado, o que poderia vir a causar ainda mais problemas de coordenação num mecanismo de retroalimentação positiva. (DANTAS; MANOEL, 2009).

Para França (2008), a coordenação motora é definida como um complexo conjunto de processos físicos e cognitivos, sendo que, quando ocorre um atraso no desenvolvimento das habilidades motoras ou dificuldade para coordenar os movimentos resultam na incapacidade da criança para desempenhar as atividades diárias, caracterizando-se assim como TDC.

Conforme Magalhães, Missiuna e Wong (2006) o TDC ocorre quando há ausência de outros distúrbios físicos/neurológicos conhecidos, com prejuízo acentuado no desenvolvimento das habilidades motoras, tanto grossas quanto finas. Tal diagnóstico deve ser realizado após testes individualizados de coordenação motora.

Para Losse et al. (1991), o principal aspecto negativo do TDC na vida da criança é a ausência de sinais neurológicos tradicionais que possibilitam o diagnóstico de tal distúrbio ocasionando uma descrença sobre o problema e até mesmo a negligência deste. Outro aspecto negativo é a crença de que, com o passar dos anos, a criança poderá se recuperar naturalmente do seu atraso motor. Entretanto, estudos como Geuze e Borgër (1993) e de Losse et al (1991) demonstraram que entre as crianças que apresentaram o TDC, poucas apresentaram uma reversão do caso com o passar dos anos.

Missiuna (2003) destaca que a criança pode apresentar dificuldade para analisar as informações sensoriais vindas do ambiente; usar essas informações para selecionar o plano de ação esperado; dar sequência aos movimentos individuais

da tarefa; enviar a mensagem correta para produzir uma ação coordenada; ou integrar todas essas ações de forma que controle o movimento no momento de sua execução.

Em estudo realizado por Johnston et al. (2002) que comparou crianças com e sem TDC, demonstrou que aquelas diagnosticadas com TDC levaram mais tempo para responder a estímulos visuais bem como para executar o movimento desejado quando comparado com crianças sem indícios de TDC.

Geralmente o diagnóstico do TDC é realizado na faixa etária entre 6 e 12 anos, sendo que os critérios utilizados para seu diagnóstico de acordo com APA (1994, 2002) são os seguintes:

- desempenho motor abaixo do indicado para a idade cronológica e inteligência da criança;
- o dano motor interfere de forma significativa no rendimento escolar e/ou no desempenho das atividades diárias;
- o distúrbio não é ocasionado por uma condição médica conhecida, como por exemplo, a paralisia cerebral, hemiplegia, distrofia muscular, entre outros; e nem satisfaz critérios para transtorno invasivo do desenvolvimento;
- na presença de retardo mental, as dificuldades motoras são mais graves do que o esperado.

A criança com TDC pode enfrentar problemas que interferem no desempenho de atividades diárias tais como: escrita, tarefas de auto-cuidado e prática de esportes, atividades estas que se manifestam em casa, na escola e em outros locais da comunidade (MISSIUNA et al., 2006). Alguns estudos vêm evidenciando que estas dificuldades para realizar as atividades diárias podem estar associadas a transtornos emocionais secundários, que trazem maior preocupação aos pais e aos profissionais

envolvidos com estas crianças (MISSIUNA et al. 2006; SEGAL, MANDICH E POLATAJKO, 2002).

Percebe-se que a associação entre a coordenação motora pobre, as dificuldades de atenção, os problemas de aprendizagem, a baixa autoestima e a baixa percepção de competência podem contribuir para que as crianças se tornem mais suscetíveis ao baixo rendimento escolar e tenham dificuldades para relacionar-se com os colegas (GILLBERG, KADESJÖ, 2003; CAIRNEY et al., 2005; DEWEY et al., 2002; PIEK, PITCHER, HAY, 1999; PIEK et al., 2004; CHRISTIANSEN, 2000; FITZPATRICK, WATKINSON, 2003). Isto faz com que, frequentemente as crianças com TDC estejam sujeitas ao ridículo, ocasionando muitas vezes o conhecido “*bullying*”, que pode fazer com que essas crianças passem a evitar atividades físicas e brincadeiras em grupo, limitando-as de praticarem suas habilidades e interagirem socialmente (SEGAL, MANDICH, POLATAJKO, 2002). Este quadro pode comprometer o desempenho acadêmico da criança, podendo até mesmo conduzi-la à baixa percepção de competência pessoal, e conseqüentemente causar o isolamento, diminuindo o repertório de atividades e agravando assim os sinais do transtorno (GALVÃO, LAGE E RODRIGUES, 2008).

De acordo com Magalhães, Nascimento e Rezende (2004), o TDC apresenta sinais característicos, tais como: problemas com ritmo, planejamento motor e transferência de aprendizagem, coordenação motora pobre, tensão corporal, desajeitamento e declínio do desempenho com a repetição. Por mais que os sinais apresentados sejam motores, os reflexos deste transtorno ultrapassam este aspecto, incidem também no desempenho ocupacional no que se refere à atividades características da faixa etária, inclusive na interação social.

As crianças diagnosticadas com TDC não apresentam o transtorno de forma igual, podem tanto apresentá-lo em uma única habilidade como, por exemplo, no controle manual, quanto podem apresentar em diversas habilidades tais como o equilíbrio dinâmico, o arremesso e o chute. Essa diferença de possibilidades denota

que o TCD não se caracteriza como um fenômeno homogêneo, muito pelo contrário, possui característica heterogênea e parece ser mais uma regra do que exceção (MACNAB; MILLER; POLATAJKO, 2001; FERREIRA et al., 2006).

Para Souza et al. (2005), crianças com dificuldades de movimento tem sido foco de atenção de pesquisadores há várias décadas nas mais diferentes áreas de conhecimento e intervenção, porém mais recentemente tem havido uma atenção especial de vários pesquisadores em relação ao diagnóstico de crianças com dificuldade de movimento.

Porém, as crianças que apresentam TCD, não são identificadas com tal característica e podem passar por experiências de fracasso e frustração em sua vida diária e escolar. Essas crianças muitas vezes são tachadas como preguiçosas, descoordenadas, desmotivadas, desajeitadas, entre outros adjetivos. Isto pode ocasionar o desenvolvimento de complicações secundárias, como por exemplo, dificuldades de aprendizagem, e também, problemas de ordem social, emocional e comportamental. (FERREIRA et al., 2006).

De acordo com os apontamentos de Missiuna (2003), as crianças com TDC apresentam algumas características emocionais ou comportamentais tais como: desinteresse por algumas atividades que exijam respostas físicas, ou até mesmo as evita; sofre com problemas emocionais de ordem secundária como baixa tolerância à frustração, baixa autoestima e desmotivação ocasionada por problema para lidar com atividades diárias, evitação da socialização com colegas, principalmente nas brincadeiras cotidianas e, por se mostrarem insatisfeitas com seu desempenho, geralmente são resistentes à mudança na rotina ou no ambiente.

As crianças diagnosticadas com TDC apresentam maiores problemas quando inseridas no contexto esportivo, devido ao comportamento atípico e desajeitado que apresentam, o que ocasiona dificuldades, especificamente na execução de habilidades motoras mais complexas (PETERSEN; OLIVEIRA, 2004).

Conforme Wright (1997), as crianças com TDC podem ser enquadradas na categoria de alto risco variando de acordo com a cultura, o sistema educacional, a fonte de identificação com relação ao grupo e em relação ao instrumento de avaliação.

Estudos sobre o TDC no Brasil e também em outros países têm crescido nos últimos anos, tanto no que se refere à prevalência, intervenções, quanto em estudos bibliográficos (MIRANDA, BELTRAME E CARDOSO, 2011). Esta crescente busca por identificação de crianças que apresentam TDC, se dá pelo fato de que quanto mais cedo for diagnosticado este transtorno, mais cedo poderão ser elaboradas intervenções necessárias para que elas tenham um desenvolvimento mais saudável refletindo também na qualidade de vida das mesmas.

Para Araujo (2010), atualmente no Brasil as crianças diagnosticadas com TDC recebem pouca atenção, porém necessitam de intervenções rápidas e resolutivas que visem minimizar os possíveis problemas secundários.

Esses transtornos de habilidades motoras têm sido frequentemente encontrados em crianças na idade escolar, sendo identificado durante a observação da escrita, na aula de Educação Física ou esportes. Para Maldonado-Duran e Glinka (2005) uma estimativa conservadora indica que 5% das crianças pelo mundo possuem essa dificuldade motora.

Alguns estudos citados por Ferreira et al. (2006) identificaram que a prevalência estimada na população infantil entre 5 e 11 anos de idade é de 6%. Entretanto, outros estudos realizados em diversos países apontam para um índice de prevalência variando entre 2,7% e 15,6%. Desta forma, para efeitos de identificação do transtorno, de classificação e de intervenção, estima-se que 5% da população infantil apresenta desordem motora severa, com um adicional na ordem de 10% para uma categoria de “risco” ou desordem motora moderada.

Estudos epidemiológicos indicam que a prevalência do TDC é de 5% a 9%, com maior frequência no gênero masculino do que no gênero feminino, não importando a condição socioeconômica ou educacional (APA, 2002). Magalhães et al (2009) citam que alguns estudos enfatizam a alta prevalência do transtorno do desenvolvimento da coordenação em crianças com história de prematuridade, diagnosticadas principalmente na idade escolar.

De acordo com Ferreira et al. (2006), essa variação no índice de prevalência é decorrente de alguns fatores, como limitações dos instrumentos de identificação, critérios de inclusão, natureza da desordem e, ainda, a co-ocorrência de outras desordens no desenvolvimento.

França (2008) alerta que além da prevalência ser alta entre as crianças, percebe-se que a ausência de intervenção com este público com distúrbio de coordenação motora pode fazer com que os sintomas persistam durante a adolescência e até mesmo na idade adulta, podendo se agravar ainda mais quando além das dificuldades motoras as crianças vivenciam outros tipos de dificuldades, tais como alguns problemas relacionados a atenção e a hiperatividade.

Conforme Sugden (2007) existem basicamente duas abordagens de tratamento para o TDC, as abordagens de processo e as abordagens de produto. A primeira baseia-se na premissa de que os problemas motores são ocasionados por déficits na integridade do sistema nervoso central. Desta forma, a intervenção teria o objetivo de remediar os sinais neurológicos e intervir nos componentes básicos, da estrutura e função do corpo, com o objetivo de melhorar o desempenho em tarefas funcionais (WILSON, 2005). Muitas pesquisas compararam os efeitos desta abordagem a grupos que não se submeteram a nenhum tipo de intervenção, mostrando evidências limitadas referentes à utilização desta abordagem (HILLIER, 2005; SUGDEN, 2007).

Já a abordagem de produto é mais recente, se baseia na ciência do movimento humano e enfatiza o uso de estratégias de resolução de problemas para aquisição de habilidades funcionais. Estudos realizados com abordagens como a Intervenção Específica para a Tarefa e a Motora Cognitiva, indicam que estas são eficazes para melhorar o aprendizado de tarefas e o desempenho em atividades funcionais de crianças diagnosticadas com TDC (WILSON, 2005; SUGDEN, 2007; HILLIER, 2005).

Wilson (2005) e Hillier (2005) dizem que os resultados apresentados pelas abordagens contemporâneas, que tem base teórica na neurociência e são relacionadas especificamente à tarefa, são significativos. No entanto, se faz necessária a realização de um número maior de pesquisas que abordem outras medidas capazes de informar sobre os múltiplos aspectos da função, entre eles, os níveis de participação de crianças diagnosticadas com TDC em contextos de vida significativos (WILSON, 2005; HILLIER, 2005).

Missiuna (2003), diz que com intervenção, as crianças podem adquirir algumas habilidades, mas as tarefas motoras novas continuarão a ser um problema. A efetividade de programas de intervenção precoce pode dar base para o ajustamento dessas crianças nas tarefas escolares, e também da vida diária, proporcionando-lhes meios para o desenvolvimento adequado.

Resultados do estudo realizado por Pelegrini et al. (2008), que envolveu 111 meninos e 135 meninas de uma escola pública, demonstrou que 26 crianças (considerando o escore total), foram identificadas com o TDC, sendo 21 meninas e 05 meninos.

Alguns estudos longitudinais que envolveram crianças diagnosticadas com TDC apontaram que as dificuldades motoras permanecem quando atingem a idade adulta (FITZPATRICK, WATKINSINSON, 2003; COUNSINS, SMYTH, 2003).

Em outro estudo, Cousins e Smyth (2003) avaliaram as habilidades de movimento de adultos com idade entre 18 a 65 anos, sendo estes com diagnóstico e características de TDC. Quando comparados com seus pares sem o transtorno, o grupo com TDC obteve um desempenho pior em tarefas que exigiram destreza manual, equilíbrio, entre outros, enfatizando que as dificuldades motoras permanecem na vida adulta, podendo interferir no perfil ocupacional dos indivíduos.

Astill e Utley (2006) encontraram resultados interessantes quanto ao que traz a literatura sobre a capacidade das crianças diagnosticadas com TDC realizarem ajustamento corporal na execução da tarefa motora. Estes autores investigaram a habilidade de crianças com 7 e 8 anos, com e sem TDC, para agarrar uma bola com as duas mãos. Eles constataram que as crianças com TDC tiveram menor flexibilidade e maior rigidez dos membros superiores em relação às crianças do grupo controle na execução de tal habilidade. Isto se refere à instabilidade postural verificada nas crianças que apresentam problemas motores refletindo na rigidez de acoplamento dos membros demonstrada por estas crianças.

As prevalências de TDC apresentam variações de acordo com os diferentes estudos encontrados envolvendo tal variável, estes valores estão entre 4% a 28,5%. Alguns destes estudos estão indicados no quadro 1, apresentados a seguir.

Autor e Ano	População	Prevalência de TDC
Kadesjo e Gillberg (1999)	Crianças norte americanas em idade escolar	5 a 10%
APA (2003)	Crianças de 5 a 11 anos	4 a 6%
Missiuna (2003)	Crianças entre 5 e 11 anos	6%
Pellegrini et al. (2006)	Crianças de 5 a 10 anos de escolas públicas de São Paulo	8,5%
Souza et al (2007)	Crianças de 7 e 8 anos das zonas rural e urbana de Manaus	11,8 % (zona urbana) 4,4% (zona rural)
França (2008)	Crianças de 7 e 8 anos da rede pública de Florianópolis	10,8%
Ávila e Pérez (2008)	Escolares de 11 e 12 anos da província de Toledo-Espanha	26,8%
Buzzo (2009)	Crianças de 7 a 10 anos de escolas públicas de Maringá	11,4%
Fernandes (2009)	Crianças de 9 e 10 anos de diferentes ambientes escolares de Maringá	28,5%
Broch (2012)	Crianças de 9 e 10 anos de escolas públicas e privadas de Maringá	22%

Quadro 01 – Resumo da prevalência de TDC apresentado pela literatura.

A Bateria de Avaliação do Movimento para Criança de Henderson e Sugden (1992) foi elaborada com o objetivo de avaliar o transtorno de desenvolvimento da coordenação, sendo esta constituída de dois instrumentos: lista de checagem de desempenho motor, que avalia a criança em atividades diárias, podendo ser preenchida pelos pais e/ou professores; e a bateria de teste motor, que tem por objetivo avaliar o desempenho por meio de habilidades manuais, habilidades com bola e equilíbrio estático e dinâmico. Este teste é indicado por oferecer algumas vantagens referentes a sua aplicação, pois permite uma fase de teste antes de cada tarefa. As tarefas são realizadas de forma clara e específica, com orientações claras para o examinador e por ter tarefas objetivas, permite um melhor desempenho da criança.

3.3 Percepção de Competência

A competência caracteriza-se, de acordo com Ferreira (2010), pela repetição sistemática de habilidades, tais como: arremessar, chutar, saltar, driblar, rebater, entre outras. Esta pode ser entendida como a habilidade real do indivíduo satisfazer exigências específicas para a realização de uma tarefa.

Segundo Harter (1985), a noção de competência é de que uma pessoa é movida para negociar efetivamente com o ambiente através de tentativas. Se uma tentativa resulta em sucesso, a criança experimenta sentimentos de prazer ou eficácia e isto faz com que a criança mantenha ou diminua a motivação competente. E Horn (2004) diz que a percepção de competência refere-se às crenças do indivíduo sobre o quanto estes são capazes de realizar diferentes tarefas em diversos domínios avaliados.

Atualmente muitos são os pesquisadores que têm seus estudos voltados para a percepção de competência dos indivíduos, provenientes da realização de suas habilidades envolvendo os diferentes domínios. Diz Valentini (2002a) que muitos destes estudos que investigam a motivação infantil apoiam-se na base teórica do modelo de percepção de competência proposto por Harter (1978). Para tanto, Harter teve como suporte a Teoria da Motivação para Eficácia, proposta por White (1959 apud FIORESE, 1993). Esta teoria indica que o ser humano desenvolve sua competência durante toda a vida através da interação com o meio, por mais que suas necessidades básicas estejam sanadas, o ser humano explora o meio em busca de desafio e satisfação.

Harter (1978) propôs uma extensão da Teoria da Motivação para Eficácia, para um modelo multidimensional, uma vez que considera que as crianças percebem sua competência em diferentes domínios da vida, sendo eles: competência

escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, conduta comportamental e autoconceito. A percepção de competência pode diferir entre os domínios, demonstrando qual ou quais os domínios os indivíduos priorizam.

De acordo com Villwock e Valentini (2007), a criança que está motivada tende a participar de atividades, realizando-as arduamente e persistindo na execução das mesmas por um longo período de tempo, buscado assim a competência.

Tollefson (2000) diz que a criança muitas vezes desiste das atividades de aprendizagem, tornando-se entediada, frustrada, sendo que isto pode trazer consequências negativas para seu desempenho motor, desempenho acadêmico e relações sociais, podendo comprometer o processo educacional ao qual a criança está inserida.

Para Ferreira (2010), no processo de desenvolvimento humano, os fatores motivacionais orientam as escolhas do indivíduo, a definição de seus objetivos, o empenho, o esforço e a persistência na prática de uma determinada atividade.

A persistência para a realização das tarefas motoras e a percepção da competência adequada são garantidas pelas oportunidades de participar de programas que propiciam o desafio na exploração dos movimentos; a instrução e o *feedback* apropriados aos níveis de desenvolvimento; a valorização pelos colegas e o encorajamento de adultos, que são importantes (VALENTINI E RUDISILL, 2004).

Um fator que influencia a percepção de competência, segundo Villwock e Valentini (2007), é a interação social, pois muitas vezes as mudanças ocorridas na percepção de competência das crianças são associadas às percepções de competência de amigos.

O sentimento de competência se desenvolve a partir de diversas fontes. Desta forma, Weiss e Amorose (2005) afirmam que ela se desenvolve através

de *feedback* dos professores, de suporte oferecido pelos pais e, por último, da influência de colegas no papel de agentes socializadores. Os pais são os transmissores de informação sobre o valor que eles postulam em relação às ações, enfatizando ou restringindo a participação de seu filho em determinada atividade. Os professores influenciam a partir do contexto escolar ao qual a criança faz parte, juntamente com o clima motivacional, o *feedback*, as instruções, as críticas e os elogios. Os colegas influenciam na aceitação social da relação amistosa estabelecida decorrente da popularidade adquirida pelo envolvimento bem sucedido na atividade praticada.

Harter (1978 apud VALENTINI, 2002a) indica que a motivação para a competência é construída sobre quatro fatores, sendo que estes parecem exercer influência nos níveis mais altos ou mais baixos de percepção de competência. Estes fatores envolvem as experiências passadas; dificuldades ou desafios associados com o resultado da tarefa; suporte e interação social com outros que são significativos para a criança; e motivação intrínseca.

Os indivíduos, de acordo com Haywood e Getchell (2004), costumam autoavaliar suas capacidades e desempenhos em diferentes domínios, entre eles a capacidade física, a aparência física, a capacidade acadêmica e as habilidades sociais. Esse julgamento de si próprio é exteriorizado através de palavras ou ações. A maneira como cada indivíduo percebe suas competências, influencia fortemente sua motivação para se engajar e persistir em determinadas atividades.

Harter (1990) cita o estudo de Selman (1980) que apresenta três níveis. No Nível 1, o egocentrismo das crianças jovens, exige seu entendimento que outros as estão observando. No Nível 2 (7 a 12 anos) as crianças apreciam o fato de que outras pessoas estão observando-as e avaliando-as. Porém, as limitações deste período é que a criança não pode observar-se criticamente de forma direta. No entanto, neste nível intermediário a criança começa a se dar conta de que outras pessoas estão avaliando seu ambiente e estágios de incorporação de determinadas atitudes. No Nível 3 (10 a 15 anos), os adolescentes iniciam a compreensão de padrões pelos quais

outros significantes estão lhe julgando. Nesta fase já podem observar diretamente e avaliar a si mesmo, permanecendo sensível ainda para pensar sobre muitas das funções avaliativas desempenhadas pelas outras pessoas.

Já, Bee (2003) faz algumas colocações a respeito dessas avaliações e diz que uma faceta do desenvolvimento integral é que a criança, após os 2 anos de idade, se torna mais ansiosa pela aprovação do adulto, considerando a resposta dele como sinal de que ela atingiu (ou não) algum padrão ou atendeu (ou não) às expectativas. A maioria das crianças, ao chegar à idade escolar, já internalizou esses padrões e essas expectativas, possibilitando-as que sejam mais autônomas em seu autojulgamento. A criança em idade pré-escolar possui autoconsciência inicial e já pode começar a definir “quem ela é”, a partir do conhecimento de suas próprias qualidades e de seus papéis sociais. No período de 5 e 7 anos, a criança é capaz de fazer uma descrição completa de si mesma em relação às várias dimensões e nessa idade possuem uma clara noção da própria competência em determinadas tarefas, tais como montar quebra-cabeça, saber o conteúdo da escola, escalar ou pular corda ou conseguir fazer amizades.

A percepção de competência se difere de acordo com o gênero e a idade. No que se refere ao gênero, de acordo com Valentini (2002a), vários estudos constataram que a percepção de competência atlética é maior em meninos do que em meninas, devido ao fato de receberem mais apoio social no que tange à participação em atividades vigorosas. Almeida, Valentini e Berleze (2009) afirmam que a participação das meninas é motivada pela diversão, o sentir-se bem e a manutenção de amizades, enquanto que os meninos buscam efetivamente competir e tornarem-se competentes. Já Piek, Bayam e Barret (2006), enfatizam que as meninas valorizam ter uma boa aparência e ser bonita, sendo que os meninos valorizam demonstrar habilidade.

Referente à idade, Valentini (2002a) diz que a percepção de competência tende a ser mais alta até por volta dos 8 anos de idade, sendo estabilizada

aos 12 anos. Isto se dá porque a criança, com o passar dos anos, passa a entender o que acontece a sua volta, analisa mais adequadamente as suas habilidades e modifica suas preferências devido à origem das informações de suas competências. Informações estas que provem dos pais quando as crianças são mais jovens (entre 8 e 9 anos) e quando mais velhas (entre 10 a 13 anos), estas informações se dão pela comparação social e da avaliação de seus pares.

A partir de alguns estudos, Villwock e Valentini (2007) citam vários fatores que são determinantes para orientar a motivação tanto intrínseca como extrínseca, são eles:

- o sucesso e o insucesso proveniente de experiências e a função de agentes socializadores, tais como os pais, professores, amigos, entre outros;
- a utilização da recompensa através de notas, prêmios e medalhas;
- o quanto a atividade é significativa para a criança e o valor que esta e seus pares dão à atividade;
- a relação entre a competência nas habilidades cognitivas, sociais e motoras;
- como a criança se percebe enquanto realiza estas habilidades e a dificuldade que lhe é proposta pela atividade no contexto da aprendizagem;
- de que maneira o meio social avalia as crianças na tentativa de maestria a qual a criança está engajada;
- a autonomia é incentivada pelo contexto social ou este controla o comportamento da criança, determinando quais, quando e por quanto tempo as atividades devem ser realizadas.

Almeida, Valentini e Berleze (2009) afirmam que, quanto maior o nível de realização ou conquista, maior a possibilidade do indivíduo perceber-se competente no domínio específico em que sua ação foi realizada com sucesso no ambiente e isto faz com que o indivíduo sinta prazer em descobrir o que consegue fazer bem.

Para tanto, Deci (1998) afirma que o sentimento de competência surge quando o indivíduo depara-se com um grande desafio. Sentir-se capaz de realizar uma tarefa extremamente fácil não o leva à competência percebida, pois perceber-se competente é possível quando realiza algo com o objetivo da conquista. Este desafio gera no indivíduo algumas expectativas e dependendo de como o indivíduo percebe a sua competência, fará com que o mesmo persista ou desista da tarefa/atividade.

Segundo Valentini (2002a), a percepção de competência é considerada um mediador de extrema importância para a manutenção ou aumento da motivação, especialmente de crianças, pois a maneira como a criança percebe sua competência influencia suas razões para conquistar e persistir em atividades de movimento. Entretanto, parece ser fundamental para o desenvolvimento da criança proporcionar oportunidades para a construção de percepções elevadas de competência através do desenvolvimento da competência motora real dela em diferentes habilidades fundamentais.

