

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTONIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA DE LAGARTO**

O PAPEL DA DANÇA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

**DAIANY COSTA DE JESUS DOS SANTOS
EVANILZA TEIXEIRA ADORNO**

**Lagarto-SE
2017**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237o Santos, Daiany Costa de Jesus dos
O papel da dança em crianças com síndrome de down / Daiany Costa de Jesus dos Santos, Evanilza Teixeira Adorno ; orientadora Lavínia Teixeira Machado. - Lagarto, 2017.
51 f. : il.

Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Síndrome de down. 2. Transtorno do espectro autista. 3. Dança. 4. Socialização. I. Adorno, Evanilza Teixeira. II. Machado, Lavínia Teixeira, Orient. III. Título.

CDU 615.8:793.3-053.2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTONIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA DE LAGARTO

O PAPEL DA DANÇA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

DAIANY COSTA DE JESUS DOS SANTOS
EVANILZA TEIXEIRA ADORNO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Fisioterapia do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como um dos requisitos para graduação em Fisioterapia, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Lavínia Teixeira-Machado.

Lagarto-SE

2017

DAIANY COSTA DE JESUS DOS SANTOS
EVANILZA TEIXEIRA ADORNO

O PAPEL DA DANÇA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Fisioterapia do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como um dos requisitos para graduação em Fisioterapia, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Lavínia Teixeira-Machado.

Lagarto, 12 de Junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a: Lavínia Teixeira-Machado (Orientação)

Prof. Dr.^a: Iandra Maria Pinheiro de França

Prof. M.e. Isabela Azevedo Freire Santos

RESUMO

Objetivo: Analisar os efeitos da dança nos aspectos psicossociais, funcionais e na qualidade de vida de crianças com Síndrome de Down (SD). **Metodologia:** série de casos realizados com onze crianças, com faixa etária de 3 a 12 anos, com diagnóstico clínico de SD, submetidas a protocolo de dança, durante dezesseis sessões/aulas, em dias alternados, com duração de 60 minutos, em local apropriado para a execução da intervenção. Os participantes foram submetidos aos seguintes instrumentos de avaliação: Medida de Independência Funcional (MIF), *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), Inventário SF – 36 e Inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática (Inquérito CAP). **Resultados:** onze participantes concluíram o estudo; verificou-se melhora no aspecto de comunicação, socialização, memória, afetividade, independência funcional e qualidade de vida nos participantes do estudo. **Conclusão:** Foi demonstrada a influência positiva da dança no desenvolvimento funcional, psicossocial e na qualidade de vida dos participantes.

Palavras-chave: Síndrome de Down. Transtorno do Espectro Autista. Dança. Socialização.

ABSTRACT:

Aim: To analyze the effects of dance in psychosocial and functional aspects and quality of life in children with Down syndrome (DS). **Methods:** serial cases in children with age between 3 to 12 years old, DS, were underwent to dance protocol, during 16 sessions/lessons, lasting 60 minutes, every other day, in suitable place. The participants were submitted of the following measures: Functional Independence Measure (FIM), Childhood Autism Rating Scale (CARS), SF-36 quality of life survey, and Knowledge, Attitude and Practice Inquiry (KAP Inquiry). **Results:** eleven participants concluded the study; changes were observed in relation to communication, socialization, memory, affectivity, functional independence and quality of life in all of the participants. **Conclusion:** The influence of dance was demonstrated in functional and psychosocial development and quality of life of the participants.

Keywords: Down Syndrome. Autism Spectrum Disorder. Dance. Socialization.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. METODOLOGIA.....	10
2.1. Delineamento do estudo	10
2.2. Amostra.....	10
2.3. Considerações éticas.....	10
2.4. Protocolo do estudo	11
2.5. Instrumentos de avaliação	11
2.6. Avaliação e Reavaliação	11
2.6.1 Funcionalidade.....	11
2.6.2 Qualidade de vida	12
2.6.3 Auto avaliação	12
2.6.4 Graduação do autismo.....	12
2.6.5 Análise estatística.....	14
2.6.6 Análise do discurso.....	14
3. RESULTADOS.....	14
4. DISCUSSÃO.....	16
5. CONCLUSÕES.....	19
6. REFERÊNCIAS.....	21
7. APÊNDICES.....	24
7.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	24
7.1.1. Ficha de anamnese.....	26
8. ANEXOS.....	28
8.1. <i>Childhood Autism Rating Scale (CARS)</i>	28

8.2. Medida de Independência Funcional (MIF).....	38
8.3. Inquérito CAP	40
8.4. SF- 36	41
8.5. Normas para submissão na Revista	47
8.6. CAAE.....	51

O PAPEL DA DANÇA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

THE ROLE OF DANCE IN CHILDREN WITH DOWN SYNDROME

EL PAPEL DE LA DANZA EN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Evanilza Teixeira Adorno¹, Daiany Costa de Jesus dos Santos¹, Lavínia Teixeira-Machado².

¹Acadêmicos em Fisioterapia na Universidade Federal de Sergipe; ²Professora Dr^a. Adjunta do Departamento de Educação em Saúde;

Resumo

Objetivo: Analisar os efeitos da dança nos aspectos psicossociais, funcionais e na qualidade de vida de crianças com Síndrome de Down (SD). **Metodologia:** série de casos realizados com onze crianças, com faixa etária de 3 a 12 anos, com diagnóstico clínico de SD, submetidas a protocolo de dança, durante dezesseis sessões/aulas, em dias alternados, com duração de 60 minutos, em local apropriado para a execução da intervenção. Os participantes foram submetidos aos seguintes instrumentos de avaliação: Medida de Independência Funcional (MIF), *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), Inventário SF – 36 e Inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática (Inquérito CAP). **Resultados:** onze participantes concluíram o estudo; verificou-se melhora no aspecto de comunicação, socialização, memória, afetividade, independência funcional e qualidade de vida nos participantes do estudo. **Conclusão:** Foi demonstrada a influência positiva da dança no desenvolvimento funcional, psicossocial e na qualidade de vida dos participantes.

Palavras-chave: Síndrome de Down. Transtorno do Espectro Autista. Dança. Socialização.

Abstract

Aim: To analyze the effects of dance in psychosocial and functional aspects and quality of life in children with Down syndrome (DS). **Methods:** serial cases in children with age between 3 to 12 years old, DS, were underwent to dance protocol, during 16 sessions/lessons, lasting 60 minutes, every other day, in suitable place. The participants were submitted of the following measures: Functional Independence Measure (FIM), *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), SF-36 quality of life survey, and Knowledge, Attitude and Practice Inquiry (KAP Inquiry). **Results:** eleven participants concluded the study; changes were observed in relation to communication, socialization, memory, affectivity, functional independence and quality of life in all of the participants. **Conclusion:** The influence of dance was demonstrated in functional and psychosocial development and quality of life of the participants.

Keywords: Down Syndrome. Autism Spectrum Disorder. Dance. Socialization.