De acordo com Kirk (2005), até os 10 anos as crianças desenvolvem competências motoras que irão contribuir para a realização de atividades físicas durante toda a vida. As habilidades fundamentais são assim consideradas essenciais no desenvolvimento de outras habilidades, pois as dificuldades motoras restringirão as oportunidades de interação, podendo ocasionar um desenvolvimento social pobre e uma construção de baixo autoconceito (PAYNE; ISAACS, 2007).

Durante a fase escolar, as crianças se envolvem em atividades buscando novas conquistas e melhora da competência motora, as quais ocorrem

através da experiência diversificada em tarefas com níveis acentuados de desafios, das interações sociais e do *feedback* positivo dos agentes socializadores (GOODWAY E RUDISILL, 1997).

Os agentes socializadores, além da maturidade cognitiva, podem afetar a percepção de competência das crianças, uma vez que estes podem oportunizar a comparação social e a interação com o meio. Desta forma, percebemos que existe uma grande influência do contexto educacional no desenvolvimento da percepção de competência da criança, sendo que este pode variar de acordo com o meio do qual a criança faz parte (VILLWOCK E VALENTINI, 2007).

Um ambiente favorável para o desenvolvimento da percepção de competência, segundo Nicholls (1992) são as aulas de Educação Física, que podem promover sucesso nas atividades, despertar o interesse, empenho, a colaboração com os colegas, refletindo assim em uma maior competência motora, e também interferir de forma positiva na percepção de competência das crianças.

Villwock e Valentini (2007) ressaltam que quando a criança percebe-se incompetente tende a desinteressar-se e desistir das tarefas, ou ainda, pode preferir tarefas fáceis nas quais a possibilidade de sucesso é mais frequente. Em relação às experiências negativas, Almeida, Valentini e Berleze (2009) dizem que estas resultam em uma percepção de competência imprecisa e essa falta de precisão pode resultar em expectativas irreais frente a uma tarefa. Portanto, as percepções de competência, para um determinado domínio, podem ser consideradas como o resultado de uma história de conquistas e fracassos.

3.4 Qualidade de Vida

O termo qualidade de vida foi inicialmente discutido por cientistas sociais, filósofos e políticos, sendo embasado em diferentes referenciais filosóficos e conceituais, despertando interesse dos diferentes campos do conhecimento humano. Com o decorrer dos anos, o conceito foi ampliado, envolvendo além do crescimento econômico, também o desenvolvimento social, estendendo-se às áreas da saúde, educação, moradia, lazer, trabalho e crescimento individual. Por se tratar de um tema complexo e bastante amplo, existem algumas controvérsias sobre o conceito universal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu especialistas de todo o mundo, que definiram qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, tanto no contexto cultural quanto no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos (WHOQOL GROUP, 1995).

Seidl e Zannon (2004, p.581), ao citar Campbell (1976), dizem que, na década de 1970, houve dificuldades para explicitar o conceito de qualidade de vida: “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém necessariamente sabe o que é”.

De acordo com Ferreira (2005), qualidade de vida é um termo utilizado para representar uma maneira de explicar de forma subjetiva o que é viver bem, estar satisfeito ou feliz consigo mesmo e com o mundo no qual está inserido. O principal fator que determina a qualidade de vida é o bem-estar físico, mental e social.

Assumpção Jr. et al. (2000) afirmam que qualidade de vida é um conceito central, sendo que este determina a sensação subjetiva de bem-estar do indivíduo, incluindo as crianças, enfatizando que estas são e sempre foram capazes de se expressar quanto a essa subjetividade.

Uma boa qualidade de vida pode ser considerada quando as expectativas do indivíduo são alcançadas e satisfazem as experiências, ou seja, quando a distância entre os objetivos a serem atingidos e os alcançados é pequena. Desta forma, é possível melhorar a qualidade de vida promovendo a realização de objetivos mais reais ou auxiliando o indivíduo a desfazer-se de alguns sonhos e aceitar a realidade (MORALES, 2005).

Schalock e Verdugo (2002) ressaltam que o conceito de qualidade de vida tem sido utilizado principalmente nos campos da educação, saúde e serviços sociais, sendo que existem inúmeras definições sobre o termo. Afirmam que o significado e a aplicação de qualidade de vida se diferem conforme o discurso em que se expressa o conceito de qualidade de vida. Este pode ser relacionado à avaliação, política sobre saúde ou preferências individuais. Ferreira (2005) acrescenta à ideia de Scharlock e Verdugo (2002) que o conceito também pode se diferenciar entre grupos específicos, tais como crianças, adultos, mulheres, deficientes e diferentes camadas sociais.

Para Assumpção, Morais e Fontoura (2002), é no âmbito das Ciências Humanas e Biológicas que se deve estabelecer parâmetros mais amplos do que simplesmente a ausência de doenças, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida para determinar níveis de qualidade de vida.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000, p.8) qualidade de vida é:

Uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social e na própria estética da existência. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a eles se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

A partir dos anos 80, alguns estudos empíricos foram realizados para um melhor entendimento sobre a qualidade de vida. Na década de 90, os estudos sobre

qualidade de vida se voltaram para dois fatores: a subjetividade e a multidimensionalidade.

A qualidade de vida, para ser alcançada, depende da satisfação de desejos dos indivíduos, auto-realização e uma compensação satisfatória consigo mesmo e com os outros. (ASSUMPÇÃO JR et al., 2000)

Ferreira (2005) cita Bradlyn et al. (1996), que definem qualidade de vida como sendo um termo multidimensional, que não se resume somente ao aspecto social, físico e emocional, vai além, afirma que estes aspectos devem servir de parâmetro para as alterações que podem ocorrer no decorrer do desenvolvimento. Ferreira (2005) faz uma inferência também à diferença entre qualidade de vida infantil e outras fases da vida, e a partir da visão de adultos e crianças.

A qualidade de vida para Silva, Naspitz e Salé (2000) é definida como o conjunto de capacidades físicas e psicológicas envolvidas nas experiências vivenciadas no contexto social e relacionada com o estilo de vida do indivíduo. Caracteriza-se como mais que um estado de saúde, é o grau de satisfação do sujeito com a sua vida e com o controle que pode ter sobre ela.

Essa diversidade de conceitos, entretanto, pode ser um fator negativo relacionado à qualidade de vida infantil, “uma vez que prejudica a comparação de resultados entre estudos e comparações, retardando o progresso científico” (PREBIANCHI, 2003, p. 59).

O termo qualidade de vida, para as crianças, pode portar vários significados, incluindo a satisfação de desejos, a realização de conquistas, podendo ser influenciado por diversas situações, até mesmo problemas da vida diária. Nesta fase, se dá muita importância à família e às relações sociais como fonte para o bem-estar (ASSUMPÇÃO JR et al, 2000).

Desta forma, a percepção infantil sobre qualidade de vida depende de muitos fatores, pois estas são sujeitas à mudanças em decorrência de influências de eventos cotidianos e problemas crônicos. Para as crianças, bem-estar pode significar o quanto seus desejos e esperanças estão próximos da realidade (FERREIRA, 2005).

Na convenção das Nações Unidas sobre os direitos das crianças, foi reconhecido o direito do mais elevado nível de saúde, lazer e educação e, também, o direito a um nível de vida adequado ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social, sendo todas estas facetas da qualidade de vida (GASPAR et al., 2006).

Assumpção Jr et al. (2000) consideram a existência de um modelo ideal para avaliar a qualidade de vida, que engloba as quatro esferas da vida: global (sociedade), externa (condições socioeconômicas), interpessoal (estrutura e função de apoio social) e pessoal (condições físicas, mentais e espirituais). As esferas global e externa, em se tratando de criança, são supervalorizadas, porque estas nascem e se desenvolvem nesses contextos.

Ainda de acordo com Assumpção Jr et al. (2000), quando citam Mulhern et al. (1989), as seguintes características são essenciais para a avaliação da qualidade de vida da criança:

a) incluir a abordagem da função física, desempenho escolar e ocupacional, ajustamento social e autossatisfação; ter sensibilidade para detectar os problemas funcionais mais comuns de crianças;

b) ser confiável; ser breve, fácil de administrar e computar;

c) valer-se de informação dos familiares e professores (no caso da escola); ser corrigido para a idade;

d) estar adequado e permitir à criança a oportunidade de se autoavaliar.

Nessa perspectiva, Nelson, Laurendeau, Chamberlard (2001), dizem que, ao relacionar a qualidade de vida com a saúde da criança, essa deve ser considerada sob uma perspectiva ecológica que tem como foco diversos níveis de análise, ou seja, a criança, os pais, a família, os pares, a comunidade e a sociedade.

A partir do olhar da psicologia, Prebianchi (2003), diz que existem duas formas para medir a qualidade de vida infantil: as medidas consideradas genéricas e as medidas específicas. As genéricas baseiam-se nas teorias sociais clássicas referentes à família, trabalho e bem-estar. Podem ser utilizadas para avaliar a qualidade de vida de crianças saudáveis, pois fundamentam-se na subjetividade do envolvido. Já as medidas específicas possuem o objetivo principal de identificar transtornos associados a doenças, assim enfatizam atenção especial aos sintomas, funcionamento e incapacidades. As medidas de qualidade de vida infantil devem ser genéricas, já que fornecem um conhecimento completo da criança, pois envolvem todo um contexto social, uma vez que considera que as aspirações e desejos das crianças são subjetivos, portanto refletem os estados de necessidade de bem-estar.

Logo, entende-se com base no aspecto subjetivo, que a qualidade de vida deve ser analisada pelo próprio sujeito investigado, ao contrário das alternativas anteriores, que visa compreender o conceito a partir de observações externas realizadas por um determinado indivíduo.

Considerando o exposto acima, para este estudo será utilizado o *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Image* (AUQEI), validado no Brasil por Assumpção Jr. et al. (2000), que sugere por parte da criança uma autoavaliação que se utiliza de figuras para auxiliá-la na resposta das questões. Estas figuras representam faces que demonstram o estado da criança referente à felicidade, partindo da face muito feliz, outra feliz, infeliz e, por último, uma face muito infeliz.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Pesquisa

Esta pesquisa se caracteriza como sendo um estudo do tipo descritivo-correlacional, que de acordo com Thomas, Nelson e Silverman (2008), investiga variáveis de uma determinada situação da realidade buscando explorar as suas relações, sem causar qualquer interferência, não havendo manipulação das variáveis.

4.2 Caracterização do universo da pesquisa

O município de Campo Mourão está situado na região Noroeste do Estado do Paraná. Apresenta um clima subtropical úmido mesotérmico; é predominantemente agrícola. O número estimado de habitantes, registrado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 é de 87.287 pessoas. As pessoas oriundas de Campo Mourão são denominadas mourãoenses.

A população está dividida em área central, 45 bairros e 01 distrito. No que se refere à escolaridade, o município de Campo Mourão possui ensino na rede municipal, estadual e particular. Desta forma, a população desta pesquisa foi constituída por crianças, com idade entre 8 e 10 anos, nascidas em 2002, 2003 e 2004, regularmente matriculadas na rede pública municipal.

4.3 População e Amostra

A população desta pesquisa foi composta por escolares com idade entre 8 e 10 anos, matriculados em escolas públicas municipais de Campo Mourão-Pr, totalizando 2.785 escolares. Foram selecionados para fazer parte da amostra 472 (QUADRO 3, p.50) crianças com idade entre 8 e 10 anos, nascidos em 2002, 2003 e 2004, de ambos os gêneros e que foram autorizados pelos seus responsáveis através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I). Todas as crianças pertencentes à amostra participaram de todos os procedimentos envolvidos nesta pesquisa.

Para a escolha das escolas que fizeram parte desta pesquisa, foi realizado um mapeamento de todas as escolas públicas municipais de Campo Mourão e a partir disto, fez-se a composição da amostra estratificada proporcional, na qual o número de crianças de cada estrato é proporcional ao número de crianças existentes no estrato, sendo estas, escolhidas de forma aleatória simplificada. A escolha se deu pela lista de chamada de cada uma das turmas que continham escolares com a faixa etária envolvida neste estudo, sendo selecionados aleatoriamente.

4.3.1 Seleção da amostra

Para selecionar o tamanho da amostra alguns passos foram seguidos. Primeiramente foi realizada uma visita a Secretaria Municipal de Educação de Campo Mourão, para explicar o objetivo da pesquisa, onde foi entregue uma solicitação para fazer o levantamento de dados junto às escolas (APÊNDICE II) e uma cópia do projeto de pesquisa. Após a autorização do órgão acima mencionado (APÊNDICE III), e a autorização das direções das escolas (APÊNDICE IV) os levantamentos de dados foram realizados.

Depois desse levantamento inicial, as escolas foram localizadas de acordo com os respectivos bairros de Campo Mourão. O próximo passo foi o agrupamento dos bairros de acordo com as regiões do município (Asa Norte, Asa Sul, Asa Oeste, Asa Leste e Centro) de forma que o N populacional fosse similar entre elas. No município existem 18 escolas que ofertam o Ensino Fundamental, porém fizeram parte desta pesquisa 13 destas escolas, sendo que foram descartadas: 01 escola distrital, 01 escola rural, 01 escola de educação especial, 01 escola que estava em reforma, e 01 escola que a direção não autorizou. Desta forma, as 13 escolas foram agrupadas, conforme o quadro abaixo.

REGIÃO	ESCOLAS	TOTAL DE ESCOLARES POR ESCOLA	TOTAL DE ESCOLARES
Asa Norte	Esc. Mun. Manoel Bandeira	133	775
	Esc. Mun. Prof. Ethanil Bento de Assis	231	
	Esc. Mun. Cidade Nova	213	
	Esc. Mun. Prof. Nicon Kopko	198	
Asa Sul	Esc. Mun. Parigot de Souza	186	186
Asa Leste	Esc. Mun. Bento Mossurunga	214	700
	Esc. Mun. Prof. Florestan Fernandes	255	
	Esc. Mun. Prof. Domingos José de Souza	231	
Asa Oeste	Esc. Mun. Monteiro Lobato	325	534
	Esc. Mun. Prof. Eroni Maciel Ribas	209	
Centro	Esc. Mun. Mario Miranda Quintana	121	590
	Esc. Mun. Gurilândia	243	
	Esc. Mun. Urupês	226	
Total			2.785

Quadro 2 - Agrupamentos das escolas de acordo com as regiões de Campo Mourão e o N total de matriculados de 8 a 10 anos nas escolas participantes da pesquisa.

De acordo com o Quadro 2 o número total de crianças matriculadas regularmente no ensino fundamental das escolas participantes da pesquisa na faixa etária de 8 a 10 anos é de 2.785 crianças, sendo 1.357 crianças do sexo feminino e 1.428 crianças do sexo masculino.

A partir disto fez-se a composição da amostra estratificada proporcional, no qual o número de crianças de cada estrato é proporcional ao número de crianças existentes no estrato, sendo estas escolhidas de forma aleatória simplificada.

Para determinar o N amostral do estudo, foram necessários alguns procedimentos. Utilizou-se o cálculo estatístico aplicado do Laboratório de Epidemiologia e Estatística (Lee) para calcular o N amostral necessário a partir do N total de crianças com idade entre 8 e 10 anos. A proporção estimada na população é a proporção já conhecida de estudos anteriores ou de dados de literatura. A precisão da estimativa (absoluta) indica o quanto a estimativa deve se distanciar da verdadeira proporção. Em geral, esta precisão é dada pela diferença entre a proporção da população e a que se pretende estimar e pode ser expressa diretamente em pontos percentuais. Já o nível de significância indica a porcentagem de casos na população que estarão fora do intervalo estimado para a proporção. Calcular uma estimativa a um nível de significância de 5% significa que a estimativa estará cobrindo 95% da população. Desta forma, segue abaixo o N amostral:

Descrição das Variáveis	Total de escolares
N Total da População	2.785
Proporção da População	5%
Precisão da Estimativa (absoluta)	2%
Nível de Significância	5%
N Total	393
20% de Perdas e Recusas	79
N Total da Amostra	472

Quadro 3 – Cálculo do N amostral.

O município de Campo Mourão é dividido em cinco regiões, assim foi selecionado para fazer parte da amostra o número significativo de escolares com idade entre 8 a 10 anos, de ambos os gêneros, por região.

Regiões de Campo Mourão	% Escolares	N Escolares
Asa Norte	28	132
Asa Sul	7	33
Asa Leste	25	118
Asa Oeste	19	90
Centro	21	99
Total	100	472

Quadro 4 – Percentual e N significativo dos escolares, de ambos os gêneros, por região do município de Campo Mourão.

Os critérios adotados para a inclusão dos escolares selecionados foram: a) estar matriculados em escolas municipais de Campo Mourão-PR; b) ter entre 8 e 10 anos de idade; c) possuir o aceite da escola em participar da pesquisa; d) ter a autorização do responsável para participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 Instrumentos e Procedimentos para Coleta dos Dados

Após a autorização pela Secretaria Municipal de Educação para a realização desta pesquisa, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e a aprovação se deu através do Parecer Consubstanciado do CEP nº

131.655 (ANEXO A). Posteriormente, as crianças foram avaliadas através dos instrumentos descritos abaixo.

As informações gerais sobre os escolares pertencentes à amostra, foram coletadas a partir de uma Ficha de Identificação (APÊNDICE V) contendo nome, idade, gênero, escola, prática de atividade física fora do ambiente escolar, entre outras.

A prevalência do transtorno do desenvolvimento de coordenação foi identificada através do teste ABC do Movimento de Henderson e Sugden (1992) (*Movement Assessment Battery for Children*) que é composto por quatro conjuntos de tarefas (baterias) a serem aplicadas com crianças de 4 a 12 anos de idade. O teste apresenta 32 itens organizados em quatro faixas etárias. A bateria I é utilizada para avaliar crianças de 4 a 6 anos de idade, a bateria II é utilizada para avaliar crianças de 7 e 8 anos, a bateria III é utilizada para avaliar crianças de 9 e 10 anos e a bateria IV para avaliar crianças de 11 e 12 anos.

Para esta pesquisa os escolares selecionados foram testados nas baterias II e III de testes motores do ABC do Movimento, que envolvem as habilidades manuais (três testes), habilidades com bola (dois testes) e de equilíbrio estático e dinâmico (três testes), da seguinte forma:

Testes	Bateria II – 7 e 8 anos	Bateria III – 9 e 10 anos
Habilidades manuais	<ul style="list-style-type: none"> - Colocando pinos - Enfiando o cordão - Trilha da flor 	<ul style="list-style-type: none"> - Deslocando os pinos na linha - Rosqueando porcas nos parafusos - Trilha da flor
Habilidades com bola	<ul style="list-style-type: none"> - Picar e pegar a bola com uma mão - Arremessar o saco de feijão na caixa 	<ul style="list-style-type: none"> - Pegar com uma mão - Arremessar o saco de feijão na caixa
Equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio da cegonha - Pular nos quadrados - Caminhar unindo o calcanhar à ponta do pé 	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio sobre tábua - Saltar com um pé só dentro dos quadrados - Equilibrando a bola

Quadro 5 – Testes que compõem as baterias II e III do Teste ABC do Movimento

A pontuação dos testes é de 0 e 5 pontos para cada tarefa, podendo se alterar entre 0 e 40 na pontuação total, sendo que quanto menor a pontuação, melhor o desempenho motor do indivíduo.

Os seguintes materiais foram utilizados para aplicação do Teste ABC do Movimento: formulário de registro (incluindo trilha da flor); tapete emborrachado para mesa; tábua para colocar os pinos; 12 pinos de plástico (mais 4 extra); tábua com furos (para passar o cordão); cordão (para passar na tábua com furos); parafuso com porca fixa; 3 porcas soltas; caneta vermelha de ponta fina; caixa alvo; saco de feijão; bola de tênis; fita colorida, fita métrica; cronômetro e prancheta.

O teste ABC foi aplicado de forma individual, anotados em formulários próprios (ANEXOS B e C), em um ambiente apropriado para a realização das atividades, seguindo o protocolo estabelecido. A duração da aplicação do teste foi de aproximadamente 30 minutos para cada criança. A forma de aplicação dos testes encontram-se nos Anexos D e E. Após a aplicação do Teste ABC do Movimento foi possível separar a amostra de escolares em dois grupos, sendo um grupo composto por crianças diagnosticadas com TDC e outro grupo composto por crianças sem TDC, sendo este procedimento necessário para realizar a análise dos dados.

Para verificar a percepção de competência dos escolares foi utilizado a Escala de Auto percepção para Crianças (EAPC), validada por Valentini et al (2010) para utilização com crianças brasileiras (ANEXO F) que obteve o alfa de *Cronbach* da EAPC foi $\alpha=0,80$, evidenciando forte confiabilidade dos dados . A escala compõe-se de seis sub-escalas independentes, determinando cinco domínios específicos e o autoconceito, da seguinte forma: a competência escolar (domínio cognitivo); a aceitação pessoal (domínio sócio-afetivo); a competência atlética (habilidades motoras); a aparência física (grau de satisfação com a aparência); a conduta comportamental (como a criança age); o autoconceito (a extensão na qual a criança gosta de si mesma). Cada uma destas subescalas é composta por seis itens, totalizando 36 questões. O

escore de cada item na escala pode variar de 1 a 4, sendo que os valores entre 1 e 2 significam uma baixa percepção de competência, e entre 3 e 4 alta percepção de competência.

A qualidade de vida foi avaliada a partir da Escala de Qualidade de Vida da Criança (AUQEI – *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Image*), desenvolvida por Manificat e Dazord (1997) e validado por Assumpção Jr. et al (2000) (ANEXO G) que obteve o alfa de *Cronbach* da AUQEI foi $\alpha=0,71$, indicando alta confiabilidade dos dados. Esta escala é baseada no ponto de vista da satisfação da criança, visualizada a partir de quatro figuras de faces que exprimem diferentes estados emocionais e são associados a diversos domínios da vida. A composição da escala se dá por 26 questões que subdividem-se para compor quatro fatores, da seguinte forma: Fator I – Autonomia com pontuação entre 0 a 21(questões 14, 15, 17, 19, 20, 23 e 24, que são relacionadas à independência, relação com companheiros e avaliações); Fator II – Lazer com pontuação entre 0 a 12 (questões 11, 21, 25 e 26, referentes à férias, aniversário e relação com avós); Fator III – Funções com pontuação entre 0 a 24 (questões 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9 12, que se referem a atividades na escola, refeições, entre outros); Fator IV – Família com pontuação entre 0 a 21 (questões 3, 6, 10, 13, 16, 18 e 22, relacionadas à opinião quanto as figuras parentais e delas quanto a si mesmas). A pontuação das respostas varia entre 0 a 3 pontos; e o somatório da pontuação de todas as questões pode variar de 0 a 78. O ponto de corte é de 48 pontos, sendo a qualidade de vida considerada prejudicada nos casos em que a pontuação for inferior a 48, e não prejudicada nas crianças com pontuação igual ou superior a 48; para este estudo especificamente, utilizaremos os termos satisfatória e não satisfatória, por considerar os termos qualidade de vida prejudicada e qualidade de vida não prejudicada enfatizando o caráter negativo. A própria criança é quem respondeu, assinalando, sem tempo determinado, a resposta que mais corresponde ao seu sentimento frente ao domínio enfatizado.

4.5 Coleta de Dados

Após a autorização dos pais ou responsáveis pelos escolares, foi iniciada a coleta de dados. Esta se deu nas dependências das escolas no horário em que as crianças freqüentavam a mesma, não sendo permitida pela Secretaria de Educação Municipal a realização em contraturno escolar. Os dados foram coletados após agendamento prévio com a direção das escolas.

A ordem para coleta dos dados foi a seguinte: preenchimento da Ficha de Identificação, da Escala de Autopercepção para Crianças, da Escala de Qualidade de Vida da Criança e por fim o Teste ABC do Movimento.

O preenchimento da ficha de identificação se deu pela própria criança, considerando a facilidade de interpretação das perguntas que são relacionadas ao seu cotidiano, com foco nas atividades realizadas fora do ambiente escolar.

A Escala de Autopercepção para Crianças apresentou maior dificuldade para aplicação, pois as questões e a forma de resposta são complexas. Para preenchimento deste instrumento, os escolares apresentaram dificuldade no que se refere à interpretação das questões, isso se deu principalmente na faixa etária de 8 anos, em que a forma de aplicação foi individualizada. Para os escolares de 9 e 10 anos, houve menor dificuldade para o preenchimento do instrumento, assim eram retirados da sala ao mesmo tempo todos os alunos selecionados para participar da pesquisa, e em caso de dúvidas eram auxiliados.

Para a aplicação da Escala de Qualidade de Vida, não houve dificuldade para preenchimento por parte dos escolares, sendo que as questões são de simples interpretação e dizem respeito a acontecimentos cotidianos.

A aplicação teste ABC do Movimento, foi realizado individualmente, retirando os escolares da sala de aula, sendo que para cada escolar a realização do teste durou de 20 a 30 minutos, variando de acordo com a necessidade de realizar a segunda tentativa em alguns dos testes executados.

O período destinado para a coleta de dados foi de agosto a novembro de 2012.

4.6 Análise dos Dados

Para análise de distribuição dos dados foi utilizado o Teste de *Kolmogorov Smirnov*. Como os dados não apresentaram distribuição normal utilizou-se Mediana (Md) e Quartis (Q1-Q3) para a caracterização dos resultados. Como medidas descritivas foram utilizadas também a frequência e o percentual.

Para comparação da Percepção de Competência e da Qualidade de Vida em função do Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, gênero e faixa etária foi utilizado Teste U de Mann-Whitney (dados não normais).

Para associação do TDC com Percepção de Competência, Qualidade de Vida, gênero, faixa etária e prática de atividade física fora do ambiente escolar foi utilizado o Teste de Qui-quadrado 2x2. Para verificar a relação entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Para analisar a confiabilidade dos dados dos instrumentos foi utilizado o alfa de Cronbach.

VARIÁVEL	CRITÉRIOS	ESCALA
Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação	Com TDC	1º ao 5º percentil
	Sem TDC	Acima do 5º percentil
Percepção de Competência	Baixa	1 e 2 pontos (considerou-se os números inteiros)
	Alta	3 e 4 pontos (considerou-se os números inteiros)
Qualidade de Vida	Não satisfatória	0 a 47 pontos
	Satisfatória	48 a 78 pontos
	Fator I - Autonomia	0 a 21 pontos
	Fator II - Lazer	0 a 12 pontos
	Fator III - Funções	0 a 24 pontos
	Fator IV – Família	0 a 21 pontos
Faixa Etária	8 anos	Nascidos em 2004
	9 e 10 anos	Nascidos em 2003 e 2002
Gênero	Masculino	-
	Feminino	-
Prática esportiva	Pratica	Sim
	Não pratica	Não

Quadro 6 – Critérios e escalas das variáveis do estudo.

5 RESULTADOS

Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados e objetivando uma melhor sistematização, optou-se pela seqüência dos objetivos específicos da seguinte forma: identificar a prevalência do transtorno do desenvolvimento da coordenação; verificar a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares com TDC e sem TDC; comparar o TDC em função da percepção de competência, qualidade de vida, gênero, faixa etária; comparar a percepção de competência e a qualidade de vida, em função do TDC, gênero e faixa etária e verificar a existência de associação do TDC com a percepção de competência, qualidade de vida, gênero, faixa etária e prática de esportes.

Tabela 1 – Distribuição de frequência e percentual das variáveis faixa etária, gênero, prática de esportes, percepção de competência, TDC e qualidade de vida dos escolares.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Faixa Etária		
8 anos	158	33,5
9 e 10 anos	314	66,5
Gênero		
Masculino	228	48,3
Feminino	244	51,7
Prática de esportes		
Sim	257	54,4
Não	215	45,6
Percepção de Competência		
Baixa	366	77,5
Alta	106	22,5
TDC		
Presença	131	27,8
Ausência	341	72,2
Qualidade de vida		
Não satisfatória	127	26,9
Satisfatória	344	73,1

Na tabela 1 estão descritos os resultados encontrados em cada uma das variáveis investigadas neste estudo. Cabe ressaltar que a divisão dos escolares em duas faixas etárias (8 anos e 9/10 anos) se deu em função da forma de realização dos testes motores, e para esta pesquisa especificamente considerou-se somente se a criança apresenta ou não o transtorno do desenvolvimento da coordenação.

Quanto a faixa etária verifica-se que 33,5% (n=158) dos escolares pertencentes a amostra possuem 8 anos e 66,5% (n=314) estão na faixa etária de 9 e 10 anos. Em relação ao gênero 48,3% (n=228) dos escolares são do gênero masculino e 51,7% (n=244) do gênero feminino.

No que se refere a prática esportiva, observa-se que 54,4% (n=257) dos escolares praticam esportes e 45,6% (n=215) não praticam esportes. Quanto ao gênero, 49,5% das meninas praticam esportes e 50,5% não praticam; já no gênero masculino 59,6% praticam esporte e 40,4% não possuem tal prática. Em relação a faixa etária, 51,2% dos escolares de 8 anos praticam esporte e 48,8% não praticam; e no grupo de 9 e 10 anos 56% praticam esportes e 44% não.

Para a percepção de competência predominou a classificação “baixa” com 77,5% (n=366) dos escolares da amostra e 22,5% (n=106) apresentaram alta percepção de competência. Em relação ao gênero, 79% das meninas apresentam baixa percepção de competência e 21% alta percepção de competência; e no gênero masculino 75% dos meninos apresentaram percepção de competência baixa e 25% percepção de competência alta. Quanto a faixa etária, 74% dos escolares de 8 anos apresentaram baixa percepção de competência e 26% apresentaram alta percepção de competência; na faixa etária de 9 e 10 anos constata-se que 79,2% possuem baixa percepção de competência e 20,8% alta percepção de competência.

Relacionado ao Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, 27,8% (n=131) dos escolares apresentam indícios de TDC enquanto que 72,2%

(n=341) não apresentam. Quando verificado a prevalência entre os gêneros, constatou-se que no gênero feminino 30% apresentam TDC e 70% não apresentam; e no gênero masculino 24% dos meninos apresentaram indícios de TDC enquanto que 76% não apresentam TDC. No que se refere a prevalência de TDC entre faixas etárias, verificamos no grupo de escolares de 8 anos que 18,3% foram diagnosticados com TDC e 81,7% com ausência de TDC; e no grupo de 9 e 10 anos constatamos que 32,4% possui indicativo de TDC e 67,6% não possui indicativa para TDC.

Observa-se também que 26,9% (n=127) dos escolares apresentam uma qualidade de vida não satisfatória e 73,1% (n=344) possuem uma qualidade de vida satisfatória. Quanto ao gênero, 28% das meninas apresentam qualidade de vida não satisfatória e 72% qualidade de vida satisfatória; quanto aos meninos 25% apresentaram qualidade de vida não satisfatória e 75% qualidade de vida satisfatória. No que tange a faixa etária, 28,5% dos escolares de 8 anos possuem qualidade e vida não satisfatória e 71,5% satisfatória; e no grupo dos escolares de 9 e 10 anos, 26,1% possuem qualidade de vida não satisfatória e 73,9% possuem qualidade de vida satisfatória.

Para a comparação da qualidade de vida, transtorno do desenvolvimento da coordenação e percepção de competência dos escolares de acordo com o gênero apresenta-se a tabela 2. Em função da não normalidade dos dados os resultados são apresentados em mediana e 1º e 3º quartis, seguido da significância encontrada (*p*-valor).

Tabela 2 – Comparação da qualidade de vida, TDC e percepção de competência dos escolares de acordo com o gênero.

	Variáveis	Masculino	Feminino	p
		Md (Q1;Q3)	Md (Q1;Q3)	
QUALIDADE DE VIDA	Escore Geral	53,00 (48,00-57,00)	53,00 (47,00-57,00)	0,555
	QV-Autonomia	10,00 (9,00-13,00)	10,00 (9,00-12,00)	0,986
	QV-Lazer	10,00 (9,00-11,00)	10,00 (9,00-11,00)	0,724
	QV-Funções	18,00 (15,00-19,00)	17,50 (15,00-19,00)	0,868
	QV-Família	15,00 (13,00-17,00)	15,00 (13,00-17,00)	0,383
TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO	Escore geral	26,00 (22,00-29,00)	27,00 (24,00-30,00)	0,150
	Habilidades manuais	12,00 (10,00-14,00)	13,00 (10,00-14,00)	0,281
	Habilidades com bola	5,00 (3,00-7,00)	6,00 (3,00-8,00)	0,012*
	Equilíbrio	9,00 (8,00-12,00)	9,00 (7,00-12,00)	0,435
PERCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA	Competência cognitiva	2,50 (2,16-3,00)	2,50 (2,16-3,00)	0,692
	Competência afetiva	2,66 (2,16-3,00)	2,50 (2,16-2,83)	0,449
	Competência motora	2,50 (2,00-3,00)	2,50 (2,00-2,83)	0,855
	Aparência física	2,66 (2,16-3,00)	2,66 (2,33-3,00)	0,552
	Conduta comportamental	2,66 (2,16-3,00)	2,50 (2,16-2,83)	0,207
	Autoconceito	2,50 (2,16-2,83)	2,50 (2,16-2,83)	0,573

*Diferença significativa – Teste “U” de *Mann-Whitney*.

Md=Mediana; Q1=25%; Q3=75%

Ao comparar as habilidades motoras de acordo com o gênero, verificamos que na habilidade com bola houve uma diferença estatisticamente significativa ($p= 0,012$), sendo que os meninos apresentaram um melhor desempenho motor na habilidade com bola em relação as meninas. Esta diferença pode se dar devido as diferentes práticas motoras realizadas pelos meninos e pelas meninas nas atividades que realizam no cotidiano.

Quando se observa os resultados da tabela 2, verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros quanto ao Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (escore geral), qualidade de vida (escore geral) e percepção de competência. Cabe ressaltar aqui, que quanto maior os escores para percepção de competência e qualidade de vida significa que melhor é o resultado; já para o transtorno do desenvolvimento da coordenação quanto menor o escore significa que melhor é o desempenho. Isto se aplica para as demais tabelas.

A tabela 3 apresenta a comparação da qualidade de vida, TDC e percepção de competência de acordo com a faixa etária. Devido ao fato da não normalidade dos dados os resultados são apresentados em mediana e 1º e 3º quartis, seguido da significância encontrada (p -valor).

Tabela 3 – Comparação da qualidade de vida, TDC e percepção de competência dos escolares de acordo com a faixa etária.

	Variáveis	8 anos	9 e 10 anos	p
		Md (Q1;Q3)	Md (Q1;Q3)	
QUALIDADE DE VIDA	Escore geral	51,00 (45,00-55,00)	54,00 (48,00-57,00)	0,001*
	QV-Autonomia	10,00 (9,00-13,00)	10,00 (8,00-12,00)	0,322
	QV-Lazer	9,00 (8,00-11,00)	10,00 (9,00-11,00)	0,001*
	QV-Funções	17,00 (14,00-18,00)	18,00 (15,00-19,00)	0,002*
	QV-Família	15,00 (12,00-17,00)	16,00 (14,00-17,00)	0,001*
TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO	Escore geral	26,00 (22,00-29,00)	27,00 (23,75-30,00)	0,004*
	Habilidades manuais	12,00 (10,00-14,00)	13,00 (10,00-14,00)	0,156
	Habilidades com bola	6,00 (4,00-8,00)	5,00 (3,00-7,00)	0,001*
	Equilíbrio	8,00 (6,00-10,00)	10,00 (8,00-12,00)	0,001*
PERCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA	Competência cognitiva	2,66 (2,33-3,16)	2,50 (2,16-3,00)	0,035*
	Competência afetiva	2,50 (2,33-3,00)	2,66 (2,16-3,00)	0,837
	Competência motora	2,50 (2,00-3,00)	2,50 (2,16-2,83)	0,535
	Aparência física	2,66 (2,16-3,00)	2,66 (2,16-3,00)	0,661
	Conduta comportamental	2,66 (2,33-3,00)	2,50 (2,16-2,83)	0,010*
	Autoconceito	2,50 (2,16-3,16)	2,50 (2,16-2,83)	0,313

*Diferença significativa – Teste “U” de *Mann-Whitney*.

Md=Mediana; Q1=25%; Q3=75%

Na tabela 3 evidencia-se diferença estatisticamente significativa na variável qualidade de vida (escore geral), quando comparadas as faixas etárias. Nesta comparação os escolares de 9 e 10 anos apresentaram um melhor resultado do que os escolares de 8 anos, o que indica que os escolares de 9 e 10 anos apresentaram-se mais felizes em relação às situações que ocorrem em sua vida, fazendo com que apresentem uma melhor qualidade de vida.

Em relação ao Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias e os resultados indicam que os escolares de 8 anos apresentaram um melhor desempenho motor quando comparados com os escolares de 9 e 10 anos. Esta diferença sugere que os escolares de 8 anos devam estar recebendo estímulos adequados, podendo ser atribuídos às interações entre condições do ambiente, especificamente da tarefa e aos fatores biológicos de cada escolar.

No que se refere à percepção de competência verifica-se na tabela 3 que houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias. Os escolares de 8 anos apresentam uma maior percepção de competência nas subescalas de competência cognitiva ($p=0,035$) e conduta comportamental ($p=0,010$), quando comparados com os escolares de 9 e 10 anos. Isto pode indicar que os escolares de 8 anos se percebem mais competentes no que se refere às tarefas escolares e também se percebem mais determinados para agir de forma que evitem problemas.

Quando comparados os fatores da qualidade de vida em relação a faixa etária dos escolares da amostra, constatou-se diferenças significativas para o fator lazer ($p=0,001$), fator funções ($p=0,002$) e fator família ($p=0,001$). Estes resultados sugerem que os escolares de 9 e 10 anos apresentaram melhores resultados do que os escolares de 8 anos, indicando que possuem melhor qualidade de vida relacionada aos fatores evidenciados.

Em relação às habilidades motoras, identificou-se diferença estatisticamente significativa para as habilidades com bola ($p=0,001$), sendo que os escolares de 9 e 10 anos apresentaram melhor desempenho. Também verificamos que os escolares de 8 anos apresentaram melhor desempenho na habilidade de equilíbrio ($p=0,001$).

A partir dos resultados apresentados na tabela 4, referente a comparação da qualidade de vida e percepção de competência de acordo com o TDC, verifica-se que não houve diferença significativa estatisticamente.

Tabela 4 – Comparação da qualidade de vida e percepção de competência dos escolares de acordo com o TDC.

Variáveis		Presença de TDC Md (Q1;Q3)	Ausência de TDC Md (Q1;Q3)	<i>p</i>
QUALIDADE DE VIDA	Escore geral	53,00 (48,00-57,00)	53,00 (47,00-57,00)	0,556
	QV-Autonomia	10,00 (8,00-12,00)	10,00 (9,00-13,00)	0,287
	QV-Lazer	10,00 (9,00-11,00)	10,00 (9,00-11,00)	0,770
	QV-Funções	18,00 (15,00-19,00)	18,00 (15,00-19,00)	0,722
	QV-Família	15,00 (14,00-18,00)	15,00 (13,00-17,00)	0,322
PERCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA	Competência cognitiva	2,50 (2,33-3,00)	2,50 (2,16-3,00)	0,313
	Competência afetiva	2,50 (2,33-3,00)	2,50 (2,16-3,00)	0,426
	Competência motora	2,50 (2,16-2,83)	2,50 (2,00-3,00)	0,952
	Aparência física	2,66 (2,33-3,00)	2,66 (2,16-3,00)	0,260
	Conduta comportamental	2,66 (2,33-3,00)	2,50 (2,16-3,00)	0,245
	Autoconceito	2,33 (2,16-3,00)	2,50 (2,16-3,00)	0,212

*Diferença significativa – Teste “U” de *Mann-Whitney*.
Md=Mediana; Q1=25%; Q3=75%

O TDC conforme muitos estudos apontam, pode estar relacionado a outras variáveis, como por exemplo, estar associado à baixa percepção de competência, baixa auto-estima, à condições de vida inadequadas. A tabela 5 demonstra os resultados do estudo referente à associação entre a prevalência de TDC, com gênero, idade, prática de esportes, percepção de competência e qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos.

Tabela 5 – Associação da prevalência de transtorno de desenvolvimento da coordenação com o gênero, prática de esportes, faixa etária, percepção de competência e qualidade de vida.

TDC	VARIÁVEIS									
	Gênero		Prática de esportes		Faixa etária		Percepção de Competência		Qualidade de Vida	
	Masc	Fem	Sim	Não	8 anos	9 e 10 anos	Baixa	Alta	Satisf.	Não Satisf.
Presença (n=131)										
<i>f</i>	57	74	71	60	32	99	100	31	31	100
%	43,5	56,5	54,2	45,8	24,4	75,6	76,3	23,7	23,7	76,3
Ausência (n=341)										
<i>f</i>	171	170	186	155	126	215	266	75	97	244
%	50,1	49,9	54,5	45,5	37,0	63,0	78,0	22,0	28,4	71,6
Total (n=472)										
<i>f</i>	228	244	257	215	158	314	366	106	128	344
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
X²	1,669		0,005		6,665		0,152		1,095	
P	0,196		0,946		0,010*		0,697		0,295	

*Associação Significativa – Teste Qui-quadrado.

Observa-se na Tabela 5 que não houve associação significativa entre as variáveis transtorno do desenvolvimento da coordenação, percepção de competência e qualidade de vida, entretanto houve associação significativa apenas entre o TDC e a faixa etária ($p=0,010$).

A presença de TDC é mais freqüente em crianças na faixa etária de 9 e 10 anos (75,6%) e menos comum em crianças na faixa etária de 8 anos (24,4%).

Por fim, a avaliação da confiabilidade dos dados foi verificada por meio do teste estatístico Alpha de Cronbach. Para a Escala de Autopercepção para Crianças foi encontrado $\alpha=0,77$, evidenciando forte confiabilidade dos dados. Já para a Escala de

Qualidade de Vida da Criança foi encontrado $\alpha=0,67$, indicando moderada confiabilidade dos dados.

6 DISCUSSÃO

Este capítulo se destina à discussão dos resultados encontrados e apresentados no capítulo 5, na referida seqüência: Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, Qualidade de Vida, Percepção de Competência e a associação entre essas três variáveis.

6.1 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação

O desenvolvimento motor se caracteriza pela aquisição de várias habilidades motoras, e isto possibilita a criança ter o domínio do seu corpo na realização de diferentes tarefas motoras que fazem parte do seu dia-a-dia, e também possibilita a realização de habilidades motoras mais complexas (SANTOS; DANTAS; OLIVEIRA, 2004).

As experiências motoras devem estar presentes no cotidiano da criança representadas por todas as atividades corporais realizadas, seja em casa, seja na escola ou no ambiente social a qual a criança esta inserida. Há um tempo, as experiências motoras vivenciadas pelas crianças de forma espontânea e suas atividades diárias eram suficientes para que adquirissem as habilidades motoras e formassem uma base para o aprendizado de habilidades mais complexas.

Entretanto, as alterações que ocorreram na estrutura social e econômica da sociedade atual, decorrente dos processos de modernização, urbanização e inovação tecnológica, têm ocasionado mudanças nos hábitos da vida do homem moderno em todas as fases da vida (SPENCE; LEE, 2003). Desta forma, as crianças em idade escolar geralmente utilizam brinquedos, na maioria das vezes

eletrônicos, ou desenvolvem as atividades em pequenos espaços, que limitam a vivência de movimentos de diferentes formas. Considerando esta situação, é de extrema necessidade que estas crianças sejam incentivadas e estimuladas a vivenciar mais atividades que necessitem da utilização das diferentes habilidades motoras.

As crianças que não apresentam precisão em seus movimentos são consideradas descoordenadas ao longo do processo de desenvolvimento. Crianças que apresentam essas características destacam-se das demais da mesma faixa etária, podendo apresentar o que tem sido denominado de Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC).

O principal critério utilizado para identificação de crianças com dificuldades motoras ou TDC esta relacionado ao desempenho motor. Geuze et al (2001) explicam que os critérios quantitativos para avaliação motora são altamente recomendados e que o *Movement ABC* é um teste normativo indicado para identificar comprometimentos motores.

Os resultados encontrados neste estudo realizado com escolares de 8 a 10 anos de Campo Mourão-PR (tabela 1), apontam que 27,8% do total da amostra demonstram dificuldade motora indicando o TDC. Este resultado é muito superior aos resultados encontrados em diferentes estudos. Entre esses estudos destacamos o da APA (2003) que encontrou 4 a 6% de prevalência de TDC nas crianças de 5 a 11. Também, destacamos os estudos realizados por Polatajko et al (1995), Dewey e Wilson (2001), Maldonado-Duran e Glinka (2005) que apontam uma estimativa mundial de 5 a 8% das crianças com TDC.

No Brasil, ainda são poucos os estudos que têm sido realizados para identificar a presença de TDC em escolares. Entre esses estudos Pellegrini et al. (2006) realizaram uma investigação em escolas públicas de São Paulo com 555 crianças com idade entre 5 a 10 anos e encontraram uma prevalência de 8,5% de TDC. Souza et al. (2007) realizaram um estudo em Manaus, com 240 crianças de 7 e 8

anos de idade da zona urbana e rural, e constataram que 11,8% das crianças da zona urbana e 4,4% da zona rural apresentam comprometimento motor. França (2008) constatou em seu estudo realizado com 417 escolares de 7 e 8 anos da rede pública municipal de Florianópolis-SC que 10,8% dos participantes da amostra apresentaram dificuldades motoras.

Buzzo (2009), em estudo realizado nas escolas públicas de Maringá com 581 crianças de 7 a 10 anos, constatou que 11,4% do total da amostra demonstrou dificuldade motora indicando TDC, sendo que o problema mais evidente foi para as crianças de 7 anos (16,4%). Broch (2012) ao avaliar 515 escolares de Maringá, do ensino público e privado, encontrou um percentual de 22% de escolares da amostra com TDC, predominando para o gênero feminino com 28,3% e 16,5% para o gênero masculino.

Os resultados encontrados neste estudo com os escolares de 8 a 10 anos de Campo Mourão indicam que para estes escolares o movimento pode se tornar um desafio, e algumas tarefas motoras que necessitam de determinadas habilidades, tais como as habilidades manuais, as habilidades com bola e as habilidades de equilíbrio podem tornar-se de difícil execução, fazendo com que não tenham interesse em realizar determinadas atividades e até mesmo tenham dificuldades de socialização com os colegas em função do baixo desempenho ocasionado por tal comprometimento motor. Além disso, estes escolares podem apresentar problemas para lidar com as atividades da vida diária, entre elas atividades escolares (escrever, recortar), atividades de auto-cuidado (escovar os dentes, pentear o cabelo), atividades recreativas e esportivas.

A alta prevalência de TDC encontrada entre os escolares deste estudo é preocupante, uma vez que a ausência de intervenção em crianças com distúrbios de coordenação motora pode fazer com que os sintomas persistam até a vida adulta (DEWEY, WILSON, 2001; POLATAJKO, CANTIN, 2006). E ainda, Rasmussen e

Gillberg (2000) afirmam que 50% das crianças que apresentam comprometimentos motores permanecem com estas dificuldades quando adultos.

Os problemas motores apresentados pelas crianças com indicativo de TDC têm sido atribuídos ao domínio sensorial, motor e na integração sensório-motora (VISSER, 2003).

Entretanto, Silva et al. (2006) enfatizam que estas dificuldades motoras, relacionadas às habilidades funcionais, recreativas e esportivas, podem influenciar no desenvolvimento do indivíduo como um todo, ultrapassando o aspecto motor e interferindo também no desempenho acadêmico, no desenvolvimento social e no desenvolvimento psicológico. Gibbs, Appleton e Appleton (2007) dizem ainda, que as dificuldades motoras podem ocasionar problemas cognitivos e de comportamento, baixa auto-estima e isolamento social.

Para que ocorra um efetivo desenvolvimento das crianças com comprometimentos motores, Polatajko e Cantin (2006) chamam a atenção para a necessidade da identificação precoce das dificuldades para uma intervenção, assim como para a importância do monitoramento regular do crescimento e desenvolvimento destas crianças.

Além da necessidade de identificação de comprometimentos mais severos, é essencial a observação do desenvolvimento das habilidades motoras, pois crianças que demonstram qualquer forma de atraso em relação aos seus companheiros da mesma idade são as que, no decorrer da experiência educacional, podem sucessivamente demonstrar alguma forma de fracasso escolar. Assim, essas crianças precisam ser desafiadas, tanto aquelas com desenvolvimento de habilidades motoras típicas, quanto aquelas que demonstram pouca experiência motora e atrasos no desenvolvimento (VALENTINI, 2002a).

A falta de oportunidade de prática sistematizada e estruturada, com objetivos de proporcionar experiências motoras diversificadas e instruções apropriadas, pode ser, segundo Valentini (2002a), uma das razões entre as quais as crianças não consigam alcançar níveis mais elevados de desempenho motor nas habilidades motoras fundamentais, ficando abaixo do nível esperado para as respectivas idades.

Piccolo (1993) observa que poucas escolas seguem um programa adequado às faixas etárias das crianças, evidenciando muitas vezes a falta de condições da escola. Segundo o mesmo autor, até mesmo o próprio desconhecimento do professor contribui para que a criança não participe de atividades adequadas à sua idade nas aulas de Educação Física e fora dela.

Ressalta-se aqui, que há necessidade de verificar a realidade das escolas do município de Campo Mourão, em relação às aulas de Educação Física. Talvez estas podem ser consideradas como um tempo livre, em que as crianças realizam as atividades que lhe interessam. É importante também investigar a atuação do professor, como as aulas são estruturadas, quais os objetivos traçados e se estão de acordo com o nível de desenvolvimento dos alunos.

A respeito da comparação do TDC (escore geral) entre os gêneros masculino e feminino, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa (Tabela 2) indicando que tanto meninos quanto meninas envolvem-se de forma equivalente em atividades motoras. Este resultado foi semelhante ao estudo de Castro (2008) que também não encontrou diferença significativa no desempenho motor entre gêneros. Isto pode ser explicado quando Gallardo (2004) diz que a capacidade de coordenação motora não apresenta diferença que dependa especificamente da qualidade das estruturas orgânicas, mas depende de maiores relações com os fatores culturais do que com os fatores genéticos, depende mais especificamente do tipo de atividades e habilidades motoras que são requisitadas pelo ambiente no qual o indivíduo está inserido.