Resumen:

Objetivo: Analizar los efectos de la danza en los aspectos psicossociales, funcionales y en la calidad de vida de los niños con Síndrome de Down (SD). **Metodología:** serie de casos realizados con once niños, con rango de edad de 3 a 12 años, con diagnóstico clínico de SD, sometidas a protocolo de danza, durante dieciséis sesiones / clases, en días alternos, con una duración de 60 minutos, en un lugar apropiado Para la ejecución de la intervención. Los participantes fueron sometidos a los siguientes instrumentos de evaluación: Medida de Independencia Funcional (MIF), *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), Inventario SF - 36 e Encuesta de Conocimiento, Actitud y Práctica (Encuesta CAP). **Resultados:** once

participantes concluyeron el estudio; Se verificó una mejora en el aspecto de comunicación, socialización, memoria, afectividad, independencia funcional y calidad de vida en los participantes del estudio. Conclusión: Se ha demostrado la influencia positiva de la danza en el desarrollo funcional, psicosocial y en la calidad de vida de los participantes.

Palabras clave: Síndrome de Down. Trastorno del Espectro Autista. Baile. Socialización.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) é uma desordem cromossômica caracterizada pela trissomia do cromossomo 21. A SD apresenta hipotonia muscular generalizada como uma característica frequente, que interfere na coordenação dos movimentos e reações posturais que levam a alterações de equilíbrio, acompanhada de retardo mental que infere no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) (DEFILIPO *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2015). Atraso no DNPM é algo esperado em indivíduos com SD; nestes, a evolução depende não só da maturação do sistema nervoso central (SNC), como também da biologia, comportamento e ambiente no qual está inserido (TORQUATO *et al.*, 2013).

Estudos recentes indicam um aumento do risco de Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças com SD. Tem sido demonstrado que muitas crianças com SD atendem também aos critérios do TEA, principalmente nas áreas de comportamento, emoção, hiperatividade e atenção. O diagnóstico diferencial ainda representa um grande desafio, pois muitas das crianças apresentam sobreposição de sintomas, limitação em habilidades cognitivas, sociais e de comunicação (NAERLAND *et al.*, 2016).

O TEA trata-se de uma condição que prejudica as áreas responsáveis pelo desenvolvimento da interação social e da linguagem, além da presença de comportamentos repetitivos e estereotipados. Essas manifestações irão aparecer de acordo com a individualidade de cada criança, variando de acordo com seu nível de desenvolvimento e idade cronológica (SANINI; SIGUETES; BOSA, 2013). Além disso, a criança autista apresenta danos relevantes na sua capacidade de imitação e utilização espontânea de gestos descritivos, que dificulta a obtenção de comportamentos complexos (TEIXEIRA-MACHADO, 2015). A potencialização da atividade cerebral da criança com SD associada à TEA pode ser feita através de exercícios terapêuticos, dança, jogos e atividades lúdicas que produzam estímulos capazes de levar o indivíduo a experimentar e adquirir novas habilidades (PERUZZOLO; COSTA, 2015).

A fisioterapia deve ser iniciada precocemente, de forma a contribuir na aquisição dos marcos motores e no desenvolvimento cognitivo e do sistema sensório-motor, pois tem como objetivo estimular a aquisição das etapas do aprimoramento neuropsicomotor, proporcionando à criança maior funcionalidade para seu cotidiano, estimulando e facilitando as reações posturais necessárias para o desempenho das etapas de desenvolvimento normal, e a prevenção das instabilidades articulares e deformidades ósseas (MELLO; RAMALHO, 2015).

Pesquisas demonstram o quão favorável é a dança no desenvolvimento de quem a pratica, mas infelizmente os estudos em pessoas com SD são escassos. Segundo o Conselho

de Artes da Inglaterra (2006) “qualquer um pode praticar a dança, independentemente da sua idade, de estarem ou não incapacitados, de ter praticado ou não a dança, e qualquer que seja sua forma e dimensão”.

A dança potencializa os benefícios físicos que auxiliam no desenvolvimento neuropsicomotor da criança com SD, seja associada à TEA ou não, na aprendizagem de habilidades corporais, a partir de emoções despertadas pelo movimento, proporcionando coordenação, força, resistência e habilidades motoras, como: velocidade da marcha, equilíbrio e flexibilidade, aspectos que influenciam, substancialmente, a percepção corporal, orientação espaço-temporal, comunicação; além de reduzir a ansiedade e aumentar a autoestima, a autoconfiança e a qualidade de vida (REINDERS; BRYDEN; FLETCHER, 2015).

A fusão desses benefícios oportunizados pela dança, a torna uma atividade propícia, que pode ser ofertada à comunidade com ou sem deficiência. Um fator primordial que a dança possibilita é a aprendizagem neuropsicomotora: um processo cíclico e contínuo que apoia a igualdade entre os praticantes e permite adaptação das pessoas às suas necessidades básicas. A dança traz consigo a concepção de uma aprendizagem colaborativa, com a finalidade de incentivar a autonomia dos indivíduos (FARIAS; TEIXEIRA-MACHADO, 2016; REINDERS; BRYDEN; FLETCHER, 2015).

Esta educação viabiliza a aprendizagem por meio da iniciativa do próprio indivíduo dentro de suas ações corporais (FARIAS; TEIXEIRA-MACHADO, 2016). Esta arte-educação é uma aliada no contexto do aprendizado, pois busca contribuir na formação da personalidade dos indivíduos através de tendências culturais, educativas e lúdicas, sem se preocupar necessariamente com a formação de artistas, colaborando para a formação de cidadãos ativos, participantes da construção e estruturação da sociedade (MACCARI, 2011).

A educação de pessoas com SD e TEA ainda representa um grande desafio no Brasil. Estes indivíduos apresentam manifestações comportamentais que podem ocasionar um entrave na inclusão social, caso não haja um ambiente adequado para recebê-los. Nota-se, portanto, a necessidade de estudos que mostrem a importância da educação de pessoas com deficiência, uma vez que a maioria das pesquisas publicadas são sobre estudos de caso com poucos participantes, insuficientes para generalizações (OLIVEIRA; PAULA, 2012).

Apesar do assunto ser pouco abordado, existe pouco conhecimento na literatura referente ao manejo de crianças com SD com ou sem características do TEA. É grande a dificuldade em encontrar estudos robustos, como meta-análises e revisões sistemáticas. Os poucos achados são referentes a ensaios clínicos que mostram intervenções fisioterapêuticas e lúdicas aplicadas a esse público (GRIFFITH *et al.*, 2010; WANER *et al.*, 2014; LIFSHITZ-

VAHAV; SCHNITZER; MASHAL, 2015; MOSS, 2016; NAERLAND *et al.*, 2016; NORTON *et al.*, 2016; OXELGREN *et al.*, 2016; WARNER *et al.*, 2016; LANGSDORFF *et al.*, 2017; RACHUBINSKI *et al.*, 2017).