No entanto, na comparação entre gêneros, foi verificada diferença estatisticamente significativa na habilidade com bola, indicando que o gênero masculino apresenta melhor desempenho. A partir deste resultado, sugere-se que os meninos possuem uma maior vivência e interação com atividades que envolvam as habilidades com bola, já que o gênero não é o fator determinante para o desenvolvimento destas, e sim, as experiências.

De acordo com as comparações entre as faixas etárias, verificou-se que os escolares de 9 e 10 anos, no escore geral do TDC, apresentaram maior comprometimento motor (tabela 3). Esses resultados podem estar relacionados à diferença de estímulos motores proporcionados aos escolares, tanto na escola como fora dela. Tais resultados apontam importantes pontos para reflexão e investigação futuras, se acredita que crianças mais jovens teriam um desempenho pior quando comparadas com as crianças mais velhas, considerando aqui as questões maturacionais, porém depende da interação do indivíduo com o ambiente e a tarefa.

Quanto à comparação das habilidades manuais, habilidades com bola e habilidades de equilíbrio de escolares, de acordo com a faixa etária, verificou-se diferenças estatisticamente significativas. Para o desempenho motor na habilidade com bola ($p=0,001$) em que os escolares de 9 e 10 anos apresentaram melhor desempenho; e equilíbrio ($p=0,001$) indicando melhor desempenho dos escolares de 8 anos. Este resultado foi encontrado também no estudo realizado por Buzzo (2009) com escolares de Maringá-PR. Neste estudo as crianças de 9 anos demonstraram melhor desempenho na habilidade com bola e crianças de 7 e 8 anos apresentaram melhor desempenho para a habilidade de equilíbrio, resultado semelhante ao encontrado com os escolares de Campo Mourão-PR. Souza et al. (2007) também constataram em seu estudo que crianças mais jovens apresentaram melhor desempenho motor nas tarefas de equilíbrio em relação às crianças mais velhas.

Quanto ao resultado do escore total do TDC, os resultados encontrados com escolares de Campo Mourão e com escolares de Maringá (BUZZO, 2009), foram

semelhantes, pois os escolares de 8 anos apresentaram melhor desempenho motor quando comparados com os escolares de 9 e 10 anos.

Os resultados encontrados nestes estudos, apontados anteriormente, demonstraram que parece não existir uma seqüência de desenvolvimento motor relacionado a idade, o que de acordo com Gallahue e Ozmun (2005) não depende dela. O nível de aquisição das habilidades motoras é variável no decorrer da vida do indivíduo e, este fato se justifica também pelos estímulos ambientais e especificidade da tarefa associada às particularidades de cada indivíduo que promovem o desenvolvimento (HAYWOOD; GETCHELL, 2004).

As diferenças encontradas referente ao desempenho motor dos escolares com idade entre 8 e 10 anos, pode estar relacionada à forma de interação destes com o ambiente e a tarefa, pois segundo Newell (1986) isto pode evidenciar o quanto o desenvolvimento motor humano é um processo dinâmico que, ao longo da vida, segue apresentando alterações conforme as restrições e as interações entre os fatores (indivíduo, ambiente e tarefa).

Os resultados encontrados com os escolares de 8 a 10 anos do município de Campo Mourão-PR, em relação a alta prevalência de TDC quando comparados com os dados apresentados pela literatura, chama a atenção para a necessidade de novas pesquisas, que possam investigar se os ambientes escolares, mais especificamente as aulas de Educação Física ou Psicomotricidade, têm possibilitado estímulos necessários para a aquisição e ampliação das habilidades motoras de forma adequada a partir de diferentes vivências.

O desempenho, segundo Valentini e Peterson (2008), tende a se evidenciar quando o ambiente de aprendizagem oferta tarefas desafiadoras, oportunidades, instrução adequada, prática, motivação positiva, feedback, demonstração e climas de aprendizagem.. Corroborando com isso, Newell (1986)

ênfatiza que quando as restrições ambientais são modificadas, possibilita novos resultados em relação às habilidades e ao desenvolvimento motor.

Valentini e Toigo (2004) afirmam que crianças apresentam distintos níveis de habilidade, podendo ser encontradas crianças de uma mesma idade, em uma mesma turma, que demonstram diferentes níveis de habilidade. Tal afirmação demonstra a necessidade de uma organização diversificada de atividades motoras, abrangendo níveis diferenciados de complexidade e desafios para cada atividade, respeitando as diferenças, valorizando a diversidade e facilitando a inclusão de todos.

6.2 Qualidade de Vida

A qualidade de vida caracteriza-se pela satisfação do indivíduo em relação aos vários domínios da vida, domínios tais que têm importância pessoal, que se baseiam em uma comparação entre as aspirações e o grau em que estas necessidades e desejos são satisfeitos. Desta forma, a satisfação global é a soma das satisfações entre as diversas áreas da vida (PREBIANCHI; BARBARINI, 2009).

De um modo geral, percebe-se que os estudos destinados a avaliar a qualidade de vida de uma população são escassos, particularmente aqueles voltados apenas para as crianças, embora se compreenda que diversas variáveis podem exercer influência no bem-estar delas. Sob uma perspectiva histórica, a avaliação da qualidade de vida infantil ainda tem recebido menos atenção do que aquela dada a avaliação em adultos.

Entende-se que a qualidade de vida é considerada como um determinante essencial, estando relacionada aos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais da sociedade. Desta forma, a realização de estudos que tenham a qualidade de vida infantil como foco, podem trazer informações quanto aos pontos

específicos que necessitam de maior atenção, podendo ocasionar mudanças nas práticas direcionadas às crianças.

A mensuração da qualidade de vida consiste em uma conquista bastante pretensiosa, pois a vida, condição indispensável para todos os seres, exige critérios mínimos de qualidade para que seja viável (ROCHA et al., 2000).

A respeito da avaliação da qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos do município de Campo Mourão, constatamos que 26,9% dos escolares da amostra apresentam a qualidade de vida não satisfatória e 73,1% apresentam qualidade de vida satisfatória (Tabela 1). Considerando então que os escolares que apresentam qualidade de vida satisfatória estão satisfeitos e felizes com relação a sua vida, pode-se dizer, de acordo com Hinds (1990) que seus desejos e esperanças estão próximos do que realmente está acontecendo, refletindo a prospecção, tanto para si quanto para os outros, e assim esta satisfação e sentimento de felicidade esta sujeito à alteração, ocasionado por eventos cotidianos ou problemas que perdurem por longo período de tempo. Já os escolares que apresentam qualidade de vida prejudicada, podem não possuir tal satisfação.

Ferreira (2005) realizou um estudo com 60 crianças de 4 a 6 anos na Escola de Aplicação Yolanda Queiroz em Fortaleza-CE e encontrou resultados semelhantes aos dos escolares de Campo Mourão, pois constatou que 80% da amostra possui qualidade de vida satisfatória e 20% possui qualidade de vida não satisfatória.

Quanto aos resultados encontrados neste estudo sobre a qualidade de vida, constatamos que houve diferença estatisticamente significativa quando esta foi comparada somente em relação a faixa etária (tabela 3), em que os escolares de 9 e 10 apresentaram melhores resultados, indicando maior satisfação em relação as suas expectativas e desejos, no que se refere à família, às funções e ao lazer, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida.

No que se refere à comparação entre os gêneros e verificação da existência de associação entre presença ou ausência de TDC não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas (tabela 4). Podemos constatar que os escolares que possuem dificuldades motoras não percebem e influência destas na sua qualidade de vida.

No que tange aos quatro fatores da qualidade de vida, observou-se que os escolares de 9 e 10 anos apresentaram melhor qualidade de vida do que os escolares de 8 anos, pois predominou a categoria “feliz” para os fatores lazer (que envolve questões relativas a férias, aniversário e relações com avós) e família (que são questões referentes a opinião quanto as figuras parentais e delas quanto a si mesmo) e a categoria “muito feliz” para o fator funções (questões relativas a atividade na escola, refeição, deitar, ir ao médico, entre outros), lembrando que o instrumento “AUQUEI” avalia a qualidade de vida a partir do estado da criança referente a felicidade. Estes resultados foram semelhantes aos achados de Andrade (2009), quando constatou uma melhor qualidade de vida para os fatores lazer, família e funções, tanto para o grupo das crianças saudáveis quanto para as crianças portadoras do HIV. Já no estudo realizado por Ferreira (2005) os fatores de qualidade de vida que apresentaram melhores resultados foram lazer e família. Tanto Barreire et al. (2003) como Oliveira, Silva e Barbosa (2007) encontraram o fator lazer como predominante entre os fatores da qualidade de vida.

Andrade (2009) investigou a qualidade de vida de 54 crianças de 6 a 10 anos da cidade de João Pessoa-PB, divididas em dois grupos sendo portadores do HIV e crianças não infectadas e saudáveis. Quando comparados os gêneros do grupo de crianças não infectadas, constatou que 50% das meninas apresentaram qualidade de vida não satisfatória e 50% satisfatória. Os meninos apresentaram 33,3% de qualidade de vida não satisfatória e 66,7% satisfatória. Já para o grupo de crianças portadoras do HIV, verificou que no gênero feminino 27,6% tem qualidade de vida não satisfatória e

72,4% tem qualidade de vida satisfatória; e no gênero masculino 40% possuem qualidade de vida não satisfatória e 60% satisfatória.

O estudo realizado por Pereira, Lourenço e Gaio (2001), com a equipe de GRD de Londrina-PR, teve como amostra 50 meninas com idade entre 6 e 12 anos. Este demonstrou que a média geral de pontuação para o grupo foi de 49,44 pontos indicando qualidade de vida satisfatória. Porém, quando apresentados os resultados por idade, as faixas etárias de 6 anos (46 pontos); 7 anos (47,63 pontos) e 8 anos (37,4 pontos) caracterizaram-se como qualidade de vida não satisfatória.

Os resultados encontrados com a realização deste estudo com os escolares de 8 a 10 anos de Campo Mourão, indicam que ainda há um grande número de escolares que percebem sua qualidade de vida de maneira não satisfatória e muitos devem ser os fatores que interferem para esta percepção. De acordo com Caldera e Hart (2004), a percepção da criança é influenciada por características da própria criança e da família, pela condição socioeconômica, pelo estilo parental, pelo estresse parental e pelos acontecimentos da vida.

Os escolares que apresentam qualidade de vida não satisfatória podem não estar satisfeitos e felizes em relação a diferentes fatores, entre eles estão a relação com a família e amigos, as atividades escolares, as brincadeiras, talvez as expectativas que tenham quanto a isso não estão sendo atendidas de acordo com os seus desejos.

6.3 Percepção de Competência

A percepção de competência, segundo Horn (2004) refere-se às crenças do indivíduo sobre o quanto estes são capazes de realizar diferentes tarefas em diversos domínios avaliados. De acordo com Villwock e Valentini (2007), a criança

que está motivada tende a participar de atividades, realizando-as arduamente e persistindo na execução das mesmas por um longo período de tempo, buscando assim a competência.

Essa competência é desenvolvida pelo indivíduo por meio da interação com o ambiente, ou seja, explora seu ambiente na busca da satisfação (eficácia), mesmo quando suas necessidades básicas de sobrevivência estão supridas, e também pelo prazer e estímulos oferecidos (WHITE, 1959).

A respeito da percepção de competência dos escolares de 8 a 10 anos de Campo Mourão, constatamos que 77,5% apresentam baixa percepção de competência. Estes resultados indicam que os escolares tendem a desinteressar-se, a desistir de algumas tarefas e até mesmo podem optar por tarefas fáceis em que a possibilidade de obter sucesso é maior.

As crianças que se percebem pouco competentes tendem a desistir ou perder o interesse na maestria de habilidades e tarefas, principalmente quando encontram dificuldades (VALENTINI, 2002a).

Acredita-se que deve ser oportunizado aos escolares de Campo Mourão, a participação em atividades que explorem o movimento, que possibilitem a interação com os colegas, que se caracterizem como atividades desafiadoras, tendo sempre alguém, sejam os pais ou os professores, para encorajar e motivar os escolares a serem persistentes, para que tenham sucesso nas experiências, possibilitando assim a construção de maiores níveis de percepção de competência.

Em estudo realizado por Almeida, Valentini e Berleze (2009), quando comparada a percepção de competência de acordo com o gênero, não foram evidenciadas diferenças significativas nas diferentes subescalas da percepção de competência. O único domínio a apresentar uma tendência à diferença significativa foi

a conduta comportamental, tendo as meninas melhores resultados em relação aos meninos.

As semelhanças encontradas na percepção de competência entre meninos e meninas neste estudo, podem inferir que tanto meninos quanto meninas envolvem-se de maneira semelhante nas diversas atividades, nas oportunidades de interação e nas expectativas equivalentes do contexto social que as rodeiam.

Valentini (2002b) sugere que quando são oferecidas oportunidades para o desenvolvimento adequado das capacidades, meninos e meninas apresentarão percepções de competência similares.

A competência é percebida em diferentes domínios da vida, sendo eles: competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, conduta comportamental e autoconceito, e pode diferir entre os domínios, demonstrando qual ou quais os domínios os indivíduos priorizam ou quais domínios obtiveram mais sucesso ou fracasso.

Quanto aos diferentes domínios da percepção de competência, verificamos que os escolares de 8 anos apresentam diferenças estatisticamente significativas para a conduta comportamental e competência cognitiva quando comparadas com os escolares de 9 e 10 anos. No estudo realizado por Almeida, Valentini e Berleze (2009), quando comparado a percepção de competência em função da idade, também houve diferenças significativas nas subescalas de competência cognitiva e conduta comportamental, onde as crianças mais jovens evidenciaram níveis mais elevados de percepção de competência.

Estes resultados podem sugerir que os escolares mais jovens tendem a perceber-se com conduta comportamental social mais adequada que os escolares mais velhos e estão mais preocupados se suas atitudes estão de acordo com os valores e padrões estabelecidos dentro do ambiente escolar. De acordo com Almeida, Valentini e Berleze (2009) é importante compreender que para essas crianças o

ambiente escolar é um espaço de novas significações sociais, onde embora a família permaneça importante, outros adultos significativos, como os professores, passam a ter um impacto no desenvolvimento das mesmas.

A percepção de competência escolar representa o domínio cognitivo, e apresenta-se em estágio marcado pela capacidade de seriação da criança, que se caracteriza pela habilidade de organizar um conjunto de variáveis conforme determinadas características comuns representando assim uma conquista importante dessa fase de desenvolvimento. A característica mais importante desse período é a intensificação da habilidade de descentralizar a atenção de uma variável durante a resolução de problemas sendo essas características fundamentais para acompanhar a crescente complexidade envolvida no aprendizado escolar. Entretanto, para crianças de 7 a 10 anos, ainda estão em desenvolvimento as habilidades de abstrair e formular hipóteses mentalmente (PAYNE; ISAACS, 2007).

Na perspectiva de Harter e Pike (1984) a aceitação social refere-se ao grau de aceitação parental e dos pares relativamente à criança, constituindo-se como um fator fundamental para as autopercepções. Envolve o domínio social das crianças, e é marcada pelo início e término do período escolar fundamental e início da puberdade. Nesta fase o domínio social e afetivo das crianças é influenciado pelos pais, por adultos importantes como os professores e pelos pares, e essa influencia começa a diminuir e dar lugar, principalmente aos pares ao final da 2ª infância e início da puberdade. Faz-se importante destacar, que o aumento de relações sociais e da construção de conceitos cognitivos ocorre diariamente através do aumento da atividade física da criança, por meio da participação em jogos e outras diferentes atividades realizadas (VALENTINI; TOIGO, 2006).

A percepção de competência motora ou atlética das crianças está diretamente relacionada ao domínio motor. A aprendizagem das habilidades motoras e a maneira como as crianças percebem o desempenho motor proporcionado por ela, resulta de diversos fatores que estão em constante alteração e influenciam o

desenvolvimento motor da criança. Entre esses fatores está o contexto de ensino, a motivação, o desenvolvimento neurológico, as condições sociais e culturais e as experiências passadas, contribuindo para construção de competência motora da criança (HAYWOOD; GETCHELL, 2004). A competência motora desempenha papel importante no desenvolvimento de autocontrole porque as crianças geralmente valorizam o bom desempenho em jogos, esportes e em atividades físicas (GALLAHUE; OZMUN, 2005).

A aparência física, outro domínio da percepção de competência, reflete a primeira impressão que temos de uma pessoa. A percepção de competência que se tem ao caracterizar alguém como gordo, magro, feio, bonito, entre outros, pode conter mensagens que influenciam a confiança (FIGUEIREDO, 2010). A aparência física tem relação com os valores estéticos como, por exemplo, “algumas pessoas são mais felizes com seu peso e altura” (HARTER, 1985).

O autoconceito pode ser definido operacionalmente como um constructo hipotético cujo conteúdo é a percepção que o indivíduo tem de si próprio e das suas competências em diversos domínios, percepção esta construída a partir das experiências do próprio sujeito e por intermédio das interações estabelecidas com os outros significativos (SHAVELSON; BOLUS, 1982). Um autoconceito positivo é fundamental para o desenvolvimento e ajuste psicológico das crianças. Basicamente, o autoconceito é multidimensional e certos aspectos podem ser mais afetados por um exercício do que outro. O autoconceito físico, por exemplo, inclui vários fatores, como a competência no esporte, a condição física, a atratividade física e a força (WEINBERG; GOULD, 2008).

A criança que faz uma avaliação de sua competência em determinado domínio adota um julgamento próprio que a leva a uma orientação motivacional, seja intrínseca ou extrínseca, que por sua vez, influencia na sua escolha e permanência na atividade (HARTES, 1992). A avaliação que o sujeito faz acerca do seu autoconceito influencia a sua percepção de competência, que quanto mais positiva for, mais

autoconfiante pode ser para desempenhar bem uma tarefa mental, física ou emocional (WEINBERG; GOULD, 2008). É importante ressaltar, que o envolvimento da criança com a realização de uma atividade depende do valor atribuído por ela à atividade. Repercussões negativas no autoconceito parecem só ocorrer quando a criança valoriza a tarefa e percebe-se, nesta tarefa, pouco competente (VALENTINI, 2007).

Os níveis mais elevados de percepção de competência das crianças mais jovens sugerem a falta de precisão para julgar suas competências, o qual é muitas vezes decorrente da falta de critérios e parâmetros auto-avaliativos (VALENTINI, 2002b). Crianças mais jovens possuem poucas experiências para realizarem julgamentos autônomos, assim necessitam mais do feedback de um adulto como uma fonte de avaliação de suas habilidades (CARROL; LOUMIDIS, 2001).

O fator idade tem sido apontado em alguns estudos como influente na discrepância entre as percepções de competência, e estudos evidenciam que as crianças com idade entre 5 e 11 anos não são muito precisas sobre suas percepções (VALENTINI, 2002a).

Com o avanço da idade e a partir das experiências vivenciadas a criança adquire mais conhecimento e começa a observar e entender as situações que acontecem ao seu redor, e assim é mais capaz para julgar de maneira mais adequada as suas habilidades e poder modificar suas preferências em função da origem das informações de suas competências. Outro ponto importante a ser ressaltado, é que o envolvimento da criança na atividade, a natureza da atividade e o contexto no qual a mesma ocorre são fatores que influenciam a obtenção de níveis mais elevados de percepção de competência.

6.4 Associação entre Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, Percepção de Competência e Qualidade de Vida

Os resultados referentes à tabela 5 demonstram que não houve associação estatisticamente significativa entre transtorno do desenvolvimento da coordenação e percepção de competência. Isto indica que os comprometimentos motores dos escolares com indicativo de TDC não interferem na percepção de competência dos mesmos, uma vez que o maior percentual de escolares com baixa percepção de competência está no grupo de escolares com ausência de TDC. No entanto, sugere-se que talvez a subescala de competência motora não seja o fator determinante para o alto índice de escolares com baixa percepção de competência, já que a maior concentração se deu no grupo de escolares com ausência de TDC. Assim, se faz necessário uma investigação mais específica relacionada às demais subescalas da percepção de competência.

Mesmo que não houve associação significativa entre as dificuldades motoras e a percepção de competência, é importante chamar a atenção para o fato de que se a criança se percebe competente, há maior possibilidade de continuar a prática com maior frequência. Entretanto, se a criança não se percebe competente para realizar alguma atividade específica, a tendência é que ela desista ou evite a prática desta atividade, influenciando na sua motivação, podendo causar inúmeros prejuízos, entre eles, o sentimento de frustração, o isolamento social e a recusa por atividades que se caracterizam como desafios.

De acordo com Bronson (2000) é extremamente importante que a criança concretize de maneira efetiva o sentimento de competência, mas para que isso aconteça, a criança precisa sentir-se responsável pelas suas ações e também, precisa demonstrar bons resultados em relação a essas ações.

Um fator que se faz importante destacar, são as possibilidades de práticas e experiências diversificadas que devem ser oferecidas aos escolares, que podem contribuir tanto para a construção da alta percepção de competência como para sanar ou amenizar as dificuldades motoras.

A literatura não indica um tratamento específico para o transtorno do desenvolvimento da coordenação, porém, para que a criança que possui comprometimentos motores se desenvolva de forma adequada, se faz necessária a identificação das dificuldades para que as possíveis intervenções sejam organizadas e implementadas, principalmente intervenções que se efetivem no contexto escolar.

Da mesma forma, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre qualidade de vida e transtorno do desenvolvimento da coordenação, pois se constata na tabela 5 que o maior percentual de escolares com qualidade de vida não satisfatória pertence ao grupo de escolares com ausência de TDC, o que indica que os comprometimentos motores parecem não interferir na percepção de satisfação e felicidade dos escolares com TDC.

As crianças com transtorno do desenvolvimento de coordenação parecem não perceber sua qualidade de vida como não satisfatória em função desta condição motora, talvez porque esses comprometimento motores não interfiram na relação das crianças com seus pais, avós, irmãos e amigos; na realização da brincadeiras; nas atividades escolares e atividades da vida diária de forma geral. Considerando que a qualidade de vida é caracteriza em não satisfatória e satisfatória, a partir da percepção de satisfação e felicidade da criança, isto pode representar o quanto os seus desejos e objetivos são alcançados, evidencia-se então que talvez o transtorno de desenvolvimento da coordenação não interfira nessa percepção.

Silva et al. (2000) diz que a qualidade de vida é caracterizada como um o conjunto de capacidades físicas e psicológicas vivenciadas no contexto social e depende do estilo de vida do indivíduo. Reflete mais que as condições físicas e

psicológicas, o estado de saúde e a qualidade de vida é o grau de satisfação do sujeito com a sua vida e com o controle que pode exercer sobre ela. Assim, pode-se entender que qualidade de vida e felicidade caminham juntas e são inseparáveis para o contexto dessa crianças.

As condições de vida atual da criança, tais como o pouco espaço para a realização de atividades corporais; o tempo passado passivamente diante da televisão; a grande utilização de aparelhos eletrônicos como o videogame e o computador, talvez não sejam percebidos pela criança como algo ruim, que interfira na sua felicidade e conseqüentemente na sua qualidade de vida. Entretanto, esses fatores têm acarretado uma não utilização da amplitude de movimentos que são necessários ao desenvolvimento da criança e podem vir a causar dificuldades no relacionamento com adultos e outras crianças; problemas de aprendizagem, caracterizando um estilo de vida negativo, que futuramente possa interferir na qualidade de vida na fase adulta, quando essas dificuldades possam de fato influenciar de maneira negativa as atividades da vida diária.

Quanto aos resultados da associação entre transtorno do desenvolvimento da coordenação e prática de esportes, não foi encontrada associação estatisticamente significativa, uma vez que os resultados foram semelhantes.

De acordo com Guedes (2002), a proficiência no desempenho motor é um fator importante no repertório da conduta motora da criança, sendo assim, essencial para a real participação em programas de atividades esportivas.

Por outro lado, Weinberg e Gould (2008), dizem que a maioria das crianças participa de esportes para se divertir. Porém, outras razões são citadas como: fazer alguma coisa na qual é boa, melhorar suas habilidades, estar com amigos, fazer novas amizades e competir.

A associação do transtorno do desenvolvimento da coordenação e gênero, não foi significativa estatisticamente, indicando que as características das

estruturas orgânicas podem não exercer influência para a presença do transtorno do desenvolvimento da coordenação. Assim, deve-se considerar as experiências vivenciadas tanto para os meninos quanto para as meninas, que parecem ser semelhantes, quando analisados os resultados deste estudo.

Considerando a associação entre transtorno do desenvolvimento da coordenação e faixa etária, foi encontrada associação significativa ($p=0,010$), indicando que o transtorno do desenvolvimento da coordenação é mais freqüente em escolares de 9 e 10 anos e menos freqüente em escolares de 8 anos.

A idade tem sido apontada por vários autores já evidenciados neste estudo, como um fator que tem influencia no desenvolvimento motor do indivíduo. Porém, o desenvolvimento motor não é dependente da idade, pois tem influencia direta das experiências motoras vivenciadas pela criança. Considerando os resultados encontrados neste estudo, essa situação fica mais evidente, pois os escolares de 8 anos apresentaram melhor desempenho que os escolares de 9 e 10 anos, isso pode ser em função de uma maior experiência motora por parte dos escolares mais novos.

A experiência motora adquirida por meio da exploração do meio ambiente pode alterar o surgimento de várias características do desenvolvimento pelo processo de aprendizagem, sendo esta decorrente da prática e do esforço individual. A idade, portanto, é um dos fatores que contribui pela melhora no desempenho devido à interação entre a aprendizagem e o surgimento de aptidões com a maturação. Assim, o processo de aprendizagem do ser humano inicia-se desde seu nascimento e percorre o decorrer da vida (MAGILL, 2000).

7 CONCLUSÃO

Neste capítulo são apresentadas algumas considerações, baseadas nos objetivos traçados e procedimentos metodológicos adotados, relacionados ao Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, Percepção de Competência e Qualidade de Vida de escolares de 8 a 10 anos do município de Campo Mourão-PR.

Analisando o desempenho motor dos escolares, relacionado a presença de TDC, podemos concluir que 27,8% dos escolares entre 8 e 10 anos foram diagnosticados com TDC. Esses resultados demonstraram alta prevalência de TDC na população investigada quando comparada com os dados apontados pela literatura confirmando a H1, apontando possíveis dificuldades para a aquisição e aprimoramento das habilidades fundamentais, podendo ocasionar prejuízos para o processo de desenvolvimento motor da criança.

Em relação à comparação do desempenho motor entre escolares de acordo com a idade, verificamos que os escolares de 8 anos apresentaram um melhor desempenho motor que os escolares de 9 e 10 anos. Isto pode se dar em função da diferença de ocorrência de ritmos de desenvolvimento, e podem estar atrelados às experiências motoras dos escolares de Campo Mourão, e até mesmo estar relacionado ao processo de transição vivenciado pelos escolares com idade entre 8 a 10 anos.

A respeito da comparação do desempenho motor entre os gêneros, não foram encontradas diferenças significativas, talvez porque os escolares possuem semelhanças nas suas práticas motoras e níveis de desenvolvimento, sendo assim, não se confirma a H2.

Analisando a percepção de competência dos escolares, constatamos que 77,5% do total da amostra possui baixa percepção de competência. Ao comparar a

percepção de competência entre os gêneros não foi encontrada diferença estatisticamente significativa, rejeitando assim a H6. Quanto a comparação entre faixas etárias, os escolares de 8 anos apresentam uma maior percepção de competência em relação aos escolares mais velhos no que se refere a competência cognitiva e conduta comportamental rejeitando a H5. Este resultado vai ao encontro do que é evidenciado pela literatura indicando que crianças mais jovens possuem maior percepção de competência quando comparadas com crianças mais velhas.

Ao analisar a qualidade de vida dos escolares, verificamos que um maior percentual de escolares possui qualidade de vida satisfatória confirmado assim a H4, demonstrando que estes escolares apresentam percepção de satisfação e felicidade em relação as diversas áreas de vida.

Considerando que não foi encontrada associação significativa entre o Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, a Percepção de Competência e a Qualidade de Vida rejeita-se a hipótese H7. Porém, houve associação entre TDC e faixa etária.

A partir da conclusão referente aos objetivos estabelecidos, foi possível confirmar as seguintes hipóteses levantadas no início deste estudo: a prevalência de TDC em escolares com idade entre 8 a 10 anos de Campo Mourão é superior aos dados encontrados na literatura (H1); os escolares apresentam qualidade de vida satisfatória (H4).

Se faz necessário enfatizar a necessidade dos cuidados referentes a identificação do comportamento motor, uma vez que há extrema complexidade do desenvolvimento infantil e a dificuldade de se obter avaliações fidedignas de dificuldades motoras que influenciam nas habilidades funcionais e escolares das crianças.

Portanto, deve-se ressaltar que, a partir desse primeiro diagnóstico realizado com as crianças de 8 a 10 anos do município de Campo Mourão, onde foram identificadas as crianças com TDC, não se deve rotular os escolares como tal, pois o desenvolvimento motor se caracteriza por um processo contínuo e dinâmico, que no decorrer da vida, apresenta alterações à medida que surgem diferentes restrições da tarefa proporcionada, que possibilita a interação do indivíduo com o ambiente de forma variada e a individualidade da criança. Desta forma, acredita-se que esses escolares devem ser observados e reavaliados para que seja possível emitir um diagnóstico mais preciso.

Além disso, a identificação e intervenção com crianças com baixa percepção de competência, bem como a manutenção da alta percepção de competência também são essenciais para o processo de desenvolvimento, para a aquisição e aperfeiçoamento de habilidades motoras, hábito da prática de atividade física, autoestima e prevenção de sentimentos de frustração. A criança deve ser encorajada a realizar as atividades e ter oportunidades de praticas organizadas desde a primeira infância, pois este é o período em que a mesma deve adquirir as habilidade motoras aproveitando a alta percepção de competência. Estas condições poderão possibilitar a criança combinar e aperfeiçoar as habilidades fundamentais e, conseqüentemente, fortalecer e manter as altas percepções de competência por toda vida, nos seus diferentes domínios.

Por conhecer a realidade da Educação Física no contexto escolar do município de Campo Mourão, parece existir uma ausência de experiências motoras variadas, fazendo com que as crianças com pouca experiência motora e orientação adequada, tenham dificuldades para aquisição de habilidades motoras fundamentais. Tais conclusões podem indicar que há necessidade de pensar em uma reestruturação do contexto escolar, para que este seja um ambiente que ofereça ampla variedade de experiências positivas de movimento, encorajando a criança a busca de novos desafios, e que estes sejam alcançados com sucesso, para que as experiências positivas

contribuam para que a criança se perceba competente e satisfeita com, pelo menos, algumas das áreas da sua vida.

Acredita-se que algumas limitações ocorreram para a realização deste estudo. A participação dos pais e/ou professores como sujeitos do estudo, poderia contribuir com informações sobre os escolares que não foram investigados com os instrumentos utilizados, como por exemplo, os hábitos de vida fora do contexto escolar de maneira mais específica e as atividades realizadas na escola. Outra limitação foi o nível de alfabetização, sendo que muitas crianças apresentaram dificuldade para leitura e interpretação das questões envolvidas nos instrumentos.

Recomenda-se estudos longitudinais os quais possam identificar o processo de desenvolvimento de crianças com idade entre 8 a 10 anos, com o intuito de verificar se há um progresso no desempenho motor, se a percepção de competência tende a se estabilizar e se a percepção de satisfação com a vida melhora, refletindo na melhor qualidade de vida da criança.

REFERÊNCIAS

- Almeida G, Valentini NC, Berleza A. Percepções de Competência: Um Estudo com Crianças e Adolescentes do Ensino Fundamental. Movimento (Porto Alegre). 2009 jan/mar; 15 (01): 71-97,
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4.ed. Tradução de: Jorge MR. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2002. Título original: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV.
- Andrade ALDL. Qualidade de vida de crianças infectadas ou não pelo HIV. Monografia de Conclusão de Curso de Odontologia da Universidade Federal de Paraíba. João Pessoa; 2009; 53p.
- Araujo CRS. Efeitos da terapia motora cognitiva no desempenho de atividades de crianças com transtorno do desenvolvimento da coordenação [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2010, 97p.
- Assumpção FB Jr, Kuczynski E, Sprovieri MH, Aranha EMG. Escala de avaliação da qualidade de vida (Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé - AUQEI): validade e confiabilidade de uma escala de vida em crianças de 4 a 12 anos. Arq Neuropsiquiatr. 2000; 58 (10): 119-127.
- Assumpção LOT, Morais PP, Fontoura H. Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas introdutórias. Revista Digital (Buenos Aires), 2002 set, ano 8 (52).
- Astill S, Utley A. Two-Handed Catching in Children with Developmental Coordination Disorder. Motor Control, 2006; 10: 109-124.
- Barreire SG et al. Qualidade de vida em crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. J. Pediatr. 2003; 79: 55-62.
- Bee H. A criança em desenvolvimento. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- Broch C. Desempenho motor em habilidades coordenativas e oportunidades de pratica no contexto familiar e escolar de crianças de 9 e 10 anos. Dissertação de Mestrado do

Programa Associado de Pós Graduação em Educação Física UEM/UEL. Maringá; 2012; 110p.

Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental process. In: Damon W, Lerner RM (Org). Handbook of child psychology. New York: John Wiley, 1998, p.993-1028. v.1: Theoretical models of human development.

Bronson MB. Self-regulation in early childhood. New York: Guilford Press, 2000.

Buzzo VAS. O desempenho motor e a percepção de competência de escolares com idade entre 7 e 10 anos. Dissertação de Mestrado do Programa Associado de Pós Graduação em Educação Física UEM/UEL. Maringá; 2009; 155p.

Cairney J, Hay JA, Faught BE, Wade TJ, Corna L, Flouris A. Developmental coordination disorder, generalized self-efficacy toward physical activity, and participation in organized and free play activities. The Journal of Pediatrics. 2005; 147 (4): 515-20.

Caldera Y. Hart S. Exposure to child care, parenting style and attachment security. Infant and Child development, 13: 21-33.

Carrol B, Loumidis J. Children's perceived competence and enjoyment in physical education and physical activity school. European Physical Education Review. Driffield. 2001; 7: 24-43.

Castro MB. A influencia do contexto nas habilidades motoras fundamentais de pré-escolares e escolares. Dissertação de Mestrado da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2008; 106 f.

Cermak SA, Gubbay SS, Larkin D. What is development coordination disorder? In: Cermak SA, Larkin D, editors. Developmental Coordination Disorder. Albany, NY: Delmar Thomson Learning, 2002. p. 02-22.

Cermak SA, Larkin D. Developmental coordination disorder. Albany, NY: Delmar Thomson Learning, 2002.

Christiansen AS. Persisting motor control problems in 11 to 12 year old boys previously diagnosed with deficits in attention, motor control and perception. Developmental Medicine and Child Neurology. 2000; 42: 4-7.

Connolly KJ. Desenvolvimento motor: passado, presente e futuro . Rev. paul. educ. fís. 2000; supl. 3: 6- 15.

Connolly KJ. A perspective on motor development. In: Wade MG, Whiting HTA, editores. Motor development in children: aspects of coordination and control. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1986, p.3-32.

- Costa PHL, Vieira MF. Revisitando Bernstein: uma linguagem para o estudo da coordenação de movimentos. *Rev. bras. biomec.* 2000; 01 (01): 55-61.
- Cousins M, Smyth MM. Developmental coordination impairments in adulthood. *Hum. mov. sci.* 2003; 22 (4-5): 433-59.
- Dantas LEBPT, Manoel EJ. Crianças com dificuldades motoras: questões para a conceituação do transtorno do desenvolvimento da coordenação. *Movimento (Porto Alegre)*. 2009 jul/set; 15 (293-313).
- Deci EL. Por que fazemos o que fazemos: entendendo a auto motivação. São Paulo: Negócios, 1988.
- Dewey D, Kaplan BJ, Crawford SG, Wilson BN. Developmental coordination disorder: associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Hum. mov. sci.* 2002; 21: 905-18.
- Dewey D, Wilson BN. Developmental coordination disorder: what is it? *Physical and Occupational Therapy. Pediatrics*; 2001; 20(2-3): 5-27.
- Ferreira EEB. A percepção de competência, autonomia e pertencimento como indicadores de qualidade motivacional de alunos [tese]. Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências, UNESP. Doutorado em Educação, 2010, 176p.
- Ferreira LF, Nascimento RO, Apolinário MR, Freudenheim AM. Desordem da coordenação do desenvolvimento. *Motriz rev. educ. fís. (impr.)*. 2006 set/dez; 12 (3): 283-92.
- Ferreira HS. Percepção sobre qualidade de vida entre crianças de 4 a 6 anos: educação (física) em saúde na escola [dissertação]. Fortaleza: . Universidade de Fortaleza. Educação, 2005, 146 p.
- Figueiredo ECG. Percepção de competência pessoal de tenistas. Dissertação de Mestrado em Educação Física. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2010; 115f.
- Fiorese, L. A relação entre a percepção de competência de atletas adolescentes e seus motivos para a prática esportiva [dissertação] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 1993.
- Fitzpatrick DA, Watkinson EJ. The lived experience of physical awkwardness: adults' retrospective views. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 2003; 20 (3): 279-97.
- Fonseca FR, Beltrame TS, Tkac CM. Relação entre o nível de desenvolvimento motor e variáveis do contexto de desenvolvimento de crianças. *Rev. educ. fis (Maringá)*. 2008; 19 (2): 183-94.

França C. Desordem coordenativa desenvolvimental em crianças de 7 e 8 anos de idade [dissertação]. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina. Ciências do Movimento Humano, 2008, 95 p.

Gallahue D, Donnelly FC. Educação Física desenvolvimentista para todas as idades. 4 .ed. São Paulo: Phorte, 2008.

Gallahue D, Ozmun J. Compreendendo o Desenvolvimento Motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Phorte, 2005.

Gallardo JSP. Educação Física (contribuição à formação profissional). 4.ed. Ijuí: Editora Unijui, 2004.

Galvão BAP, Lage NV, Rodrigues AAC. Transtorno de desenvolvimento da coordenação e senso de auto-eficácia: implicações para a prática da terapia ocupacional. Rev. ter. ocup. 2008 jan/abr; 19 (1): 19.

Gaspar T, Matos MG, Ribeiro JLP, Leal I. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. Rev. bras. ter. cogn. 2006 dez; 2 (2).

Gillberg C, Kadesjö B. Why bother about clumsiness? The implications of having developmental coordination disorder (DCD). Neural plast. 2003; 10 (1-2): 59-68.

Geuze R, Borger H. Children who are clumsy: Five years later. Adapted Physical Activity Quarterly. 1993; 10: 10-21.

Geuze RM et al. Clinical and research diagnostic criterio for developmental coordination disorder: a review and discussion. Human Movement Science. 2001; 20: 7-47.

Gibbs J, Appleton J, Appleton R. Dyspraxia or developmental coordination disorder? Unravelling the enigma. Archives of Disease in Childhood. Jun 2007 92 (6): 534-539.

Godway JD, Rudsill ME. Perceived physical competence and actual motor skill competence of African American preschool childres. Adapted Physical Activity Quartely, Champaign, v. 14, p.314-26, 1997.

Guedes DP. Crescimento, composição corporal e desempenho motor de crianças e adolescentes. São Paulo: CLR Balieiro, 2002.

Harper A, Power M. Development of the World Health Organization WHOQOLBREF Quality of Life Assessment. Psychol. Med. 1998; 28.

Harter S. Process underlying adolescent self-concept formation. In: Montemayor, Transition from child to adolescent. Sage Publication, 1990.

Harter S. Manual for the self-perception profile for children. Colorado: University of Denver, 1985.

- Harter S. Effectuane motivation reconsidered: toward a developmental model. *Hum. dev.* 1978; (1): 34-64.
- Harter S, Pike R. The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. *Child Dev.* 1984; 55(6).
- Haywood KM, Getchell N. *Desenvolvimento motor ao longo da vida*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Henderson SE, Sugden DA. *Movement Assessment Battery for Children*. London: Psychological Corporation, 1992.
- Hillier S. Intervention for children with developmental coordination disorder: a systematic review. *The International Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2005; 5 (3): 1-11.
- Hinds P. Quality of life in children and adolescents with cancer. *Semin Oncol Nurs.* 1990; 6: 285-291.
- Horn TS. Developmental perspectives on self-perceotions in children and adolescents. In: WEISS, M. R. *Developmental sport and exercise psychology: a lifespan perspective*, Morgantown, 2004.
- Johnston LM, Burns YR, Brauer SG, Richardson CA. Differences in postural control and movment performance during goal directed reaching in children with developmental coordination disorder. *Hum. mov. sci.* 2002; 21 (5-6): 583-601.
- Kirk D. Physical education, youth sport and lifelong participation: the importance of early learning experiences. *European Physical Education Review*. 2005; 11 (3): 139-55.
- Losse A, Henderson SE, Elliman D, Hall D, Knight E, Jongmans M. Clumsiness in children: do the grow out of it? A 10-year follow-up study. *Development Medicine and Child Neurology*. 1991; 33: 55-68.
- Macnab JJ, Miller LT, Polatajko HJ. The search for subtypes of DCD: Is cluster analysis the answer? *Human Movement Science*, Amsterdam, v. 20, p.49-72, 2001.
- Magalhães LC, Missiuna C, Wong S. Terminology used in research reports of developmental coordination disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2006; 48 (11): 937-41.

Magalhães LC, Nascimento VCS, Rezende MB. Avaliação da coordenação e destreza motora – ACOORDEM: etapas de criação e perspectivas de validação. Rev. ter. ocup. 2004; 15 (1): 17-25.

Magalhães LC, Rezende FCA, Magalhães CM, Albuquerque PDR. Análise comparativa da coordenação motora de crianças nascidas a termo e pré-termo, aos 7 anos de idade. Rev. bras. sau. mat. inf.. 2009; 9 (3): 293-300.

Magill RA. Aprendizagem motora: conceitos e aplicações. 5. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2000.

Maldonado-Duran M, Glinka J. Motor skills disorder. Mai 2005 Disponível em: <http://www.emedicine.com/ped/topic2640.htm>. Acesso em 05 de novembro de 2012.

Manoel EJ. Desenvolvimento motor: padrões em mudança, complexidade crescente. Rev. paul. educ. fís. 2000; supl. 3: 35- 54.

Marques I. A teoria dos estágios aplicadas aos estudos do desenvolvimento motor: uma revisão. Rev. educ. fis (Maringá). 2006; 7(1): 3-18.

Martins E, Szymanski H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. Estud. pesqui. psicol. (Impr.).2004; ano 4 (1): 63-77.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva. 2000; 5 (1): 7-18.

Miranda TB, Beltrame TS, Cardoso FL. Desempenho motor e estado nutricional de escolares com e sem transtorno do desenvolvimento da coordenação. Rev. bras. cineam. desemp.hum. 2011; 13 (1): 59-66.

Miranda LC, Resegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. J. pediatr. (Rio J.). 2003; 79, supl.1: 33-42.

Missiuna C. Crianças com Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação: em casa e na sala de aula. Trad. Lívia Magalhães. CanChild, Centre for Childhood Disability Research. 2003. Disponível em: <<http://www.canchild.ca/portals/0/reports/pdf/DCDportuguese.pdf>>. Acesso em: 03 jul 2008.

Missiuna C, Moll S, Law M, King S, King G. Mysteries and mazes: parents' experiences of children with developmental coordination disorder. *Can. j. occup. ther.* 2006; 73 (1): 7-17.

Morales NMO. Avaliação transversal da qualidade de vida em crianças e adolescentes com paralisia cerebral por meio de um instrumento genérico (CHQ-PF50) [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina. Ciências da Saúde, 2005. 119p.

Neira MG. Educação física: desenvolvendo competências. São Paulo: Phorte, 2003.

Nelson G, Laurendeau M, Chamberland C. A review of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of children. *Canadian Journal of Behavioral Science.* 2001; 33 (1):1-13.

Nicholls JG. The general and the specific in the development and expression of achievement motivation. In: Roberts GC (Ed). *Motivation in sport and exercise.* Champaign: Human Kinetics, 1992, p.331-56.

Nunomura M, Tsukamoto MHC. Fundamentos da ginástica artística. In: Nunomura M, Nista-Pliccolo VL. *Compreendendo a ginástica artística.* São Paulo: Phorte, 2005, p.37-58.

Oliveira MA. Controle de força e torque isométrico em crianças com e sem Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Educação Física, 2003.

Oliveira EL, Silva VC, Barbosa FS. Perfil da qualidade de vida de escolares. *Revista Científica da Faminas.* Jan/abr 2007; 3(1): 412.

Payne VG, Isaac LD. *Desenvolvimento motor humano.* 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

Petersen R, Oliveira MA. Desordens motoras na aprendizagem do esporte. In: Gaya A, Marques A, Tani G. *Desporto para crianças e jovens: razões e finalidades.* Porto alegre: UFRG, 2004.

Pellegrini AM et al. Crianças com dificuldades de coordenação motora na periferia de uma cidade do interior de São Paulo. In: *Anais do III Congresso Brasileiro de Comportamento Motor.* UNESP; Rio Claro; 2006.

Pelegrini A.M. et al. Dificuldades motoras de crianças de 9-10 anos de idade: seriam os meninos mais descoordenados? In: Pinho SZ, Sagletti JR, editores. *Núcleos de Ensino:*

artigos dos projetos realizados em 2006. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2008. p. 77-88.

Pereira LA, Lourenço MR, Gaio R. Identificação dos níveis de qualidade de vida para crianças de 6 a 11 anos praticantes de ginástica rítmica desportiva em Londrina. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte. Campinas; Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte; 2001.

Petersen R, Oliveira MA. Desordens motoras na aprendizagem do esporte. In: Gaya A, Marques A, Tani G. Desporto para crianças e jovens: razões e finalidades. Porto Alegre: Editora da UFRG, 2004.

Piek J P, Pitcher TM, Hay DA. Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention deficit-hyperactivity disorder. *Dev. med. child. neurol.* 1999; 41(3): 159-65.

Piek JP, Dyck MJ, Nieman A, Anderson M, Hay D, Smith LM, McCoy M, Hallmayer RJ. The relationship between motor coordination, executive functioning and attention in school aged children. *Arch. clin. neuropsychol.* 2004; 19 (8): 1063-76.

Piek J, Bayam G, Barret N. The relationship between fine and gross motor ability, self-perceptions and self-worth in children and adolescents. *Hum. mov. sci.* 2006; 25: 65-75.

Polatajko HJ, Cantin N. Developmental Coordination Disorder (Dyspraxia): an overview of state of the Art. *Seminars in Pediatric Neurology.* 2006; 12: 250-258.

Polatajko HJ et al. A clinical trial of the process-oriented treatment approach for children with developmental co-ordination disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology.* Apr 1995; 37 (4): 310-319.

Prebianchi HB. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Psicol. teor. prá.* 2003; 5(1): 55-70.

Prebianchi HB, Barbarini EH. Qualidade de vida infantil: limites e possibilidades das questões teórico-metodológicas. *Psico-USF.* Set/Dez 2009; 14 (3): 355-364.

Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHA with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community – based study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* Nov 2000; 39(11): 1424-31.

Rebello JS. Dificuldades da leitura e da escrita em alunos do ensino básico. Coleção Horizontes de Didática. Edições ASA, 1993.

Rigolin LR. Desempenho esportivo: treinamento com crianças e adolescentes. São Paulo: Phorte, 2006.

Rocha AD et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 63-81.

Santos S, Dantas L, Oliveira JÁ. Desenvolvimento motor de crianças, de idosos e de pessoas com transtornos da coordenação. *Rev. paul. educ. fís.* Ago 2004; 18: 33-44.

Schmidt RA, Wrisberg CA. *A aprendizagem e performance motora: uma abordagem da aprendizagem baseada no problema*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Segal R, Mandich A, Polatajko H. Stigma and its management: A framework for understanding social isolation of children with developmental coordination disorder. *Am. j. occup. ther.* 2002; 56 (4): 422-28.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. saúde pública*. 2004 mar/abr; 20 (2): 580-88.

Shalock RL, Verdugo MA. *Manual de calidad de vida para profesionales dela educación, salud y servicios sociales*. Estados Unidos, American Association on Maental Retardation, 2002.

Shavelson R, Bolus R. Self concept: the interplay of theory and methods. *J. Educ. Psychol*, 1982; 74 (1): 3-17.

Silva, JAO, Dantas LE, Catuzzo MT, Walter C, Moreira CRP, Souza CJF. Teste MABC: aplicabilidade da lista de checagem na região sudeste do Brasil. *Rev. port. cien. desp.* 2006; 7 (3): 356-61.

Silva MGN, Naspitz CK, Salé D. Qualidade de vida nas doenças alérgicas: por que é importante avaliar? *Rev. bras. alergia imunopatol.* 2000 nov/dez; 23 (6): 260-69.

Souza C et al. O teste ABC do movimento em crianças de ambientes diferentes. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 2007; 7(1): 36-47.

Souza C, Ferreira L, Catuzzo MT, Côrrea UCI. O teste ABC do movimento em crianças de ambientes diferentes. *Rev. port. cien. Desp.* 2005; 7 (01): 36-47.

Spence, JC, Lee, RE. Toward a comprehensive model of physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*. 2003; 4: 7-24.

Sugden D. Current approaches to intervention in children with developmental coordination disorder. *Dev. med. child. neurol.* 2007; 49: 467-71.

Sugden DA, Sugden NL. The assessment of movement skill problems in 7 and 9 year old children. *Br. j. educ. psychol.* 1991; 61: 329- 45.

Tani G, Correa VC, Benda RN, Manoel EJ. O paradigma sistêmico e o estudo do comportamento motor humano. In: Tani G. *Comportamento Motor, aprendizagem e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 45-59.

Thomas J, Nelson J, Silverman S. *Métodos de pesquisa em atividade física*. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Tollefson N. Classroom applications of cognitive theories of motivation. *Educational Psychology Review*. 2000; 12 (1): 63-83.