São notáveis as dificuldades encontradas pelos pais e/ou cuidadores desses indivíduos e dos profissionais, tanto na área da saúde quanto de ensino, em estimular a motricidade, cognição e interação social dessa população, principalmente por falta de informação e conhecimento sobre a temática. Além disso, tanto a sociedade como a família, têm sérias dificuldades de comunicação e inserção social (VERAS, 2012), fato que despertou a busca pelo cuidado nesta amostra.

Portanto, o objetivo do estudo foi verificar a influência e o impacto da dança na comunicação, na funcionalidade e na qualidade de vida na SD associada ou não ao TEA.

2 METODOLOGIA

2.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo série de casos por pesquisa-ação, em que foram avaliados 11 participantes, dos quais 2 apresentavam TEA, na faixa etária de 3 a 12 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de SD. Seis investigadores estiveram envolvidos no estudo; os mesmos foram treinados para o procedimento de padronização das avaliações. Os investigadores 1, 2 e 3 foram responsáveis pelas avaliações pré e pós intervenção. Os investigadores 4 e 5 aplicaram os protocolos de estudo em todos os participantes. O investigador 6 realizou a análise estatística sem ter conhecimento dos participantes.

2.2 Amostra

Os critérios de inclusão para a amostra foram: crianças com SD com idade entre 3 e 12 anos, ambos os sexos, que participassem apenas de tratamento fisioterapêutico através de Cinesioterapia e/ou dança e que aceitassem participar do estudo. Foram excluídos do estudo crianças que realizavam outros tipos de terapia com diferentes técnicas não propostas nos critérios de inclusão do estudo, e crianças que apresentassem algum tipo de cardiopatia ou neoplasia, que as impedissem de realizar a avaliação dos instrumentos e a aplicação do protocolo de estudo.

2.3 Considerações éticas

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos e legais, sendo iniciada apenas após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº CAAE: 06154012.4.0000.0058, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável do menor (Apêndice A).

2.4. Protocolo do estudo

Os participantes realizaram aulas de dança, com duração de sessenta minutos, duas vezes por semana, em dias alternados, num período de 16 sessões constando de quatro séries com oito repetições, para: coordenação motora e temporal, imagem corporal, propriocepção, destreza e agilidade, orientação espaço-temporal e noções de equilíbrio. As aulas eram divididas em: aquecimento, desenvolvimento e relaxamento. Durante o desenvolvimento, eram criadas montagens coreográficas para apresentações públicas. A coleta de dados, assim como o estudo, foram desenvolvidos em uma sala climatizada, equipada com aparelho de som, tatame, espelhos e barras paralelas.

2.5. Instrumentos de avaliação

Uma ficha de avaliação foi utilizada no início do estudo para a coleta de dados demográficos (nome, idade, peso, altura, índice de massa corporal, cor, história da doença atual, história da doença pregressa, antecedentes familiares, história fisiológica, história social) e registro de informações relacionadas às atividades funcionais dos participantes da pesquisa (ARAUJO; BUCHALLA, 2015) (Apêndice B).

2.6. Avaliação e reavaliação

2.6.1 Funcionalidade

A avaliação da funcionalidade foi realizada por intermédio da Medida de Independência Funcional (MIF) que subdivide-se em duas dimensões totalizando uma pontuação mínima de 18 e máxima de 126 pontos, abrangendo seis domínios: autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, função cognitiva e ajustamento psicossocial. O escore contém a pontuação de 7 pontos para a independência total e 1 ponto para a dependência completa, para cada item da avaliação. Inicialmente a MIF foi desenvolvida para avaliar a funcionalidade do adulto, mas ela também pode avaliar a independência funcional de diferentes faixas etárias desde a infância até a velhice e restrições funcionais de diversas origens, classificando-os em sua capacidade de realizar determinada atividade em relação à

sua necessidade mediante o uso de dispositivos auxiliares e/ou outras pessoas (RIBERTO *et al.*, 2004; BORGES, 2006) (Anexo B).

2.6.2 Qualidade de vida

Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o Inventário SF-36 (Figura 1). O mesmo inclui uma escala multi-item que acessa oito conceitos: 1) limitações na atividade física, devido a problemas de saúde; 2) limitações na atividade social, devido a problemas físicos e emocionais; 3) limitações nas atividades usuais, devido a problemas físicos de saúde; 4) dor corporal; 5) saúde mental geral (estresse psicológico e bem-estar); 6) limitações nas atividades, devido a problemas emocionais; 7) vitalidade (energia e fadiga); e 8) percepção da saúde geral. As questões são designadas para um fácil entendimento e relevante para a maioria das pessoas (PROENÇA *et al.*, 2012). O mesmo foi aplicado com os responsáveis pelos participantes, pois estes eram incapazes de responder (Anexo D).

2.6.3 Auto avaliação

A avaliação da eficácia do projeto de pesquisa proposto foi feita mediante entrevistas baseadas no inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática). As perguntas retrataram o conhecimento, a atitude e a prática para medir o “*know-how*”, o sentir e o agir dos participantes acerca das ações propostas por este estudo, para prover diagnóstico nas seguintes dimensões: educacional (memória, destreza, concepção e compreensão dos movimentos corporais apreendidos); emocional (atitudes relacionadas à capacidade de opinar, predispor-se, acreditar e ter sentimentos em relação ao contexto avaliado); social (envolve a prática em si, dos domínios afetivo, cognitivo e psicomotor – é a tomada de decisão para execução da ação) (MARINHO *et al.*, 2003; ANDRADE *et al.*, 2014) O mesmo foi aplicado com os responsáveis pelos participantes, pois estes eram incapazes de responder. (Anexo C).

2.6.4 Graduação do autismo

Durante as intervenções, foi possível notar que alguns participantes apresentavam comportamentos peculiares como agressividade, movimentos repetitivos e dificuldade de socialização. A partir disso, percebeu-se a necessidade da utilização de um instrumento de avaliação do TEA, já que existem estudos recentes que comprovam a incidência desta condição associada à SD (WARNER *et al.*, 2014). Para tal foi utilizado o *Childhood Autism Rating Scale* (CARS).

A CARS é um instrumento de classificação do grau do autismo entre leve-moderado e grave, amplamente utilizado no meio científico e validado no Brasil (PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008), diferenciando as crianças com prejuízo no desenvolvimento das crianças sem autismo.

Esta escala é composta de 15 itens, mostrando questões a respeito de relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal e de objetos, resposta a mudanças, resposta visual e auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal e não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. A pontuação é gerada a partir de uma escala de 7 pontos que varia de 1 a 4 com valores intermediários de meio ponto. E a soma dos resultados varia de: 15-30 (sem autismo); 30-36 (autismo leve-moderado); e 36-60 (autismo grave) (PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008) (Anexo A).