Valentini NC. Percepções de competência e desenvolvimento motor de meninos e meninas: um estudo transversal. *Movimento (Porto Alegre)*. 2002a mai/ago; 8 (2): 51-62.

Valentini NC. A influência de uma intervenção motora no desempenho motor e na percepção de competência de crianças com atrasos motores. *Rev. paul. educ. fís.* 2002b; 16: 61-75.

Valentini NC, Petersen, RDS. Aquisição e Desempenho de habilidades esportivas considerações para a prática. Oliveira AAB, Perim GL (org), *Fundamentos Pedagógicos para o programa segundo tempo*. Brasília: Ministério dos Esportes; Porto Alegre:UFRGS,2008.

Valentini, NC, Rudisill ME. Motivational climate, motor-skill development, and perceived competence: two studies of developmentally delayed kindergarten children. *Journal of Teaching in Physical Education*. 2004; 23: 216-34.

Valentini NC, Villwock G, Vieira LF, Vieira JLL, Barbosa MLL. Validação Brasileira da Escala de Autopercepção de Harter para Crianças. *Psicol. reflex. crit.* 2010; 23(3), 411-19.

Valentini NC, Toigo AM. *Ensinando Educação Física na séries iniciais: Desafios & Estratégias*. 2. ed. Canoas: Unilasalle, Salles, 2006.

Valle TR, Capellini SA. Relação entre a opinião dos pais e professores sobre transtorno do desenvolvimento da coordenação (TDC) e os resultados do exame motor em escolares de ensino público municipal. *Psicopedagogia*. 2009; 26(79): 23-32

Villwock G, Valentini NC. Percepção de competência atlética, orientação motivacional e competência motora em crianças de escolas públicas: estudo desenvolvimentista e correlacional. *Rev. bras. edu. fis. esp.* 2007 out/dez; 21 (4): 245-257.

Visser J. Developmental coordination disorder: a review of research on subtypes and comorbidities. *Human Movement Science*; 2003; 22: 479-493.

Weinberg RS, Gould D. Fundamentos da Psicologia do Esporte e Exercício. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Weiss MR, Amorose AJ. Children's self-perceptions in the physical domain: between – and within – age variability in level, accuracy and source of perceived competence. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 2005; 27: 226-44.

White RW. Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*. 1959; 66 (5), 297-333.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the World Health Organization. *Soc. sci. med.* 1995; (10): 1403–409.

Willrich A, Azevedo CCF, Fernandes, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Rev. neurocienc.* 2000; 17(01): 51-56.

Wilson PH. Practitioner Review: Approaches to assessment and treatment of children with DCD: an evaluate review. *J. child psychol. Psychiatry*. 2005; 46 (8): 806-23.

Wright HC. Children with development co-ordination disorder – a review. *European Journal of Physical Education*. 1997; 2: 5-22.

ANEXOS



ANEXO A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Associação do transtorno do desenvolvimento da coordenação com a percepção de competência e qualidade de vida de escolares.

Pesquisador: CHRISTI NORIKO SONOO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06341712.4.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 131.655

Data da Relatoria: 17/09/2012

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem por objetivo analisar o nível de associação do transtorno do desenvolvimento da coordenação com a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos de um município da região Noroeste do Paraná. Caracteriza-se como uma pesquisa descritivocorrelacional, tendo como amostragem 472 escolares com idade entre 8 a 10 anos, de ambos os gêneros, matriculados nas escolas municipais de Campo Mourão, sendo estes autorizados pelos seus pais ou responsáveis a participar da pesquisa. Para a coleta dos dados utilizar-se-á o teste ABC do Movimento de Henderson e Sugden (1992); a Escala de Autopercepção para Crianças (EAPC) validada por Valentini et al. (2010), e a Escala de Qualidade de Vida da Criança validada por Assumpção et al (2000).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o nível de associação do transtorno do desenvolvimento da coordenação com a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos de um município da região Noroeste do Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Tem se como risco possíveis quedas durante a realização dos testes motores, uma vez que os sujeitos da pesquisa realização deslocamentos tais como caminhada, saltos e saltitos.

Benefícios: Identificação do real desenvolvimento da criança para possíveis ajustes na organização

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário
UF: PR **Município:** MARINGÁ **CEP:** 87.020-900
Telefone: (44)3011-4444 **Fax:** (44)3011-4518 **E-mail:** copep@uem.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



dos procedimentos, entre eles as aulas de Educação Física, visando melhoras nos aspectos identificados como negativos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O cronograma de execução foi apresentado, prevendo uma duração total do estudo de três meses, entre setembro e dezembro de 2012, com início da entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para setembro de 2012. O orçamento do estudo, totalizando R\$ 1.200,00, segue com informação de que será subsidiado pelo pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto é apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dirigido aos pais/responsáveis, convidando seus filhos para participar do projeto, com uma breve descrição do projeto, esclarecendo que a participação é voluntária, podendo os participantes recusar-se ou desistir de participar a qualquer momento sem ônus ou prejuízo, sendo garantido o sigilo e confidencialidade. Informa que "poderão ocorrer riscos como cair e/ou tropeçar no decorrer dos testes; caso isso aconteça todos os atendimentos necessários serão realizados", e que os benefícios esperados "são identificar as reais necessidades do seu filho para que possam ser indicadas ações para adequar a organização da própria aula de Educação Física na escola, sendo que serão repassadas para a direção e equipe pedagógica os resultados encontrados, em forma de relatório e exposição oral". Também é apresentada uma autorização para realização da pesquisa, assinada pelo Profa. Rita de Cássia Cartelli de Oliveira, Secretária de Educação do Município de Campo Mourão (PR).

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz da normativa ética vigente, este comitê de ética em pesquisa se manifesta por aprovar o protocolo na forma em que ora se apresenta.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz da normativa ética vigente, este Comitê de Ética em Pesquisa se manifesta por aprovar o protocolo na forma em que ora se apresenta.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ 

MARINGÁ, 25 de Outubro de 2012

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br

**Movimento
ABC**

ANEXO B: Formulário de Avaliação - 7 e 8 anos.

Bateria da Avaliação do Movimento para Crianças.

Compilada por Sheila E. Henderson e David A. Sugden

Faixa de Idade 2

7 e 8 Anos

Nome: _____ Sexo: (M) (F)

Endereço Residencial: _____

Data do Teste: ____/____/____

Telefone: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos e ____ meses.

Escola: _____ Série: _____.

Avaliado por: _____

Mão Preferida (Definida como a mão utilizada para escrever): _____.

INFLUÊNCIAS SOBRE O DESEMPENHO

Complete as sessões abaixo anotando as características do comportamento e os fatores físicos da criança os quais durante a testagem você suspeita que podem ter afetado seu desenvolvimento motor. Os Títulos (como exemplos) são dados apenas como linhas gerais. Embora, tenha sido dado mais ênfase aos aspectos negativos, lembre-se de anotar os aspectos positivos do comportamento da criança.

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS

Hiperativo (Agitação e inquietação; move-se constantemente quando ouvindo instruções; brinca com as roupas; contorce-se)	
Passivo (Difícil interesse; requer muito incentivo/encorajamento para participar; Parece fazer pouco esforço) .	
Tímido (Receoso das atividades como saltar e escalar, não quer mover-se rapidamente; constantemente pede auxílio/ajuda) .	
Tenso (Demonstra nervosismo, treme, atrapalhado com pequenos objetos; Fica atrapalhado em situações de stress/tensão)	
Impulsivo (Inicia antes das instruções/demonstrações serem completadas; impaciente com detalhes).	
Dispersivo (Olha ao redor; atento à barulhos/movimentos do lado de fora da sala)	
Desorganizado/Confuso (Tem dificuldade em planejar a seqüência dos movimentos; esquece o que fazer a seguir no meio de uma seqüência)	
Superestima sua própria habilidade (Tenta mudar tarefas para fazê-las mais difíceis, tenta fazer as coisas muito rapidamente)..	
Preocupado com as falhas (Olhar aflito; recusa-se a tentar a tarefa novamente)..	
Aparenta não obter nenhum prazer pelo sucesso (Não demonstra respostas ou reações, tem expressão facial vaga ou vazia)	
Outros	

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Peso/Idade; Altura/Idade; Peso/Altura	
Visão/Audição/Linguagem.	
Deficiência Física/Problemas Físicos	
Problemas Posturais.	
Outros:	

COLOCANDO PINOS**Dados Quantitativos**

Registro de tempo levado: F para falta;
R para recusa; I para inapropriado

Mão Preferida
Tentativa 1-----
Tentativa 2-----

Mão não Preferida
Tentativa 1-----
Tentativa 2-----

Idade 7 anos	Idade 8 anos	Pontos	Idade 7 anos	Idade 7 anos
0-24	0-21	0/0/	0-29	0-25
25-27	22-23	1/1	30-31	26-28
28-29	24	2/2	32-33	29-30
30-33	25-27	3/3	34-37	31-32
34-39	28-29	4/4	38-47	33-34
40+	30+	5/5	48+	35+

Pontuação da tarefa

Pontuação da tarefa = (Mão preferida + mão não preferida) / 2

DESTREZA MANUAL**Observações Qualitativas**

Controle Postura Corporal
Não olhar a tábua enquanto coloca os pinos
Segura o rosto muito próximo da tarefa
Mantém a cabeça num ângulo indiferente/incomum
Não usa movimentos de pinça para pegar os pinos
Movimentos exagerados dos dedos para liberar os pinos
Não usa a mão para segurar e manter a tábua fixa
Mudar as mãos ou usar ambas as mãos durante a tentativa
Movimentos da mão são descontínuos
Má postura sentada
Movimenta-se constantemente/Inquietação

Ajustes às exigências da tarefa
Desalinha as moedas com relação aos furos
Usa força excessiva ao inserir as moedas
É extremamente lento, não muda a velocidade de tarefa para tarefa
Vai muito rápido para exatidão
Outros:

ENFIANDO O CORDÃO**Dados quantitativos**

Registro de tempo levado: F para falha;
R para recusa; I para inapropriado

Tentativa 1 -----
Tentativa 2-----

Pontos	Idade 7	Idade 8
0	0-20	0-20
1	21-22	21-22
2	23-24	23-24
3	25-28	25-28
4	29-43	29-39
5	44+	40+

Pontuação da tarefa

DESTREZA MANUAL**Dados qualitativos**

Controle Corporal/Postura
Não olha os furos enquanto inserindo a ponta do cordão
Mantém os materiais muito perto do rosto
Mantém a cabeça num ângulo incomum
Não usa movimentos de pinça para segurar o cordão
Segura o cordão muito longe da ponta
Segura o cordão muito perto da ponta
Encontra dificuldade para empurrar a ponta com uma mão e puxa-la com a outra
Muda a mão durante a tarefa
Movimentos das mãos são descontínuos
Má postura sentada
Movimenta-se constantemente/inquietação

Ajustes às exigências da tarefa
As vezes perde o furo do cubo com a ponta do cordão
É extremamente lento (não muda a velocidade da tarefa para tarefa)
Fica atrapalhado com a seqüência da tarefa
Vai muito rápido para exatidão
Outros:

TRILHA DA FLOR**Dados Quantitativos**

Registro do tempo levado : F para falha; R para recusa; I para inadequado

Tentativa 1 -----
Tentativa 2-----
Mão usada-----

Pontos	Idade 7	Idade 8
0	0-2	0
1	3	1
2	4	2
3	5-6	3-6
4	7-10	7-9
5	11+	10+

Pontuação da tarefa

PICAR E PEGAR COM UMA MÃO**Dados Quantitativos**

Registro do tempo levado :F para falha; R para inapropriado.

Mão Preferida

Mão não preferida

Idade 7	Idade 8 s	Pontos	Idade 7	Idade 8
9-10	10	0/0	8-10	9-10
8	9	1/1	7	8
7	8	2/2	6	7
6	7	3/3	5	6
4-5	5-6	4/4	4	5
0-3	0-4	5/5	0-3	0-4

Pontuação da tarefa

Pontuação da tarefa= (mão preferida+mão não preferida)/2

DESTREZA MANUAL**Observações Qualitativas**

Controle Corporal/Postura
Não olhar o caminho
Mantém o rosto muito próximo do papel
Mantém a cabeça num ângulo incomum
Segura a caneta com um aperto incomum/imaturo
Segura a caneta muito longe da ponta
Segura a caneta muito perto da ponta
Não segura o papel ainda
Muda de mão durante a tentativa
Má postura sentada
Movimenta-se constantemente/inquietação

Ajustes às exigências da tarefa

Progresso com pequenos movimentos descontínuos
Uso excessivo da força, pressiona muito sobre o papel
É extremamente lento
Vai muito rápido para a exatidão
Outros:

HABILIDADE COM BOLA**Observações Qualitativas**

Controle Postura Corporal
Não segue a trajetória da bola com os olhos
Vira-se afastando os olhos enquanto a bola se aproxima
Tenta pegar a bola com a mão com a face para baixo
Braço e mão estão desalinhados para interceptar a bola
Dedos fechados muito cedo ou muito tarde
Faz extremamente mal com uma mão (Assimetria acentuada)
Braços e mãos (dados para encontrar o impacto da bola)
Corpo parece tenso /Rigidez em toda parte

Ajustes às exigências da tarefa

Lança a bola muito perto do pé ou longe demais
Não ajusta a posição do corpo para pegar
Julga mal a força do pique (muita ou pouca força)
Não ajusta posição dos pés como necessário
Falta de fluência no movimento
Outros:

ARREMESSAR O SACO DE FEIJÃO NA CAIXA

Dados Quantitativos

Registro do tempo levado : F para falha; R para recusa; I para inapropriado

Mão usada

Pontos	Idade 7	Idade 8
0	6-10	6-10
1	5	5
2	4	4
3	3	3
4	2	2
5	0-1	0-1

Pontuação da tarefa

DESTREZA MANUAL

Observações Qualitativas

Controle Postura Corporal
Não mantém os olhos no alvo
Não usa os movimentos pendular do braço
Não segue com o braço até o final do arremesso
Liberta o saco de feijão muito cedo ou muito tarde
Tronco e quadris não giram enquanto o braço que lança vai para frente
Troca as mão de tarefa para tarefa
Gira-se demais e perde o equilíbrio

Ajustes às exigências da tarefa

Erros são constantes para um lado da caixa (Assimetria acentuada)
Controle da força é variável
Julga mal a força do arremesso(muita ou pouca força)
Falta de fluência nos movimentos
Outros:

EQUILÍBRIO DA CEGONHA

Dados Quantitativos

Registro do tempo levado : F para falha; R para recusa; I para inapropriado.

Mão Preferida
Tentativa 1-----
Tentativa 2-----

Mão não Preferida
Tentativa 1-----
Tentativa 2-----

Idade 7	Idade 8 s	Pontos	Idade 7	Idade 8
12-20	20	0/0	11-20	19-20
9-11	13-19	1/1	8-10	11-18
7-8	9-12	2/2	5-7	9-10
6	6-8	3/3	4	6-8
4-5	4-5	4/4	3	4-5
0-3	0-3	5/5	0-2	0-3

Pontuação da tarefa

(Pontuação da tarefa= Pé preferido + Pé não preferido) / 2

EQUILÍBRIO DINÂMICO

Observações Qualitativas

Controle Postura Corporal
Não mantém a cabeça e olhos fixos
Olha para baixo para os pés
Não faz ou faz pouco movimento compensatório
Exagerados movimentos de braços e tronco interrompendo equilíbrio
Faz extremamente mal com uma perna (Assimetria acentuada)
Balança exageradamente para tentar manter o equilíbrio
Corpo parece tenso/Rigidez em toda parte

PULAR NOS QUADRADOS

Dados Quantitativos

Registro do tempo levado F para falha; R para recusa; I inapropriado

Tentativa 1 -----
Tentativa 2 -----
Tentativa 3 -----

Pontos	Idade 7	Idade 8
0	5	5
1	-	-
2	4	4
3	3	3
4	2	2
5	0-1	0-1

Pontuação da Tarefa

EQUILÍBRIO DINÂMICO

Observações Qualitativas

Controle Postura Corporal
Não usa os braços para ajudar no salto
Movimento dos braços fora da fase das pernas
Movimento exagerado dos braços
Corpo aparenta rigidez/tensão
Corpo aparenta flexível e frouxo
N; ao faz agachamento preparatório
Falta molejo não impulsiona-se com os pés
Impulso desigual e perda da simetria no vôo e ao tocar o solo
Pula com pernas duras
Cambaleia quando toca o solo

Ajustes às exigências da tarefa

Não combina eficientemente movimentos para cima e para frente
Faz muito esforço
Movimentos descontínuos

CAMINHAR UNINDO O CALCANHAR À PONTA DO PÉ

Dados Quantitativos

Registro do tempo levado F para falha; R para recusa; I para inapropriado.

Tentativa 1 -----
Tentativa 2 -----
Tentativa 3 -----

Pontos	Idade 7	Idade 8
0	13-15	15
1	8-12	14
2	7	13
3	5-6	10-12
4	3-4	7-9
5	0-2	0-6

Pontuação da tarefa

EQUILÍBRIO DIMÂMICO

Controle Postura Corporal

Não olhar para frente
Não mantém a cabeça e os olhos fixos
Não compensa com os braços para manter o equilíbrio
Movimentos exagerados interrompendo o equilíbrio
Corpo parece rígido/tenso
Corpo parece frouxo/flexível
Muito tremulo ao colocar os pés n alinha
Balança descontroladamente tentando manter equilíbrio

Ajustes às exigências da tarefa

Vai muito rápido para exatidão
Falta de leveza e fluência nos movimentos individuais
Seqüência dos passos não é fluente/pausas freqüentes
Outros:

**ANEXO C: Formulário de Avaliação – 9 e 10 anos****Bateria da Avaliação do Movimento para Crianças.**

Compilada por Sheila E. Henderson e David A. Sugden

Faixa de Idade 3**9 e 10 Anos**

Nome/: _____ Sexo: (M) (F)

Endereço Residencial: _____

Data do Teste: ____/____/____

Telefone: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos e ____ meses.

Escola: _____ Série: _____.

Avaliado por: _____

Mão Preferida (Definida como a mão utilizada para escrever): _____.

INFLUÊNCIAS SOBRE O DESEMPENHO

Complete as sessões abaixo anotando as características do comportamento e os fatores físicos da criança os quais durante a testagem você suspeita que podem ter afetado seu desenvolvimento motor. Os Títulos (como exemplos) são dados apenas como linhas gerais. Embora, tenha sido dado mais ênfase aos aspectos negativos, lembre-se de anotar os aspectos positivos do comportamento da criança.

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS

Hiperativo (Agitação e inquietação; move-se constantemente quando ouvindo instruções; brinca com as roupas; contorce-se)	
Passivo (Difícil interesse; requer muito incentivo/encorajamento para participar; Parece fazer pouco esforço) .	
Tímido (Receoso das atividades como saltar e escalar, não quer mover-se rapidamente; constantemente pede auxílio/ajuda) .	
Tenso (Demonstra nervosismo, treme, atrapalhado com pequenos objetos; Fica atrapalhado em situações de stress/tensão)	
Impulsivo (Inicia antes das instruções/demonstrações serem completadas; impaciente com detalhes).	
Dispersivo (Olha ao redor; atento à barulhos/movimentos do lado de fora da sala)	
Desorganizado/Confuso (Tem dificuldade em planejar a seqüência dos movimentos; esquece o que fazer a seguir no meio de uma seqüência)	
Superestima sua própria habilidade (Tenta mudar tarefas para fazê-las mais difíceis, tenta fazer as coisas muito rapidamente)..	
Preocupado com as falhas (Olhar aflito; recusa-se a tentar a tarefa novamente)..	
Aparenta não obter nenhum prazer pelo sucesso .(Não demonstra respostas ou reações, tem expressão facial vaga ou vazia)	
Outros	

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Peso/Idade; Altura/Idade; Peso/Altura	
Visão/Audição/Linguagem.	
Deficiência Física/Problemas Físicos	
Problemas Posturais.	
Outros:	

DESLOCANDO PINOS DE LINHAS

Dados Quantitativos

Registro de tempo levado: F para falta; R para recusa; I para inapropriado

Mão Preferida
Tentativa 1-----
Tentativa 2-----

Mão não Preferida
Tentativa 1-----
Tentativa 2-----

Idade 9	Idade 10	Pontos	Idade 9	Idade10
0 - 12	0 - 12	0/0	0 - 14	0 - 13
13	13	1/1	15	14
14	-	2/2	16	15
15	14	3/3	17	16
16 - 17	15 - 16	4/4	18 - 19	17
18+	17+	5/5	20+	18+

Pontuação da tarefa

Pontuação da tarefa = (Mão preferida + mão não preferida) /

2

DESTREZA MANUAL

Observações Qualitativas

Controle Postura Corporal
Não olhar para a tábua enquanto coloca os pinos
Mantém rosto muito próximo da tarefa
Segura a cabeça num ângulo diferente(incomum)
Não usa movimentos de pinça para escolher os pinos
Movimentos exagerados dos dedos para liberar os pinos
Não segurar com a mão para manter a tábua fixa.
Faz extremamente mal com uma mão (Assimetria acentuada).
Mudar as mãos ou usar as mãos durante a tentativa
Movimentos da mão são descontínuos
Má Postura sentada.
Movimenta-se constantemente/ inquietação

Ajustes às exigências da tarefa
Desalinha os pinos com relação aos furos
Usa força excessiva quando invertendo os pinos
É extremamente lento, não muda a velocidade de tarefa para tarefa
Vai muito rápido para a exatidão
Outros:

ROSQUEANDO PORCAS NOS PARAFUSOS

Dados quantitativos

Registro de tempo levado: F para falha; R para recusa; I para inapropriado

Tentativa 1-----
Tentativa 2-----

Pontos	Idade 9	Idade10
0	0 - 20	0 - 17
1	21 - 23	18 - 19
2	24	20 - 21
3	25 - 28	22
4	29 - 33	23 - 24
5	34+	25+

Pontuação da tarefa

DESTREZA MANUAL

Observação qualitativa

Controle Postura Corporal
Não olhar para o parafuso enquanto enrosca a porca
Mantém os materiais muito perto do rosto
Mantém a cabeça num ângulo incomum
Não usar movimento de pinça para pegar a porca
Não segura o parafuso firme para receber as porcas
Encontra dificuldade para coordenar o movimento das mãos
Troca de mão durante a tarefa
Movimentos das mãos são descontínuos
Má postura sentada
Movimenta-se constantemente/ inquieta

Ajustes às exigências da tarefa
Não alinha as porcas corretamente ao parafuso
Tenta forçar a porca quando desalinhada
É extremamente lento (não muda de velocidade de tarefa para tarefa)
Vai muito rápido para exatidão
Outros:

TRILHA DA FLOR**Dados qualitativos**

Registro do tempo levado: F para falha; R para recusa; I para inadequado

Tentativa 1 -----
Tentativa 2-----
Mão usada-----

Pontos	Idade09	Idade10
0	0	0
1	1	1
2	-	-
3	2	2
4	3	-
5	4+	3+

Pontuação da tarefa

DESTREZA MANUAL**Observações qualitativas**

Controle Postura Corporal
Não olhar o traçado
Mantém o rosto muito próximo do papel
Mantém a cabeça num ângulo diferente(incomum)
Segura a caneta muito longe da ponta
Segura a caneta muito perto da ponta
Não segura o papel ainda
Muda de mão durante o traçado
Má postura sentada
Movimenta-se constantemente/inquietação

Ajustes às exigências da tarefa

Progresso com pequenos movimentos descontínuos
Uso excessivo da força, pressiona muito sobre o papel
É extremamente lento
Vai muito rápido para a exatidão
Outros:

PEGAR COM UMA MÃO**Dados qualitativos**

Registro do tempo levado:F para falha; R para inapropriado.

Pontos	Idade09	Idade10
0	6 - 10	8 - 10
1	5	7
2	4	6
3	3	4 - 5
4	1 - 2	1 - 3
5	0	0

Pontuação da tarefa

Pontuação da tarefa= (mão preferida+mão não preferida)/2

HABILIDADE COM BOLA**Observações qualitativas**

Controle Postura Corporal
Não segue a trajetória da bola com os olhos
Gira-se afastando os olhos enquanto a bola se aproxima
Braços desalinhados para interceptar a bola
Mantém as mãos abertas com os dedos esticados quando a bola se aproxima
Braços e mãos não "dados" para interceptar a bola
Dedos fechados muito cedo ou muito tarde
Corpo parece tenso/Rigidez em toda parte

Ajustes às exigências da tarefa

Não ajusta a posição do corpo para pagar
Não ajusta posição dos pés como necessário
Julga mal a força do arremesso(muita ou pouca força)
Falta de fluências nos movimentos
Outros:

ARREMESSAR O SACO DE FEIJÃO NA CAIXA

Dados quantitativos

Registro do tempo levado: F para falha; R para recusa; I para inapropriado

Mão usada ----- -----

Pontos	Idade 09	Idade 10
0	5 – 10	6 – 10
1	4	5
2	3	-
3	2	4
4	-	3
5	0 – 1	0 – 2

Pontuação da tarefa

HABILIDADE COM BOLA

Observações Qualitativas

Controle Postura Corporal
Não mantém os olhos no alvo
Não usa os movimentos pendular do braço
Não segue com o braço até o final do arremesso
Liberta o saco de feijão muito cedo ou muito tarde
Troca as mãos de tarefa para tarefa
Tronco e quadris não giram enquanto o braço que lança vai para frente
Gira-se demais e perde o equilíbrio

Ajustes às exigências da tarefa
Erros são constantes para um lado da caixa (assimetria acentuada)
Julga mal a força do arremesso (muita ou pouca força)
Controle da força é variável
Falta de fluência nos movimentos
Outros:

EQUILÍBRIO SOBRE TÁBUA

Dados Quantitativos

Registro do tempo levado: F para falha; R para recusa; I para inapropriado.

Perna preferida Tentativa 1----- Tentativa 2-----

Perna Não Preferida Tentativa 1----- Tentativa 2-----

Idade 9	Idade 10	Pontos	Idade 9	Idade 10
6 – 20	9 – 20	0/0	6 – 20	8 – 20
5	6 – 8	1/1	5	6 – 7
4	5	2/2	4	5
3	4	3/3	3	4
2	3	4/4	2	3
0 – 3	0 – 2	5/5	0 – 1	0 – 2

Pontuação da tarefa

(Pontuação da tarefa= Pé preferido + Pé não preferido) / 2

EQUILÍBRIO DINÂMICO

Observações Qualitativas

Controle Postura Corporal
Não segura a cabeça e olhos fixos
Olha para baixo para os pés
Não faz ou faz pouco movimento compensatório dos braços para manter o equilíbrio
Exagerados movimentos de braços e tronco interrompendo equilíbrio
Corpo parece tenso/Rigidez em toda parte
Balança exageradamente para tentar manter o equilíbrio Falta
Faz extremamente mal com uma perna

SALTAR EM UM PÉ SÓ DENTRO DOS QUADRADOS

Dados Quantitativos

Registro do tempo levado F para falha; R para recusa; I inapropriado

Perna Preferida
Tentativa 1 -----
Tentativa 2 -----

Perna Não Preferida
Tentativa 1 -----
Tentativa 2 -----

Idade 9	Idade 10	Pontos	Idade 9	Idade 10
5	5	0/0	5	5
-	-	1/1	-	-
-	-	2/2	4	4
4	4	3/3	3	3
1-3	3	4/4	1-2	2
0	0-2	5/5	0	0-1

Pontuação da tarefa

EQUILÍBRIO DINÂMICO

Observações Qualitativas

Controle Postura Corporal
Não usa braços para ajudar no salto
Movimento dos braços fora da fase das pernas
Movimento exagerado dos braços
Corpo aparenta rigidez/tensão
Corpo parece flexível e frouxo
Perna flexionada mantida para cima à frente do corpo
Falta molejo não empurra-se dos pés
Notadamente mais pobre num pé do que no outro
Pula com pernas duras e pés chatos
Cambaleia quando toca o chão

Ajustes às exigências da tarefa

Não combina eficientemente movimentos para cima e para frente
Usa muito esforço
Movimentos descontínuos
Outros:

EQUILIBRANDO A BOLA

Dados quantitativos

Registro do Tempo levado; F para falha; R para recusa; I para inapropriado.

Tentativa 1 -----
Tentativa 2-----
Tentativa 3 -----

Pontos	Idade 9	Idade 10
0	0	0
1	-	-
2	1	1
3	2	2
4	3-4	3-4
5	5+	5+

Pontuação da tarefa

EQUILÍBRIO DINÂMICO

Observações Qualitativas

Controle Postura Corporal
Não olhar para frente
Não mantém a cabeça e olhos fixos
Não compensa com os braços para manter o equilíbrio
Movimentos exagerados interrompendo o equilíbrio
Corpo parece rígido/tenso
Corpo parece frouxo/flexível
Cambaleia para frente, não levanta os pés do chão

Ajustes às exigências da tarefa

Vai muito rápido para exatidão
Falta de leveza e fluência nos movimentos individuais
Seqüência dos passos não é fluente/pausas frequentes
Outros:

ANEXO D: INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A REALIZAÇÃO DOS TESTES DA BATERIA II (7 E 8 ANOS)

Destreza Manual 1 Colocando Pinos

Materiais: Tábuas de pinos, 12 pinos plásticos, Tapete emborrachado p/ mesa, Cronômetro.

Tarefa - A criança segura a tábua estável com uma das mãos e pega um pino com a outra. Os pinos devem permanecer em contato com o tapete emborrachado até que a criança seja avisada a começar. Ao sinal a criança coloca os pinos em qualquer um dos furos na tábua. Diga para a criança que quatro furos permanecerão sem serem preenchidos com os pinos. O examinador deverá parar de cronometrar o tempo quando a criança soltar o último pino. Ambas as mãos são testadas.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

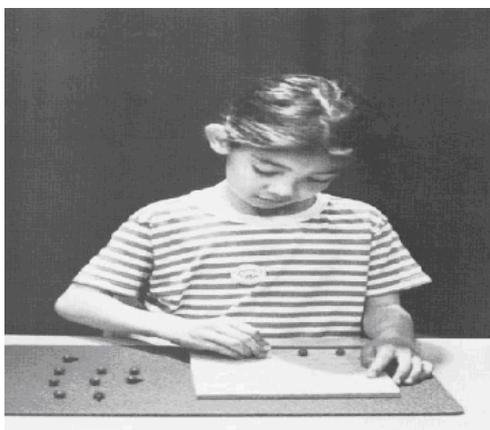
- Manter a tábua estável
- Mover os pinos e inseri-los um de cada vez
- Usar apenas uma mão durante cada tentativa
- Inserir os pinos em qualquer ordem
- Trabalhar o mais rápido possível

Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática para cada mão. A tentativa de prática consistirá na colocação de seis pinos na tábua pela criança. Se qualquer falha no procedimento for observada, o examinador deve interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - DUAS para cada mão. Apresente a segunda tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Teste a mão preferida primeira, depois a outra. Nenhum auxílio deve ser dado durante essas tentativas.

Registro - Numero de segundos utilizados para completar corretamente cada tentativa. A tentativa é considerada fracassada se a criança cometer uma falha no procedimento isto é: Pegar mais de um pino por vez

- Mudar de mão ou usar as duas mãos durante a tentativa



Destreza Manual 2

Enfiando o Cordão

Materiais: Tábua com Furos (para passar cordão), Cordão, Tapete emborrachado p/ mesa, e Cronômetro

Organização - Coloque os componentes da tarefa numa posição central em frente à criança com a tábua com furos com a parte larga voltada para a criança. Permita à criança escolher a mão com a qual pegará o cordão.

Tarefa - A criança pega o cordão e a tábua antes de começar a cronometragem. Ao sinal, o cordão é enfiado para frente e para trás através dos furos da tábua. Pare de cronometrar quando o cordão for passado no último furo e a criança puxar para cima a folga na extremidade livre do laço.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Enfiar o cordão dentro e fora, NÃO ao redor da borda da tábua
- Puxar o cordão completamente para deixar cordão suficiente para enfiar o restante
- Puxar o fim do cordão apertado depois de enfiar através do último furo como sinal de ter completado a tarefa
- Trabalhar o mais rápido possível

Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática. A tentativa de prática deverá consistir da criança completar dois furos na tábua. Se qualquer falha no procedimento for observada, o examinador deverá interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - DUAS. Apresente a segunda tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Nenhum auxílio deve ser dado durante essas tentativas.

Registro - Numero de segundos utilizados para enfiar corretamente o laço.

A tentativa é considerada fracassada se a criança cometer uma falha no procedimento isto é:

- Enfiar o cordão pela borda da tábua
- Não passar por um dos furos na tábua



Destreza Manual 3

Trilha da Flor

Materiais: Trilha da flor (no formulário de registro), Caneta vermelha de ponta fina, e Prancheta lisa, não muito dura ou escorregadia

Organização - A criança fica sentada à mesa com ambos os pés no chão e braços descansando confortavelmente na mesa. A trilha da flor é colocada na frente da criança com a caneta ao lado.

Tarefa - A criança desenha uma linha contínua, seguindo a trilha sem atravessar seus limites. A criança não é penalizada por levantar a caneta fornecida e reiniciar o traço no mesmo ponto. Permita à criança fazer pequenos ajustes ao ângulo do papel (até 45°) para facilitar o desempenho da tarefa. Somente a mão preferida é testada.

Demonstração - Uma das trilhas pode ser usada tanto para demonstração quanto como papel de prática da criança.

Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Manter a caneta em contato com o papel
- Manter-se entre as linhas limite
- Desenhar o quão lentamente for necessário para manter-se dentro dos limites
- Desenhar a linha em apenas uma direção, especialmente nas pontas da flor.

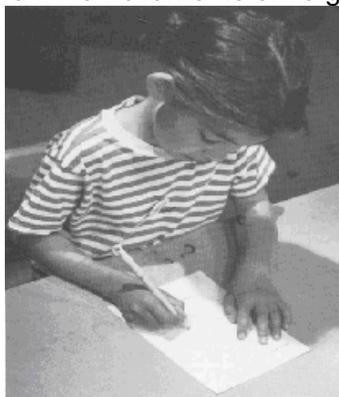
Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática. Já que este teste é um teste com consumo de tempo, apenas parte de uma trilha precisa ser praticada. Se o examinador utilizar metade da trilha na demonstração, poderá dar o resto à criança como prática. Se qualquer falha no procedimento for observada, o examinador deve interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - DUAS para cada mão. Apresente a segunda tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Nenhum auxílio deve ser dado durante essas tentativas.

Registro - Mão usada para executar a tarefa.

Número de erros, isto é, o número de vezes que o traço desenhado ultrapassou os limites da borda. Não é erro encostar-se ao limite. Conte um erro adicional para cada meia polegada (12 mm) que a linha continuar fora dos limites. A tentativa é considerada fracassada (F) se a criança cometer uma falha no procedimento, isto é:

- Inverter a direção enquanto desenha, isto ocorre mais frequentemente quando a criança move a caneta através das pontas da flor.
- Levantar a caneta e começar a linha novamente em algum outro lugar.



Habilidade com a bola 1 Picar e Pegar a Bola Com Uma Mão

Materiais: Bola de tênis, Fita colorida

Organização - A criança de pé num espaço livre, longe de paredes e mobília. A superfície do chão deve ser lisa e constante.

Tarefa - A criança pica a bola no chão e pega com a mesma mão. Ambas as mãos são testadas.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

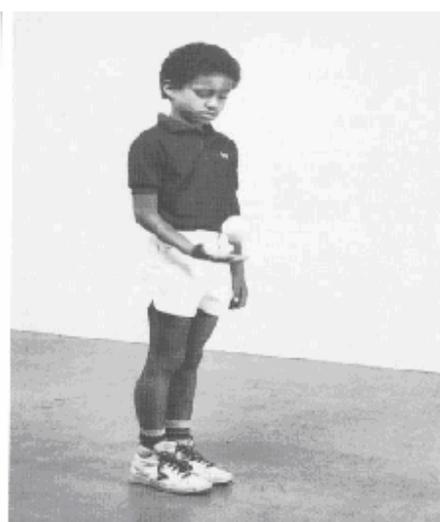
- Quicar a bola contra o chão com força suficiente para ter um bom retorno
- Pegar a bola com apenas uma mão
- Pegar a bola na mão ao invés de prende-la contra o corpo ou roupa

Fase de Prática - Dar à criança cinco tentativas de práticas com cada mão. Se qualquer falha no procedimento for observada, o examinador deverá interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar. O examinador não deve enfatizar a transição entre a fase pratica e a tentativa valida.

Tentativa Válida - DEZ tentativas para cada mão. Nenhum auxílio deve ser dado durante estas tentativas. Se porém, a criança falhar uma tentativa, o examinador deve lembrá-la da falha(s) antes de prosseguir para a próxima tentativa.

Registro - Número de pegadas executadas corretamente nas 10 tentativas para cada mão. Uma tentativa é considerada fracassada se a criança cometer uma falha no procedimento, isto é:

- Pegar a bola com as duas mãos
- Pegar a bola prendendo-a contra o corpo ou roupa



Habilidade com a bola 2**Arremessar o Saco de Feijão na Caixa**

Materiais: Saco de feijão, Caixa alvo e Fita colorida

Organização - Posicione a caixa alvo no chão com o lado menor voltado para a criança. Meça uma distância de 6 pés (2 m) a partir da frente da caixa alvo e marque com um pequeno pedaço de fita.

Tarefa - A criança arremessa o saco de feijão para dentro da caixa alvo com uma mão. Somente uma mão é testada.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Permanecer atrás da linha enquanto estiver arremessando
- Ficar de pé na posição mais confortável para arremessar o saco
- Arremessar o saco com apenas uma das mãos

Fase de Prática - Dar à criança cinco tentativas de prática. Durante estas tentativas, a criança pode trocar de mão se desejar, mas deve escolher apenas uma para a tentativa válida. A criança não é penalizada por arremessar o saco com a mão por cima, mas isso deve ser desencorajado. Se qualquer falha no procedimento for observada, o examinador deverá interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar. O examinador não deve enfatizar a transição entre a fase prática e a tentativa válida.

Tentativa Válida - DEZ tentativas. Nenhum auxílio deve ser dado durante as tentativas.

Registro - A mão usada para executar a tarefa.

Número de arremessos executados corretamente nas 10 tentativas. Se parte do saco de feijão ficar preso à caixa, é contada como uma tentativa bem sucedida.

Uma tentativa é considerada fracassada se a criança cometer uma falha de procedimento, isto é:

- Ultrapassar a linha enquanto arremessa o saco
- Jogar o saco de feijão com as duas mãos



Equilíbrio Estático

Equilíbrio da Cegonha

Materiais: Cronômetro e a criança deve calçar tênis

Organização - A criança deve estar em um local livre, longe de paredes ou mobília.

Tarefa - A criança fica de pé em um só pé que toca o chão e o outro pé contra o lado de fora do joelho da perna de suporte por até 20 segundos. As mãos são colocadas nos quadris com os dedos voltados para frente. Uma vez que a criança tenha assumido a posição de equilíbrio, inicie a contagem de tempo. Permita que a criança escolha a perna com a qual deseja equilibrar-se primeiro. Ambas as pernas devem ser testadas.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Manter o pé de suporte no lugar enquanto equilibra-se
- Manter o ângulo da perna flexionada na mesma posição (encostada na altura do joelho)
- Manter as mãos nos quadris

Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática com cada perna por no máximo 10 segundos. O examinador pode ajudar a criança a assumir a posição de equilíbrio. Se qualquer falha no procedimento for observada o examinador deve interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - DUAS tentativas para cada perna. Apresente a segunda tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Nenhuma assistência pode ser dada durante estas tentativas.

Registro - Número de segundos (até 20) que a criança mantém o equilíbrio sem cometer uma falha no procedimento, isto é:

- Mover o pé de suporte de seu lugar original
- Mover o pé não estendido do contato com o joelho
- Tirar as mãos dos quadris



Equilíbrio Dinâmico 1

Pular nos Quadrados

Materiais: Fita colorida

Organização - Marque no chão seis quadrados adjacentes, cada um com a medida interna de 18 x 18 polegadas (45 cm) para dar um comprimento total de 9 pés (2.7 m)

Tarefa - A criança começa a tarefa com os dois pés no primeiro quadrado. A criança executa cinco saltos contínuos para frente sobre os dois pés de quadrado em quadrado, parando dentro do ultimo quadrado. A criança não é penalizada se os pés estão ligeiramente afastados quando tocando o chão, desde que o equilíbrio seja mantido. O ultimo salto não conta se a criança falhar não concluir em uma posição controlada e equilibrada.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Saltar dentro dos quadrados
- Saltar uma vez em cada quadrado
- Manter os pés juntos enquanto salta
- Terminar a série de saltos em uma posição equilibrada e controlada dentro do ultimo quadrado isto é atingido pela flexão do joelho para amortecer o salto e controlar o impulso

Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática. Se qualquer falha no procedimento for observada o examinador deve interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - TRÊS. Apresente a segunda e a terceira tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Nenhum auxilio deve ser dado durante essas tentativas.

Registro - Número de saltos consecutivos corretos (Máximo de 5) completados sem cometer falha no procedimento, isto é:

- Tocar o chão fora dos quadrados ou sobre as linhas
- Saltar mais de uma vez em um quadrado
- Tocar o chão com os pés muito afastados



Equilíbrio Dinâmico 2**Caminhar Unindo o Calcânhar à Ponta do Pé**

Materiais: Fita Colorida

Organização- marcar no chão uma linha de 5 pés (4,5 m). O examinador deve assumir uma posição que permita uma visão clara dos lados dos pés durante o desempenho da tarefa.

Tarefa - A criança caminha sobre a linha colocando o calcânhar de um pé contra os dedos do outro pé a cada passo. São exigidos 15 passos.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Manter os pés retos sobre a linha
- Tocar o calcânhar de um pé nos dedos do outro pé a cada passo

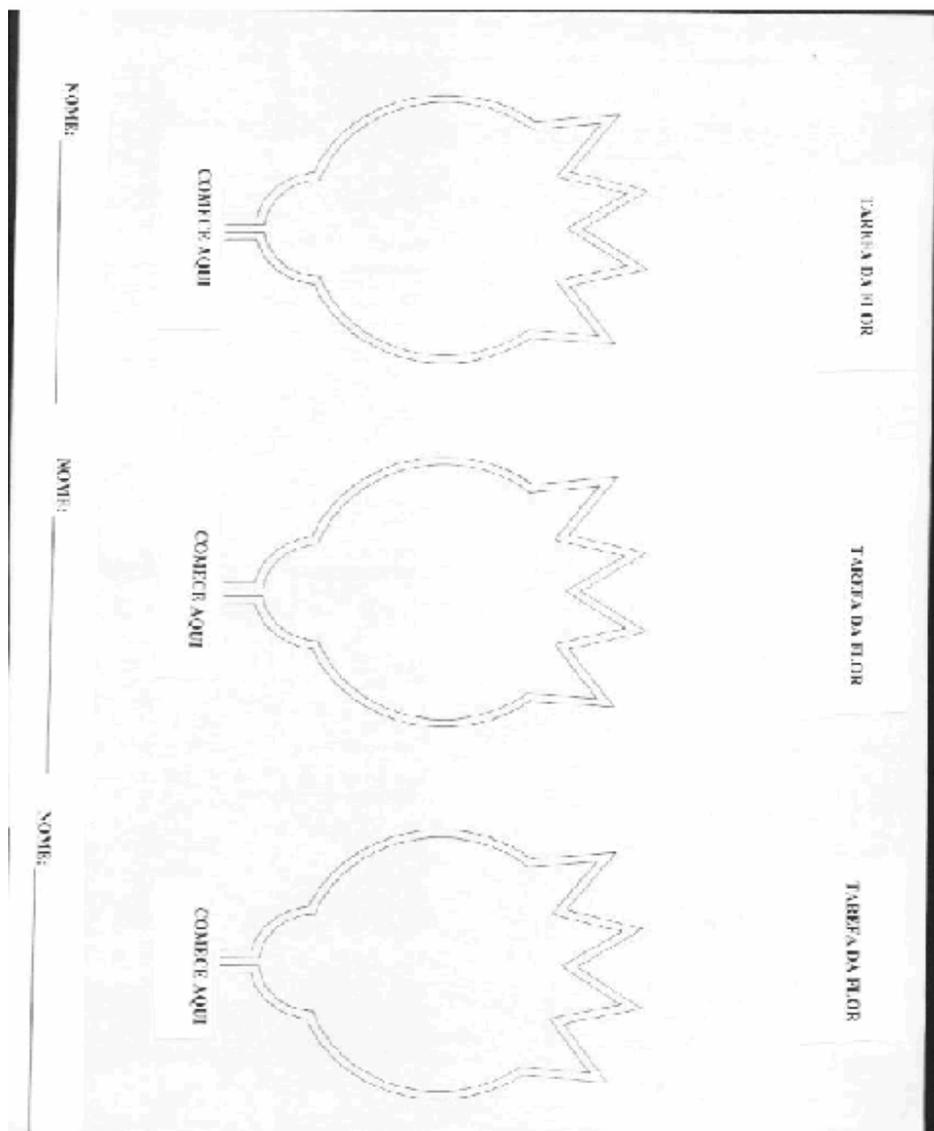
Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática. Esta deve consistir de 5 passos. Se qualquer falha no procedimento for observada o examinador deve interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - TRÊS. Apresente a segunda e a terceira tentativas somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Nenhum auxílio deve ser dado durante essas tentativas.

Registro - Número de passos corretos e consecutivos dados pela criança sem cometer uma falha no procedimento, isto é:

- Deixar um espaço entre o calcânhar e os dedos do pé
- Caminhar fora da linha





ANEXO E: INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A REALIZAÇÃO DOS TESTES DA BATERIA III (9 E 10 ANOS)

Destreza Manual 1

Deslocando Pinos de Linhas

Materiais - Tábuas de pinos, 12 pinos plásticos, Tapete emborrachado p/ mesa e Cronômetro

Organização - Posicionar a tábua de pinos sobre o tapete emborrachado para mesa. Colocar 12 pinos na segunda, terceira e quarta linhas em toda extensão, deixando a linha mais alta vazia.

Tarefa - A criança mantém a tábua estável com uma das mãos e segura o primeiro pino a ser movido com a outra. O pino não deve ser movido de seu furo até que a criança seja avisada a começar. Ao sinal, a criança move os pinos da 2ª para a 1ª linha (a mais alta), os da 3ª para a 2ª linha e aqueles da 4ª linha para a 3ª. Pare de cronometrar a tempo quando a criança liberar o ultimo pino. Ambas as mãos são testadas.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Segurar a tábua estável
- Mover os pinos um de cada vez
- Usar apenas uma mão durante cada tentativa
- Trabalhar o mais rápido possível

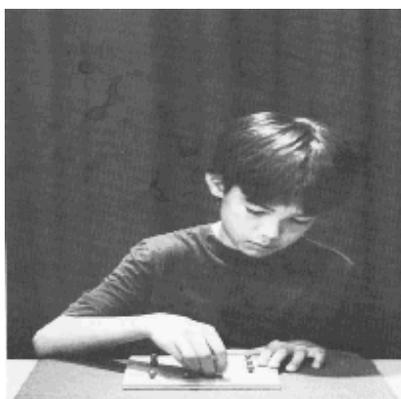
Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática com cada mão. A tentativa de prática deverá consistir da criança movimentar uma linha de pinos. Se qualquer falha no procedimento for observada, o examinador deve interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - DUAS para cada mão. Apresente a segunda tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Teste a mão preferida primeiro, depois a outra. Nenhum auxílio deve ser dado durante essas tentativas.

Registro - Numero de segundos utilizados para completar corretamente cada tentativa.

A tentativa é considerada fracassada se a criança cometer uma falha no procedimento isto é:

- Mover mais de um pino por vez
- Mudar de mão ou usar as duas mãos durante a tentativa



Destreza Manual 2

Rosqueando Porcas no Parafuso

Materiais - Parafuso com porca fixa, 3 porcas soltas, Tapete emborrachado p/ mesa e Cronômetro.

Organização - Coloque o parafuso com porca fixa no tapete com a cabeça direcionada para a criança. Posicione as 3 porcas soltas em uma fileira horizontal num ângulo reto com o parafuso. Permita à criança escolher com qual pegará o para fuso.

Tarefa - A criança segura com uma mão e uma das porcas com a outra. Ao sinal, a porca é rosqueada ao longo do parafuso até que toque a porca fixada. A 2^a e a 3^a porca são, então rosqueadas, uma de cada vez, para encontrar outras as porcas, já posicionadas. Pare de cronometrar o tempo quando a ultima das 3 porcas estiver totalmente rosqueada. Todas as estratégias da realização do teste de colocar as porcas no parafuso, uma de cada vez, são aceitáveis.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

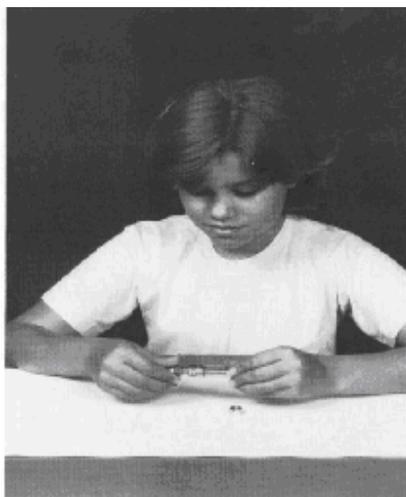
- Rosquear uma porca de cada vez
- Segurar a porca diretamente ao parafuso para que se encaixem
- Realizar a tarefa mais rápido possível

Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática. A tentativa de prática deve consistir de a criança parafusar a porca no parafuso até que esta toque a porca fixa. Se qualquer falha no procedimento for observada, o examinador deverá interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - DUAS. Apresente a segunda tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Nenhum auxílio deve ser dado durante essas tentativas.