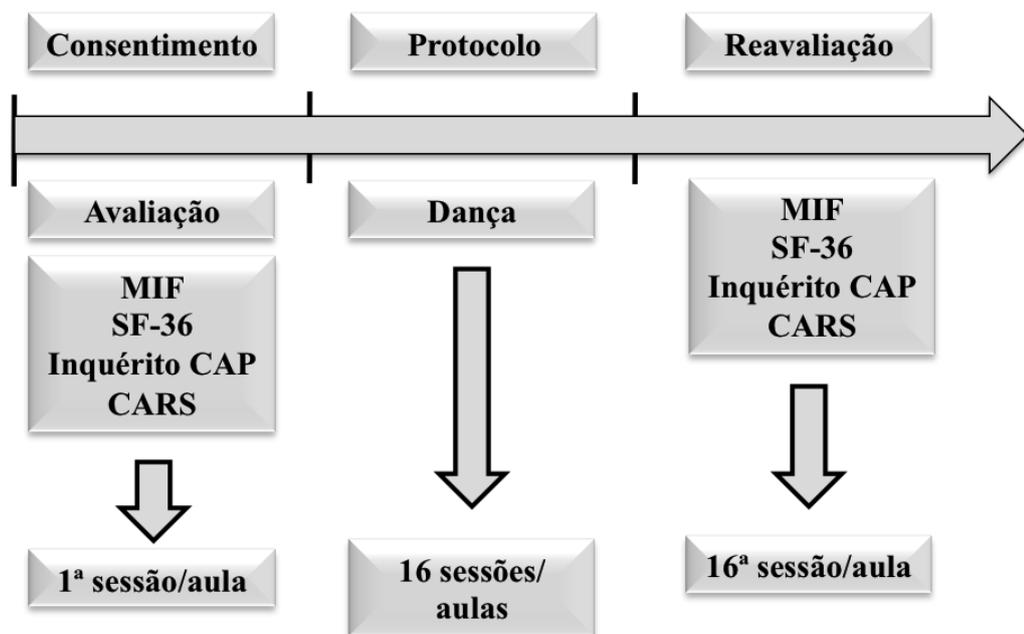


Figura 1: linha do tempo do protocolo de estudo. MIF: Medida de independência funcional. SF-36: questionário de qualidade de vida. Inquérito CAP: Inquérito sobre conhecimento, atitude e prática. CARS: *Childhood Autism Rate Scale*.

2.6.5. Análise estatística

Os dados coletados foram, inicialmente, transportados para uma planilha de dados do programa Excel for Windows 2010, e posteriormente para o programa SPSS, versão 19, para as seguintes análises: (a) descritiva: com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média) e dispersão (desvio-padrão); (b) coeficiente alfa de *Cronbach* – utilizado para verificar a homogeneidade ou acurácia dos itens do instrumento, ou seja, sua confiabilidade;

(c) de comparação: teste T. Os dados com valor de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

2.6.6. Análise do discurso

A análise do discurso foi realizada a partir dos depoimentos coletados durante a aplicação do Inquérito CAP. O discurso é um objeto linguístico e histórico e para entendê-lo é necessário que esses dois elementos sejam analisados simultaneamente. A análise do discurso oferece recursos para a reflexão referente a estrutura e a geração do sentido do texto, além de enriquecer a interpretação dos sentidos e descobrir as marcas ideológicas e estruturais do texto (GREGOLIN, 1995).

3 RESULTADOS

Tabela 1: Dados sociodemográficos no início do estudo.

Dados	N=11
Idade (anos)	10,54±1,09
Feminino	10
Masculino	1
Altura (m)	1,35±0,03
Peso (kg)	42,36±3,18
IMC (kg/m ²)	22,80±1,11
Medicações em uso	
Carbamazepina 500mg/comprimido/dia	1
Fluoxetina 20mg / comprimido/dia	1
Risperidona 1mg ou 3mg/ 4 gotas/dia	1
Puran T4 88mg / comprimido/dia	1
Média±DP.	

A figura 2 mostra os resultados obtidos através da MIF no início e no final da intervenção. A partir da análise da figura, nota-se que os participantes obtiveram aumento em todos os domínios da MIF, obtendo significância ($p < 0,05$) nos aspectos autocuidado, controle de esfíncteres, locomoção e comunicação.

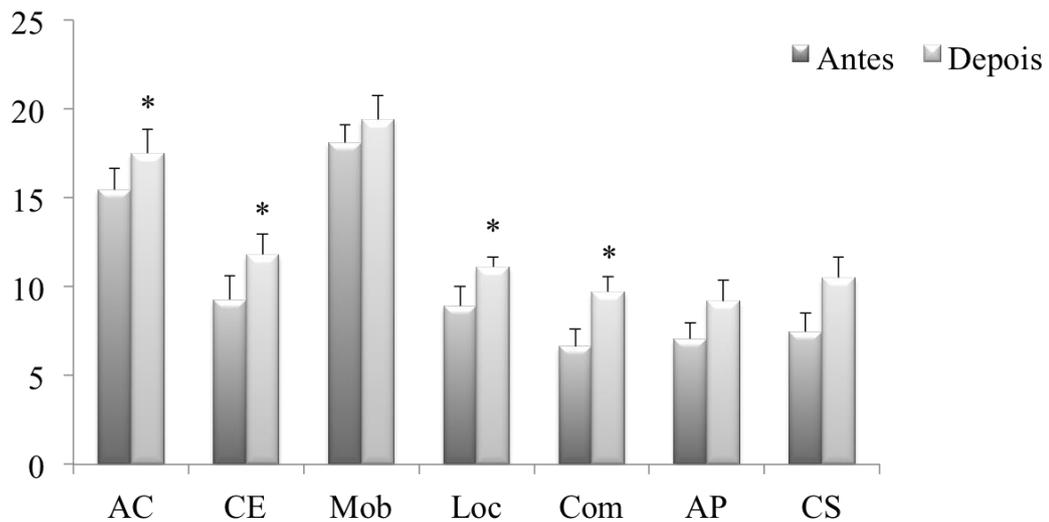


Figura 2: Valores da Medida de Independência Funcional (MIF) dos participantes antes e após as aulas de dança. AC: autocuidado, CE: controle de esfíncteres, Mob: mobilidade, Loc: locomoção, Com: comunicação, AP: ajustes psicossociais, CS: cognição social. Teste T, * $p < 0,05$; média \pm DP.

Observa-se na figura 3 resultados expressivos em relação a diversos domínios. Nota-se aumento ($p < 0,03$) na capacidade funcional, vitalidade, saúde mental e ($p < 0,003$) nos aspectos físicos, sociais e estado geral de saúde.

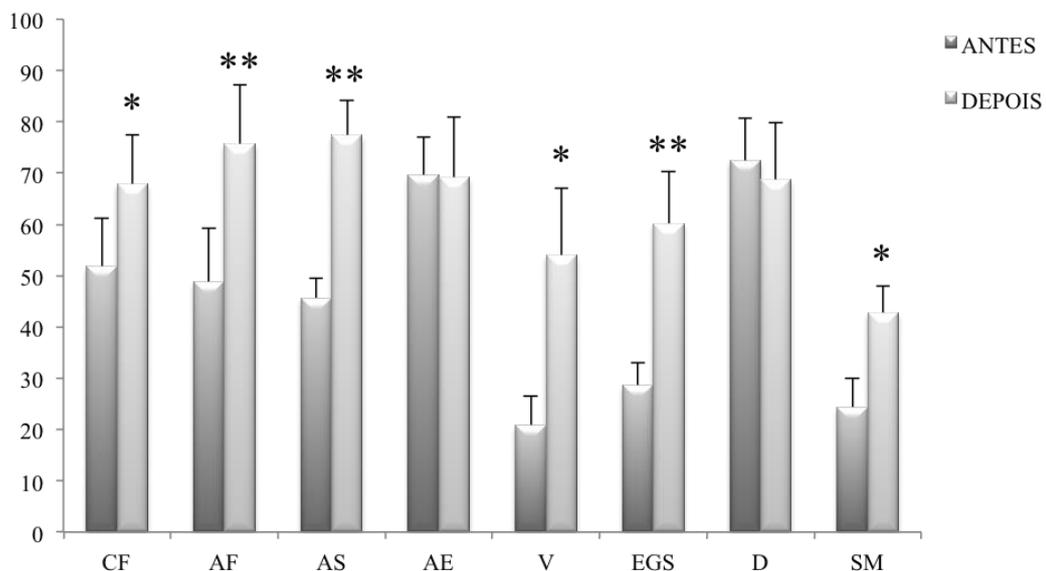


Figura 3: Valores dos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36, realizado com as mães dos participantes, antes e após as aulas de Dança. CF: capacidade funcional, AF: aspectos físicos, AS: aspectos sociais, AE: aspectos emocionais, V: vitalidade, EGS: estado geral da saúde, D: dor, SM: saúde mental. Teste T, * $p < 0,03$, ** $p < 0,003$.

A partir da aplicação da escala, foi evidenciada a presença de autismo grave em dois dos onze participantes do estudo, um com 44 e o outro com 42 pontos. Os mesmos já possuíam diagnóstico clínico de TEA. Os demais participantes do estudo apresentavam traços autistas porém não possuíam diagnóstico. Após a intervenção, um dos dois participantes obteve diminuição na graduação do TEA passando de grave (42 pontos) para leve-moderado (36 pontos). Esse progresso foi demonstrado não só através do CARS, como também se tornou visível para os avaliadores no momento das intervenções, pois atitudes como agressividade, aversão ao toque e reações verbais exacerbadas como gritos e xingamentos foram diminuindo ao passar do tempo.

Nos depoimentos realizados pelos pais dos participantes do presente estudo, pode-se notar o quão difícil foi receber essa notícia, principalmente pela forma como ela foi passada, além dos sentimentos ao ouvir o diagnóstico clínico final:

“Eu fiquei triste, não porque ele tem Síndrome de Down, foi pela maneira que me falaram: “você não está vendo que ele tem Síndrome de Down, não?”!”;

“Fiquei muito triste. Tive medo de não ser uma mãe capaz, mas hoje eu vejo que consigo”;

“Fiquei surpresa, porque eu pensava que ela só era portadora de Down, mas depois foi descoberto que ela tinha autismo também. Até hoje ainda procuro descobrir o que é e não consigo. Procurei médico e ainda procuro até hoje.”;

“O mundo desabou, fiquei triste”;

“Fiquei triste até me acostumar, foi muito difícil. Procurei recursos, médicos para ver se encontrava alguma pessoa que me ajudasse a lidar com esse problema que eu não entendo”.

4 DISCUSSÃO

Independência funcional

Através dos resultados observados na MIF, constatou-se o que foi observado clinicamente nas aulas de dança, principalmente nos quesitos locomoção e mobilidade. Durante as aulas de dança, os participantes começaram a executar funções que antes não eram vistas pelos avaliadores nem pelos pais, como por exemplo, passar menos tempo em sedestação, engatinhar, ajoelhar-se e subir degraus sem ajuda. Apesar de serem movimentos aparentemente simples, ao se tratar de crianças com SD, esses movimentos tornam-se complexos, devido ao atraso no desenvolvimento motor desses indivíduos; e isso inclui realizar movimentos comuns para a sua idade.

O protocolo de dança era composto por exercícios que estimulavam as crianças a executarem movimentos funcionais essenciais para sua vida cotidiana. Logo nas duas primeiras aulas elas já conseguiam engatinhar e subir degraus com o mínimo de auxílio possível, por exemplo. Essas evoluções eram percebidas principalmente pelos seus pais, que

sempre relatavam que suas crianças conseguiam executar tarefas que antes não eram possíveis de serem percebidas, como pegar um objeto no chão ou subir um lance de escadas sem necessitar de ajuda. Ao final do protocolo, essas evoluções se tornaram ainda mais evidentes, como vislumbradas na Figura 2.

Segundo Jobling, Virji-Babul & Nichols (2006), as intervenções para esta população devem ser criativas e estimulantes, pois se sustentar em condutas terapêuticas repetitivas e desinteressantes em crianças com SD impossibilita o prognóstico e o alcance da meta traçada pelo profissional de saúde para a aquisição de habilidades neuropsicomotoras.

Então, a criatividade e a auto expressão presentes na dança são fundamentais no processo de aprendizagem dessas crianças. A dança é capaz de ensinar a criança com SD a se comunicar com os outros, além de estimular a criação da linguagem e de movimentos, assim como o desenvolvimento da consciência, permitindo que explorem o que está ao redor, tornem-se mais independentes, estimulem a criatividade e sejam capazes de resolver problemas.

A evolução dos participantes na dança foi crescente e notória, principalmente no que diz respeito à interação social, concentração, memória e comunicação. Isto vislumbra a importância da dança como importante aliada do desenvolvimento neuropsicomotor da criança com SD.

Os aspectos funcionais, psicossociais e a afetividade

O presente estudo mostrou a importância da dança na vida dos participantes com SD, reforçando o que Reinders, Bryden & Fletcher (2015) demonstram em seu estudo nos aspectos funcionais, psicossociais, incluindo a afetividade. Durante as aulas de dança, além do aprimoramento motor e funcional (foco da intervenção fisioterapêutica), percebeu-se desenvolvimento nos aspectos sociais, ressaltando a comunicação e a interação social.

Em relação à funcionalidade, foram perceptíveis ganhos motores, tais como: permanecer por longos períodos nas posturas, sentada, em pé, de joelhos, entre outras; transferências, na maioria das vezes sem auxílio, obedecendo apenas aos comandos verbais, quando necessitados.