Registro - Numero de segundos utilizados para rosquear todas as 3 porcas adequadamente. A tentativa é considerada fracassada se a criança cometer uma falha no procedimento isto é:

- Rosquear mais de uma porca por vez
- Falhar em rosquear a porca em todo o caminho até a porca fixa



Destreza Manual 3

Trilha da Flor

Materiais - Trilha da flor (no formulário de registro), Caneta vermelha de ponta fina e Superfície lisa para escrever que não seja muito dura ou escorregadia

Organização - A criança fica sentada à mesa com ambos os pés no chão e braços descansando confortavelmente na mesa. A trilha da flor é colocada na frente da criança com a caneta ao lado.

Tarefa - A criança desenha uma linha contínua, seguindo a trilha sem atravessar seus limites. A criança não é penalizada por levantar a caneta fornecida e reiniciar o traço no mesmo ponto. Permita à criança fazer pequenos ajustes ao ângulo do papel (até 45°) para facilitar o desempenho da tarefa. Somente a mão preferida é testada.

Demonstração - Uma das trilhas pode ser usada tanto para demonstração quanto como papel de prática da criança.

Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Manter a caneta em contato com o papel
- Manter-se entre as linhas limite
- Desenhar o quão lentamente for necessário para manter-se dentro dos limites
- Desenhar a linha em apenas uma direção, especialmente nas pontas da flor.

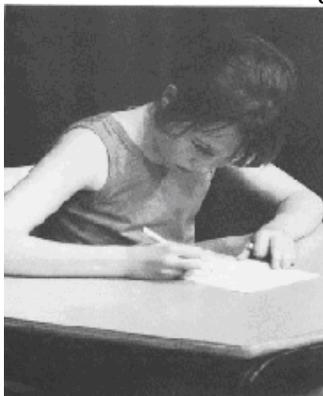
Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática. Já que este teste é um teste com consumo de tempo, apenas parte de uma trilha precisa ser praticada. Se o examinador utilizar metade da trilha na demonstração, poderá dar o resto à criança como prática. Se qualquer falha no procedimento for observada, o examinador deve interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - DUAS para cada mão. Apresente a segunda tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Nenhum auxílio deve ser dado durante essas tentativas.

Registro - Mão usada para executar a tarefa.

Número de erros, isto é, o número de vezes que o traço desenhado ultrapassou os limites da borda. Não é erro encostar-se ao limite. Conte um erro adicional para cada meia polegada (12 mm) que a linha continuar fora dos limites. A tentativa é considerada fracassada (F) se a criança cometer uma falha no procedimento, isto é:

- Inverter a direção enquanto desenha, isto ocorre mais freqüentemente quando a criança move a caneta através das pontas da flor.
- Levantar a caneta e começar a linha novamente em algum outro lugar.



Habilidade com a bola 1

Pegar com as 2 mãos

Materiais - Bola de tênis e Fita colorida

Organização - Medir a distância de 6 pés (2 m) a partir de uma parede lisa e marque com um pequeno pedaço de fita.

Tarefa - A criança arremessa a bola na parede, de trás da distância marcada e a pega de volta com ambas as mãos.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Ficar atrás da linha enquanto *arremessa* a bola
- Pisar na linha ou dar passos para um dos lados, quando necessário, para *pegar* a bola.
- Arremessar a bola forte o suficiente para ter um bom retorno
- Pegar a bola antes que ela pique no chão
- Pegar a bola com as mãos ao invés de prendê-la contra o corpo ou roupa

Fase de Prática - Dar à criança cinco tentativas de práticas. Se qualquer falha no procedimento for observada, o examinador deverá interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar. A criança não é penalizada por usar as duas mãos para arremessar a bola, mas se o examinador achar que é melhor usar uma mão para o arremesso, deve encorajá-la a fazer. O examinador não deve enfatizar a transição entre a fase prática e as tentativas válidas.

Tentativa Válida - DEZ tentativas. Nenhum auxílio deve ser dado durante as tentativas. Se porém, a criança falhar uma tentativa, o examinador deve lembrá-la da falha(s) antes de prosseguir para a próxima tentativa.

Registro - Número de recepções executadas corretamente nas 10 tentativas. Uma tentativa é considerada fracassada se a criança cometer uma falha no procedimento, isto é:

- Pisar sobre a linha para arremessar a bola
- Pegar a bola prendendo-a contra o corpo ou roupa



Habilidade com a bola 2**Arremessar o Saco de Feijão na Caixa**

Materiais - Saco de feijão, Caixa alvo e Fita colorida.

Organização - Posicione a caixa alvo no chão com o lado menor voltado para a criança. Meça uma distância de 8 pés (2.5m) a partir da frente da caixa alvo e marque com um pequeno pedaço de fita.

Tarefa - A criança arremessa o saco de feijão para dentro da caixa alvo com uma mão. Somente uma mão é testada.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Permanecer atrás da linha enquanto estiver arremessando
- Permanecer na posição mais confortável para arremessar o saco
- Arremessar o saco com apenas uma mão

Fase de Prática - Dar à criança cinco tentativas de práticas. Durante estas tentativas, a criança pode trocar de mão se desejar, mas deve escolher apenas uma para a tentativa válida. A criança não é penalizada por arremessar o saco com a mão por cima, mas isso deve ser desencorajado. Se qualquer falha no procedimento for observada, o examinador deverá interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar. O examinador não deve enfatizar a transição entre a fase prática e a tentativa válida.

Tentativa Válida - DEZ tentativas. Nenhum auxílio deve ser dado durante as tentativas.

Registro - A mão usada para executar a tarefa.

Número de arremessos executados corretamente nas 10 tentativas

Uma tentativa é considerada fracassada se a criança cometer uma falha de procedimento, isto é:

- Ultrapassar a linha enquanto arremessa o saco



Equilíbrio Estático**Equilíbrio Sobre Tábua**

Materiais - Cronômetro, Prancha de equilíbrio (base do suporte para salto) e a criança deve calçar tênis

Organização - A criança deve ser testada em um local amplo, longe de paredes ou mobília. O examinador é responsável por providenciar uma superfície não escorregadia para colocar a tábua de equilíbrio. Colocar a tábua de equilíbrio numa superfície não escorregadia com o filete estreito (quilha) voltado para o chão. O examinador deve assumir uma posição que permita uma visão clara dos pés. O examinador deve ser capaz de ver se as laterais da tábua tocam ou não o chão enquanto a criança esta executando a tarefa.

Tarefa - A criança equilibra-se sobre um dos pés, em uma tábua de equilíbrio, por até 20 segundos. Uma vez que a criança tenha conseguido a posição de equilíbrio, inicie a contagem de tempo. Ambas as pernas devem ser testadas.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Posicionar o pé no meio da tábua, diretamente sobre a direção do filete
- Evitar a inclinação da borda, de forma que as laterais não toquem o chão
- Manter o pé livre fora do contato com o chão, longe da outra perna e da tábua de equilíbrio.
- Usar os braços para equilibrar-se, se necessário

Fase de Prática - Dar à criança uma tentativas de práticas com cada perna por no máximo 10 segundos. O examinador pode ajudar a criança a assumir a posição de equilíbrio. Se qualquer falha no procedimento for observada o examinador deve interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - DUAS tentativas para cada perna. Apresente a segunda tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação.

Registro - Numero de segundos (ate 20) que a criança mantém o equilíbrio sem cometer uma falha no procedimento, isto é:

- Inclinar as bordas de forma que toquem o chão
- Tocar o chão com o pé livre
- Tocar tanto a prancha de equilíbrio quanto a perna de base com o pé livre



Equilíbrio Dinâmico 1

Saltar em um pé só dentro dos quadrados

Materiais - Fita colorida

Organização - Marque no chão seis quadrados adjacentes, cada um com a medida interna de 18 x 18 polegadas (0,45 m) para dar um comprimento total de 9 pés (2,7 m)

Tarefa - A criança começa o teste de pé num pé só dentro do primeiro quadrado. A criança executa cinco saltitos contínuos para a frente em um pé só, de quadrado em quadrado, parando dentro do ultimo quadrado. O último salto não conta se a criança terminar sem equilíbrio, numa posição controlada e equilibrada, ou der um pulo extra para fora do quadrado. Ambas as pernas são testadas.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

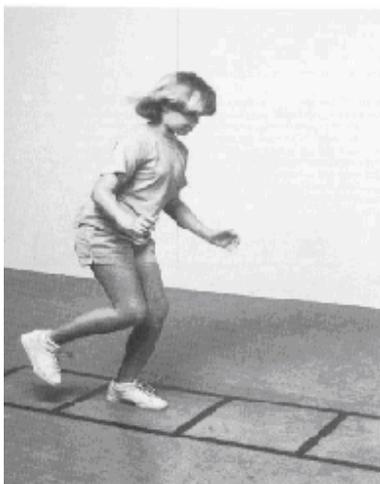
- Saltar dentro dos quadrados
- Saltar uma vez só dentro de cada quadrado
- Não tocar o pé livre no chão
- Terminar a série de saltos em uma posição equilibrada e controlada dentro do ultimo quadrado isto é atingido pela flexão do joelho para amortecer o salto e controlar o impulso

Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática com cada perna. Se qualquer falha no procedimento for observada o examinador deve interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

Tentativa Válida - TRES tentativas para cada perna. Apresente a segunda e a terceira tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Nenhum auxílio deve ser dado durante essas tentativas.

Registro - Número de segundos consecutivos corretos (Máximo de 5) completados sem cometer falha no procedimento, isto é:

- Saltitar em cima ou fora das linhas
- Saltitar mais de uma vez em um mesmo quadrado
- Deixar o pé livre tocar o chão



Equilíbrio Dinâmico 2

Equilibrando a Bola

Materiais - 2 suportes para salto, Bola de tênis e Tábua de pinos

Organização - Coloque os suportes para salto no chão com uma distância de 9 pés (2.7 m) entre eles.

Tarefa - Colocar a tábua de pinos e a bola de tênis sobre a mesa, de forma que a criança possa pegá-las com qualquer mão. A criança fica posicionada na metade do caminho entre os dois suportes para salto. A criança coloca a tábua de pinos (furos para baixo) na palma de uma das mãos e posiciona a bola no meio dela. A criança deve estabilizar a tábua para que a bola permaneça na tábua sem ser segurada. Nenhuma parte da mão deve estar sobre a superfície superior da tábua. A criança, então, caminha pelo lado de fora dos suportes para salto e retorna ao ponto inicial. Se a bola cair, o examinador a pega e a devolve para a criança, que continua a partir do ponto em que a bola caiu. Somente uma mão é testada.

Demonstração - Enquanto estiver demonstrando a tarefa, enfatize:

- Equilibrar a tábua na palma da mão
- Caminhar tão lentamente quanto for necessário para manter a bola equilibrada

Fase de Prática - Dar à criança uma tentativa de prática. Se qualquer falha no procedimento for observada o examinador deve interromper na primeira oportunidade e dar um lembrete ou redemonstrar.

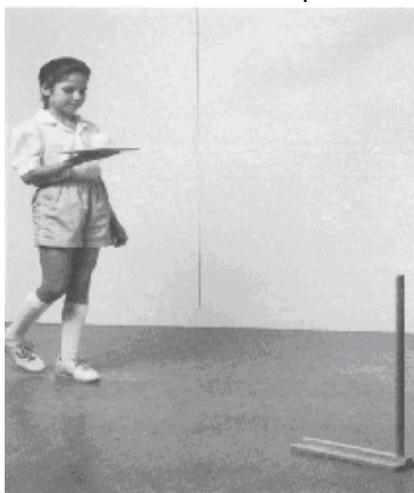
Tentativa Válida - DUAS. Apresente a segunda tentativa somente se necessário para atingir o critério de aprovação. Nenhum auxílio deve ser dado durante essas tentativas, a não ser devolver a bola que caiu para a criança.

Registro - A mão usada para segurar a tábua

Numero de vezes que a bola cair da tábua, até 10 vezes procedimento, isto é:

A tentativa é considerada fracassada (F) se a criança cometer uma falha no procedimento, isto é.

- Segurar a tábua inapropriadamente, por exemplo, com o polegar na superfície superior.
- Usar a mão livre para pegar ou estabilizar a bola enquanto caminha
- Deixar a bola cair e não retomar a caminhada do ponto em que caiu.



ANEXO F: ESCALA DE PERCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA

NOME: _____

IDADE: _____

	Totalmente verdadeira para mim	Um pouco verdade para mim		MAS		Um pouco verdade para mim	Totalmente verdadeira para mim
1.	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	Algumas pessoas sentem que elas são muito boas em seus trabalhos escolares	MAS	Outras pessoas ficam preocupadas se podem fazer o trabalho escolar	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
2.	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	Algumas pessoas sentem dificuldades para fazer amigos	MAS	Outras pessoas sentem facilidades para fazer amigos	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
3.	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	Algumas pessoas fazem muito bem todos os tipos de esportes	MAS	Outras pessoas não sentem que são muito boas quando praticam esportes	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
4.	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	Algumas pessoas são felizes com seu jeito de ser	MAS	Outras pessoas são infelizes com seu jeito de ser	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
5.	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	Algumas pessoas não gostam freqüentemente do modo que elas se comportam	MAS	Outras pessoas gostam de seu comportamento usualmente	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
6.	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	Algumas pessoas são freqüentemente infelizes com elas próprias	MAS	Outras pessoas são felizes com elas próprias	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>

	Totalmente verdade para mim	Um pouco verdade para mim			Um pouco verdade para mim	Totalmente verdade para mim	
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que são tão espertas quanto outras pessoas de sua idade	MAS	Outras pessoas não tem certeza se elas são tão espertas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas tem muitos amigos	MAS	Outras pessoas não tem muitos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas desejam ser melhor nos esportes	MAS	Outras pessoas sentem que elas são boas o suficiente nos esportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas são felizes com sua altura e peso	MAS	Outras pessoas gostariam que seu peso e altura fosse diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas fazem geralmente as coisas direito	MAS	Outras pessoas freqüentemente não fazem as coisas direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas não gostam do modo que suas vidas são conduzidas	MAS	Outras pessoas gostam do modo que suas vidas são conduzidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas são lentas para cumprir seu trabalho escolar	MAS	Outras pessoas podem fazer seu trabalho escolar rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas gostariam de ter muito mais amigos	MAS	Outras pessoas têm tantos amigos quanto desejam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totalmente verdade para mim	Um pouco verdade para mim				Um pouco verdade para mim	Totalmente verdade para mim	
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas pensam que podem fazer bem alguma nova atividade esportiva que não tenham tentado antes	MAS	Outras pessoas têm medo de não fazer bem esportes que não tenham praticado antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas desejam ter o corpo diferente	MAS	Outras pessoas gostam de seu corpo como ele é	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas geralmente comportam-se do modo esperado	MAS	Outras pessoas freqüentemente não comportam-se do modo esperado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas são felizes com elas próprias	MAS	Outras pessoas freqüentemente não são felizes com elas próprias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas freqüentemente esquecem o que elas aprendem	MAS	Outras pessoas podem lembrar coisas facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas estão sempre fazendo coisas com outras pessoas	MAS	Outras pessoas freqüentemente fazem as coisas por elas próprias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que são melhores do que outros de sua idade nos esportes	MAS	Outras pessoas não sentem que elas podem jogar bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas desejam ter aparência física diferente	MAS	Outras pessoas gostam de sua aparência física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas freqüentemente tem problemas por causa das coisas que fazem	MAS	Outras pessoas freqüentemente não fazem coisas que trazem problemas para ela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente verdade para mim	Um pouco verdade para mim			Um pouco verdade para mim	Totalmente verdade para mim	
24.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas gostam do tipo de pessoa que são	MAS	Outras pessoas freqüentemente desejam ser outra pessoa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas fazem muito bem seu trabalho de classe	MAS	Outras pessoas não fazem muito bem seu trabalho de classe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas desejam que mais pessoas de sua idade gostem dela	MAS	Outras pessoas sentem que a maioria das pessoas de sua idade gostam dela	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas em jogos e esportes freqüentemente assistem em vez de jogar	MAS	Outras pessoas freqüentemente preferem jogar do que somente assistir	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas desejam que algumas coisas de seu rosto ou cabelo fosse diferente	MAS	Outras pessoas gostam do seu rosto e cabelo do jeito que são	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas fazem coisas que sabem que não deveriam fazer	MAS	Outras pessoas dificilmente fazem coisas que elas sabem que não devem fazer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas são muito felizes sendo do modo como elas são	MAS	Outras pessoas desejam ser diferentes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas tem problemas para responder as perguntas na escola	MAS	Outras pessoas quase sempre podem responder as perguntas na escola	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Totalmente verdade para mim	Um pouco verdade para mim			Um pouco verdade para mim	Totalmente verdade para mim	
32.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas são populares com outros de sua idade	MAS	Outras pessoas não são muito populares	<input type="text"/>	<input type="text"/>
33.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas não fazem muito bem novos esportes	MAS	Outras pessoas são boas ao iniciar novos esportes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
34.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas pensam que tem boa aparência	MAS	Outras pessoas pensam que não tem boa aparência	<input type="text"/>	<input type="text"/>
35.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas comportam-se muito bem por si próprias	MAS	Outras pessoas freqüentemente acham difícil comportar-se bem por si próprias	<input type="text"/>	<input type="text"/>
36.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Algumas pessoas não são muito felizes com o modo que elas fazem muitas coisas	MAS	Outras pessoas pensam que o modo que elas fazem as coisas está bom	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO G: .ESCALA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

NOME: _____

IDADE: _____

MASCULINO ()

FEMININO ()

ESCOLA: _____

MUNICÍPIO: _____



Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê?	Algumas vezes você está infeliz? Diga por quê?	Algumas vezes você está feliz? Diga por quê?	Algumas vezes você está muito feliz? Diga por quê?

Diga como você se sente:

	Muito infeliz	Infeliz	Feliz	Muito feliz
1. à mesa, junto com sua família.	()	()	()	()
2. à noite, quando você se deita	()	()	()	()
3. se você tem irmãos, quando brinca com eles	()	()	()	()
4. à noite, ao dormir	()	()	()	()
5. na sala de aula.	()	()	()	()
6. quando você vê uma fotografia sua.	()	()	()	()
7. em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar.	()	()	()	()
8. quando você vai a uma consulta médica.	()	()	()	()
9. quando você pratica um esporte.	()	()	()	()
10. quando você pensa em seu pai	()	()	()	()
11. no dia do seu aniversário.	()	()	()	()
12. quando você faz as lições de casa.	()	()	()	()
13. quando você pensa em sua mãe.	()	()	()	()
14. quando você fica internado no hospital.	()	()	()	()
15. quando você brinca sozinho(a)	()	()	()	()
16. quando seu pai ou sua mãe falam de você.	()	()	()	()
17. quando você dorme fora de casa.	()	()	()	()
18. quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer.	()	()	()	()
19. quando os amigos falam de você	()	()	()	()
20. quando você toma os remédios	()	()	()	()

- | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 21. durante as férias | () | () | () | () |
| 22. quando você pensa em quando tiver crescido. | () | () | () | () |
| 23. quando você está longe de sua família. | () | () | () | () |
| 24. quando você recebe as notas da escola. | () | () | () | () |
| 25. quando você está com os seus avós. | () | () | () | () |
| 26. quando você assiste televisão. | () | () | () | () |

APÊNDICES

APÊNDICE A: .TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de solicitar sua autorização para a participação de seu filho(a) na pesquisa intitulada “Associação do transtorno do desenvolvimento da coordenação com a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares”, que faz parte do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física – UEM/UE e é orientada pela Prof. Dr. Christi Noriko Sonoo da Universidade estadual de Maringá (UEM).

O objetivo da pesquisa é analisar o nível de associação do transtorno do desenvolvimento da coordenação com a percepção de competência e a qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos de um município da região Noroeste do Paraná. Para isto a participação de seu filho(a) é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: preenchimento de dois questionários e uma bateria de testes motores que envolvem saltitar, caminhar, lançar uma bola, equilibrar-se, rosquear porcas em parafusos, entre outros com tais características. Informamos que poderão ocorrer riscos como cair e/ou tropeçar no decorrer dos testes; caso isso aconteça todos os atendimentos necessários serão realizados.

Gostaríamos de esclarecer que a participação de seu filho(a) é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a autorizar tal participação, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa ou à de seu filho(a). Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade, sua e a de seu (sua) filho(a). Os benefícios esperados são identificar as reais necessidades do seu filho para que possam ser indicadas ações para adequar a organização da própria aula de Educação Física na escola, sendo que serão repassadas para a direção e equipe pedagógica os resultados encontrados, em forma de relatório e exposição oral.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços a seguir ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....(nome por extenso do responsável pelo menor) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof. Alissianny Haman Fogagnoli.

_____ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Campo para assentimento do sujeito menor de pesquisa (para crianças escolares e adolescentes com capacidade de leitura e compreensão):

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa /menor de idade) declaro que recebi todas as explicações sobre esta pesquisa e concordo em participar da mesma, desde que meu pai/mãe (responsável) concorde com esta participação.

_____ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Alissianny Haman Fogagnoli, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Alissianny Haman Fogagnoli

Endereço: rua Mato Grosso, 2662 – Apto. 02

Fone: (45) 9930-3278 ou E-mail: alissianny@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

**APÊNDICE B: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA
PESQUISA ENVIADA PARA A SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE
CAMPO MOURÃO**

Campo Mourão , 06 de março de 2012.

Ilma. Sra.

Rita de Cássia Cartelli de Oliveira

Secretária de Educação do Município de Campo Mourão.

Prezada Senhora

Venho por meio desta solicitar autorização para realizar a pesquisa intitulada “Análise das relações entre transtorno de desenvolvimento de coordenação, percepção de competência e qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos de um município da Região Noroeste do Paraná”, sendo Campo Mourão este município. Esta pesquisa é referente à dissertação do Programa de Mestrado em Educação Física da Universidade Estadual de Maringá - UEM . A pesquisa consiste em uma avaliação motora e aplicação de dois questionários para os escolares envolvidos com a mesma (conforme descrição detalhada no projeto em anexo).

Neste sentido, solicito a vossa senhoria autorização para a realização da coleta de dados nas instituições escolares do seu município. O projeto será realizado por mim, Alissianny Haman Fogagnoli e orientado pela Prof. Dra. Christi Noriko Sonoo.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente

Alissianny Haman Fogagnoli
(45) 9930-3278
E-mail: alissianny@gmail.com

**APÊNDICE C: OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO PESQUISA
EMITIDO PELA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPO
MOURÃO**


Município de Campo Mourão


Cidade Escola Campo Mourão

Ofício Nº 06/2012 Campo Mourão, 17 de março de 2012.

Prezada Senhora:

Em resposta a solicitação de Vossa Senhoria referente a pesquisa intitulada "Análise das relações entre transição de desenvolvimento de cocçãoção, percepção da competência e qualidade de vida escolares de 8 a 10 anos de um município na Região Sudoeste do Paraná" informamos que:

A Secretaria de Educação, representada pelo Ms. Profº Rito de Cassia Carlini de Oliveira autoriza a realização da referida pesquisa.

Solicitamos para vossa senhoria em nome para apoio a Equipe Multiprofissional da Secretaria Municipal de Educação fone: 41 33237676 ramais 38 e 70 e-mail: gisa_nelli@hotmail.com

Colocamo-nos as disposições para maiores esclarecimentos e contribuições que se fizerem necessárias.

Atenciosamente


 Ms. Profº Rito de Cassia Carlini de Oliveira
 Secretária Municipal de Educação

Dina Barbara
 Associação Paulista Brasileira
 Associação da Universidade Estadual de Maringá

Fone/fax: +55 - Rio Brasil, 807 - Campo Mourão - Paraná - Caixa Postal 420 - CEP 87500-140
 Secretaria Educação: Av. Domênico de Moraes Marcondes - 820 - Campo Mourão - Paraná - CEP 87500-100



**APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO E INFORMATIVO PARA A
INSTITUIÇÃO**

ALISSIANNY HAMAN FOGAGNOLI, mestranda do Programa de Pós Graduação Associado em Educação Física UEM/UEL, requer a utilização do espaço físico da Escola _____, situada no município de Campo Mourão, para desenvolver o estudo intitulado “Análise das relações entre transtorno do desenvolvimento da coordenação, percepção de competência e qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos de um município da região noroeste do Paraná”.

As atividades programadas serão; a aplicação de dois questionários e uma bateria de testes motores. Os materiais serão fornecidos pela pesquisadora. O estudo prevê o espaço físico e a solicitação para retirar as crianças de sala por 20 a 30 minutos.

Em qualquer caso de lesão, por parte das crianças, as providências serão tomadas pela pesquisadora.

Eu, _____ pós ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a professora Alissianny Haman Fogagnoli, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE e AUTORIZO** a utilização do espaço físico da escola que sou responsável.

Campo Mourão _____, _____, 2012

Diretor (a)

APÊNDICE E: FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ IDADE: _____

ESCOLA: _____

Pratica algum tipo de dança?

 sim Qual? _____ Quantas vezes na semana? _____ não

Pratica algum tipo de esporte?

 sim Qual? _____ Quantas vezes na semana? _____ não

Costuma brincar na rua ou na praça?

 sim não

Quanto tempo por dia passa assistindo TV? _____

Quanto tempo por dia passa no computador ou no videogame?

Quais os tipos de brincadeiras que seu filho (a) mais parece gostar?