Os aspectos psicossociais merecem destaque, principalmente quando se trata da comunicação verbal e não verbal, além da memória dos participantes. A comunicação, com eles e entre eles, tornou-se mais fácil no decorrer das aulas; isso foi evidenciado na forma como eles entendiam o que lhes era dito. Outra questão avultada foi o despertar da capacidade de transmitir desejos através da comunicação não verbal. Embora a comunicação verbal dos

participantes ainda seja “precária”, isto não foi um empecilho para haver diálogo e criação de vínculo entre avaliadores e participantes.

A influência na memória, incluída no domínio cognição social da MIF, foi percebida principalmente pela capacidade dos participantes decorarem as sequências coreográficas, que eram ensaiadas para apresentações públicas. Este fato foi observado durante as aulas, pois quando a música iniciava, as crianças começavam a dançar a coreografia. Outro fato peculiar foi quando a música era cantada, elas dançavam e cantavam.

Alguns pais relataram melhora na memória de seus filhos, principalmente no sentido de localização (orientação espaço-temporal acionada nas aulas). Os efeitos foram além da intervenção com a dança, pois o relato dos pais era em relação ao percurso que faziam para as aulas de dança: se eles realizavam um percurso diferente do habitual, imediatamente a criança o puxava para o caminho ou comunicava que eles estavam indo por um lugar diferente do que era regularmente percorrido.

Reginatto (2013) traz em seu estudo a importância do afeto em todos os âmbitos do desenvolvimento de uma criança, baseado em teorias de importantes autores, como Piaget, Wallon, dentre outros (TAILLE; OLIVEIRA; DANTAS, 1992). O afeto é o alicerce para desenvolver diversos sentimentos essenciais para conviver em grupo e na sociedade, como o amor e a compreensão. Se uma criança é carente de afeição, a mesma demonstrará dificuldade em se relacionar e socializar com outras pessoas, o que acabará prejudicando sua aprendizagem e desenvolvimento.

Taille, Oliveira & Dantas (1992) alude que a afetividade é uma motivação para o desenvolvimento da cognição e que se complementa a razão, pois a afetividade é a fonte de energia que move a ação, e a razão torna o indivíduo capaz de identificar seus desejos, sentimentos e ter sucesso em suas ações.

Um marco importante ocorrido, foi a curiosidade e a aproximação de um dos participantes com outra criança, aparentemente numa condição física inferior à dele, o que despertou o afeto e a necessidade da atenção e do cuidado com o próximo. Durante as aulas de dança, era perceptível o interesse que partiu de um e foi retribuído pelo outro, singularmente quando ambos demonstravam o afeto refletido frente a frente, como se descobrissem algo fascinante um sobre o outro e vice-versa. Palavras não eram pronunciadas e nem eram necessárias, pois os dois descobriram uma forma de se comunicar apenas com o olhar, criando um laço afetivo entre eles.

Atitude e conhecimento: “Meu filho tem Down e agora? E TEA também? Como assim?”

Ao se deparar com a realidade da SD, cria-se um confronto, fruto de uma gama de estigmas preconceituosos, levando os pais a criarem barreiras que influenciarão diretamente no desenvolvimento desta criança. Esse processo desencadeia uma mudança de visão dos pais, pois o filho tão idealizado se transforma numa síndrome materializada, que, por vezes, recebe mais atenção do que o próprio filho, atrasando o processo de busca da conjuntura, por meios educacionais e terapêuticos, que evoquem o seu potencial desenvolvimento (VERAS, 2012).

Os relatos dos pais durante a aplicação do Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) reforça o que Veras (2012) traz em seu estudo. Reações como susto e indagação associados a sentimentos de medo, preocupação, desespero e ansiedade estiveram presentes no pensamento desses pais, que até então não estavam preparados para terem um filho com algum tipo de deficiência.

Warner *et al.* (2014) relata a dificuldade de encontrar participantes com o diagnóstico clínico de SD e TEA, principalmente na infância, pois as características autistas só são observadas tardiamente na infância e na maioria dos casos é descoberta durante a adolescência. As intervenções realizadas precocemente nessa população terão repercussões importantes na vida desses indivíduos.

A peculiaridade da prática de Dança

A partir da escolha de um ou mais estilos de dança que o indivíduo tenha interesse em aprender, ela pode ser configurada e apresentada de várias formas e para objetivos diversos. A dança promulga a expressão corporal, por estimular regiões cerebrais que envolvem a atenção, a previsão e a intenção de habilidades cognitivas, criativas e artísticas, que compõem o arcabouço pessoal e social de quem pratica (REINDERS; BRYDEN; FLETCHER, 2015).

Apesar do pequeno número de participantes, as mudanças na funcionalidade, na comunicação e na qualidade de vida foram satisfatórias, e demonstraram a necessidade de novos estudos com amostra maior e com desenho metodológico mais robusto, com comparações entre grupos com aplicação de diferentes intervenções que possam, assim como a dança, influenciar positivamente os aspectos acima elucidados.

5 CONCLUSÕES

O presente estudo pôde demonstrar a eficácia da dança na melhora da funcionalidade, comunicação, interação social e no que diz respeito às características da SD. As intervenções foram de extrema importância para o desenvolvimento neuropsicomotor dos participantes,

porém estudos com amostra maior, de preferência com comparação de intervenções, devem ser realizados, para averiguara influência da dança na melhora funcional e psicossocial da população estudada.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. **Mulheres solteiras e casadas e o uso do preservativo: o que sabem, pensam e praticam**. 2014. 104 f. Dissertação (dissertação de mestrado), Universidade Federal da Paraíba em João Pessoa, 2014.
- ARAÚJO, E. S.; BUCHALLA, C. M. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquiridos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 720-724, 2015.
- Arts Council England. *Dance and Health: The Benefits for People of All Ages*. 2006. Disponível em < [http:// www.artscouncil.org.uk/publication_archive/dance-and-health-the-benefits-for-people-of-allages/](http://www.artscouncil.org.uk/publication_archive/dance-and-health-the-benefits-for-people-of-allages/)>. Acesso em: 20 abr. 2017.
- BORGES, J. B.C. **Avaliação da medida de independência funcional – escala MIF – e da percepção da qualidade de serviço – escala SERVQUAL – em cirurgia cardíaca**. 2006. 117 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006.
- DEFILIPO, E. C. *et al.* Prevalência de instabilidade atlantoaxial e sua associação com sinais clínicos em crianças com Síndrome de Down. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 151-155, 2015.
- FARIAS, L. H. S de; TEIXEIRA-MACHADO, L. Behind the Dance: Educational, Emotional and Social Contexts in Down syndrome. **International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)**, India, v. 3, n. 1, p. 20-23, 2016.
- GALVÃO, I. **Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- GREGOLIN, M. R. V. Discurso, texto e sentido. **Revista Alfa**, São Paulo, v. 39, p. 13-21, 1995.
- GRIFFITH, G. M. *et al.* Using Matched Groupsto Explore Child Behavior Problems and Maternal Well-Being in Children with Down Syndrome and Autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**. Hanover, v. 40, p. 610-219. 2010.
- JOBLING, A.; VIRJI-BABUL, N; NICHOLS, D. “Childrenwith Down Syndrome: Discovering the Joy of Movement”. **Journal of Physical Education, Recreation and Dance**, Roston, v. 77, n. 6, p. 34-54, 2006.
- LANGSDORFF, L. C *et al.* Learning by exclusion in individual swith autism and Down syndrome. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, São Carlos, v. 30, n.9, p. 10, 2017.
- LIFSHITZ-VAHAV, H.; SCHNITZER, S.; MASHAL, N. Participation in recreation and cognitive activities asa predictor of cognitive performance of adults with/without Down syndrome. **Aging & Mental Health**, Londres, 09 jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1047322>>. Acesso em: 8 dez. 2016.

MACCARI, A. **Síndrome de Down: envolvimento com o ensino da arte e suas diferentes linguagens**. 2011. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Obtenção do grau em graduação no curso de Artes UNESC, Criciúma, 2011).

MARINHO, L. A. B. *et.al.* Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.

MELLO, B. C. C.; RAMALHO, T. F. Uso da realidade virtual no tratamento fisioterapêutico de indivíduos com Síndrome de Down. **Revista neurociências**, São Paulo, v. 23, n. 1, p 143-149, 2015.

MOSS, J.F. Autism spectrum disorder and attention-deficit–hyperactivity disorder in Down syndrome. **Developmental Medicine & Child Neurology**, Brimingham, v.59, n. 3, p. 240, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/dmcn.13261>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

NAERLAND, T. *et al.* Age and gender-related differences in emotional and behavior al problems and autistic features in children and adolescents with Down syndrome: a survey-based study of 674 individuals. **Journal of Intellectual Disability Research**, Malden, v. 61, n. 6, p. 594-603, 2016.

NORTON, M. *et al.* Respite Care, Stress, Uplifts, and Marital Quality in Parents of Children with Down Syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders**. Hanover, v. 46, n. 12, p. 3700-3711, 2016.

OLIVEIRA, J.; PAULA, C. S. Estado da arte sobre inclusão escolar de alunos com transtorno do espectro do autismo no Brasil. **Cadernos de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 53-65, 2012.

OXELGREN, U. W. *et al.* Prevalence of Autism and Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder in Down Syndrome: A Population-Based Study. **Developmental Medicine and Child Neurology**, Medford, v. 59, n. 3, p. 2276-283, 2016.

PEREIRA, A.; RIESGO, R.S.; WAGNER, M.B. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 6, p. 487-494, 2008.

PERUZZOLO, S. R.; COSTA, G. M. T da. Estimulação precoce: Contribuição na aprendizagem e no desenvolvimento de crianças com Deficiência Intelectual (DI). **Revista de Educação Ideau**, Rio Grande do Sul, v. 10, n. 21, 2015.

PROENÇA, A.F. *et al.* Estudo da qualidade de vida de portadores de Síndrome se Down. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/ Electronic Journal Collection Health**, Campinas, v. 4, n. 1, p. 212-228, 2012.

RACHUBINSKI, A. L. *et al.* The co-occurrence of Down syndrome and autism spectrum disorder: is it because of addition al genetic variations? **Prenatal Diagnosis**, Boston, v. 37, n. 1, p. 31-36, 2017.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Revista Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.72-76. 2004.

REINDERS, N.; BRYDEN, P. J.; FLETCHER, P. C. Dancing with Down syndrome: a phenomenological case study. **Research in Dance Education**. Londres, 20maio. 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1080/14647893.2015.1036018>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

REGINATTO R. A importância da afetividade no desenvolvimento e aprendizagem. **Revista de Educação do IDEAU**, Uruguai, v. 8, n. 18, p. 1-12, 2013.

SANINI, C.; SIFUENTES, M.; BOSA, C.A. Competência social e autismo: o papel do contexto da brincadeira com Pares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.29, n.1, p.99-105, 2013.

SOUZA, A. B. de *et al.* Caracterização do desempenho funcional de indivíduos com síndrome de Down. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 6; n. 1, p. 102-108, 2015.

TAILLE, Y. L.; OLIVEIRA, M. K; DANTAS, H. **Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão**. São Paulo: Summus, 1992.

TEIXEIRA-MACHADO, L. Dance therapy in Autism: a case report. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 205-211, 2015.

TORQUATO, J. A.*et al.* A aquisição da motricidade em crianças portadoras de Síndrome de Down que realizam fisioterapia ou praticam equoterapia. **Revista Fisioterapia em movimento**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 515-524, 2013.

VERAS, C. A. A. **A arte-Down, a educação especial e a cultura amazônica**. 2012. 286 f. Dissertação (título de mestre em Comunicação, Linguagens e Cultura), UNAMA, Belém, 2012.

WARNER, G. *et al.* Profiles of children with Down syndrome who meet screening criteria for autism spectrum disorder (ASD): a comparison with children diagnosed with ASD attending specialist schools. **Journal of Intellectual Disability Research**, Malden, v. 61, n. 1, p. 75-82, 2016.

WARNER, G. *et al.* Autism Characteristics and Behavioural Disturbances in ~ 500 Children with Down's Syndrome in England and Wales. **Autism Research**, Medford, v. 7, n. 4, p. 433-441, 2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de autorização para submissão de sessões terapêuticas de dança e cinesioterapia

NOME DO PROJETO: “O PAPEL DA DANÇA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN”.

RESPONSÁVEIS: Daiany Costa de Jesus dos Santos

Evanilza Teixeira Adorno

ORDENADORA: Prof^ª. Dr^ª. Lavinia Teixeira-Machado

COORDINADORA: Prof^ª. Dr^ª. Sheila Schneiberg Valença Dias

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo que será desenvolvido como Extensão no Campus da Saúde da Universidade Federal de Sergipe – UFS, cujos detalhes seguem abaixo.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA

As deficiências afligem pessoas, prejudicando sua inserção no convívio social. A prática da dança e da cinesioterapia pode atuar como um instrumento de auxílio para o aprimoramento das capacidades neuromotoras. Assim, objetivamos: 1) Verificar a influência da dança e da fisioterapia no desenvolvimento neuropsicomotor de pessoas com Síndrome de Down; 2) Investigar os benefícios da dança no desenvolvimento neuropsicomotor, bem como na interação social de pessoas com SD; 3) Avaliar os ganhos motores e neurais adquiridos através de técnicas fisioterapêuticas neuroevolutivas.

PROCEDIMENTO A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Você será submetido (a) a um estudo em que receberá aulas de dança com duração de 60 min cada. O critério para você participar do estudo é ter síndrome de Down, possuir idade entre 3 a 12 anos, não participar de outra terapia além de dança e cinesioterapia e ter interesse em participar do estudo.

Os procedimentos alternativos a que você será submetido (a), serão: avaliação neurofuncional e aspectos psicossociais.

BENEFÍCIOS ESPERADOS, RISCOS E PROCEDIMENTOS ALTERNATIVOS

Pela sua participação no estudo, benefícios que você poderá ter são: regulação do tônus muscular, melhora do equilíbrio, maior independência para realização de atividades de vida

diária. Os resultados deste estudo poderão trazer informações importantes para se aprimorar o tratamento de outras pessoas com casos iguais ao seu, no futuro.

OUTRAS INFORMAÇÕES

1 – Você tem a garantia de receber qualquer informação adicional ou esclarecimentos que julgar necessário, a qualquer tempo do estudo;

2 – Você estará livre para deixar o estudo a qualquer momento, mesmo que você tenha consentido em participar do mesmo inicialmente.

3 – As informações obtidas pelo estudo serão estritamente confidenciais, estando garantidos o seu anonimato e privacidade na apresentação ou divulgação dos resultados.

4 – Não haverá compensações financeiras, nem também qualquer tipo de custo adicional para você, sendo sua participação neste estudo absolutamente livre e voluntária.

Tendo lido, compreendido e estando suficientemente esclarecido sobre os propósitos do estudo a que fui convidado a participar, eu, _____,

Registro Geral _____ CPF: _____,

endereço _____, mãe/pai de _____

idade _____ anos, História Clínica _____,

concordo com o presente termo de consentimento pós-informação, datando e assinando abaixo.

Lagarto, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante ou responsável

Contato das responsáveis:

Discentes (alunas): (79) 99943-2163 (vivo) / (79) 99945-8206 (WhatsApp) ou (75) 99949-3995 (vivo) / (79) 99106-5523 (tim) (Evanilza)

Orientadora: (79)991385831 (Lavínia vivo)

APÊNDICE B**ANAMNESE****IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

NOME: _____

IDADE: _____ PESO: _____ SEXO: _____

ALTURA: _____ IMC: _____ DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____

NOME DA MÃE: _____

NOME DO PAI: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ CEL.: _____

E-MAIL: _____

🚦 DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: _____

🚦 ANAMNESE

1. QUEIXA

PRINCIPAL: _____

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: _____

3. HISTÓRIA DA DOENÇA PREGRESSA: _____

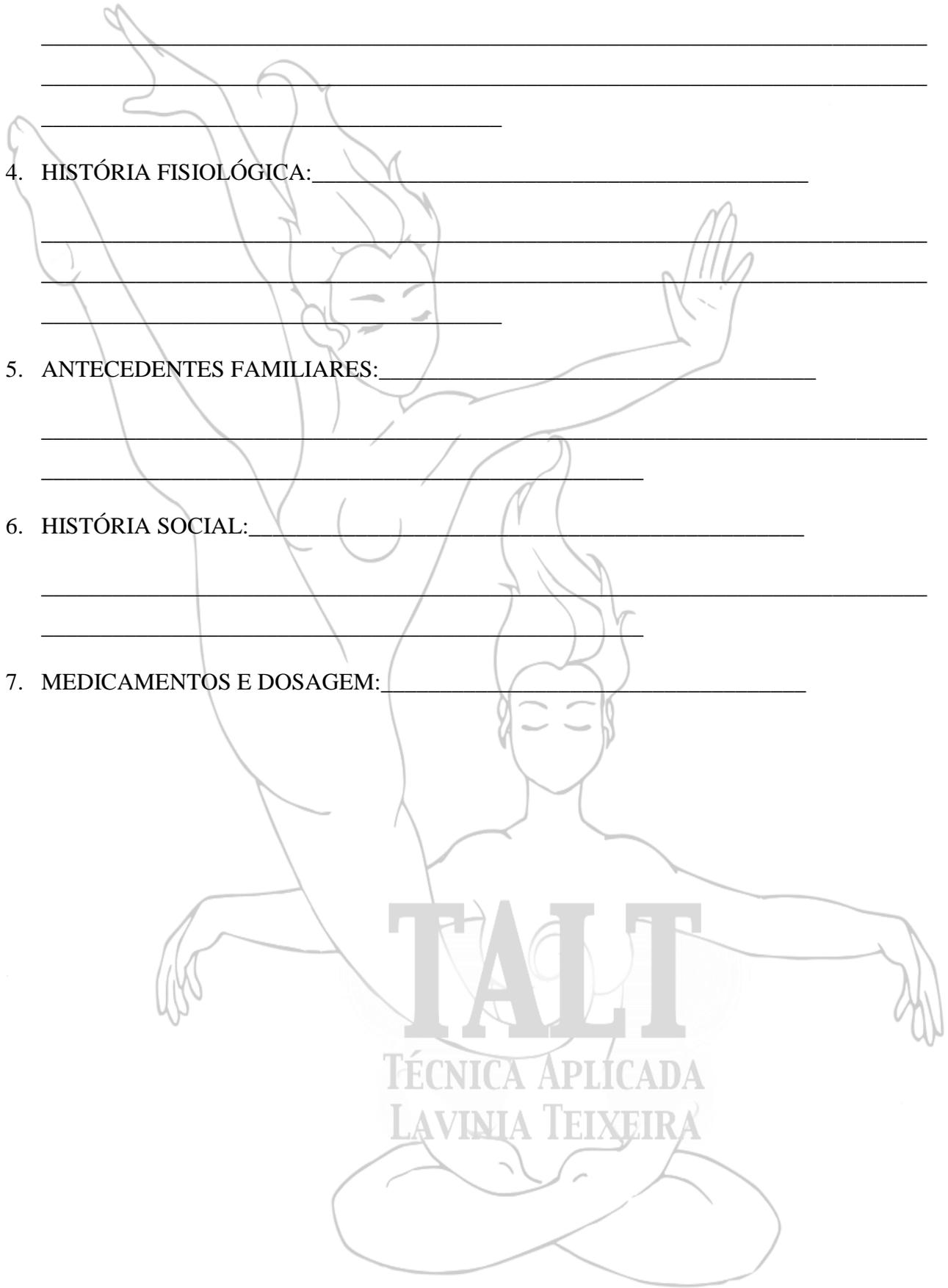
TALIT
TÉCNICA APLICADA
LAVÍNIA TEIXEIRA

4. HISTÓRIA FISIOLÓGICA: _____

5. ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

6. HISTÓRIA SOCIAL: _____

7. MEDICAMENTOS E DOSAGEM: _____



ANEXO A

CARS-Childhood Autism Rating Scale
VERSÃO EM PORTUGUÊS
Pereira (2007)

I. Relações Pessoais	
1	Nenhuma evidência de dificuldade ou anormalidade nas relações pessoais: O comportamento da criança é adequado à sua idade. Alguma timidez, nervosismo ou aborrecimento podem ser observados quando é dito à criança o que fazer, mas não em grau atípico.
1,5	
2	Relações levemente anormais: A criança pode evitar olhar o adulto nos olhos, evitar o adulto ou ter uma reação exagerada se a interação é forçada, ser excessivamente tímido, não responder ao adulto como esperado ou agarrar-se ao pai um pouco mais que a maioria das crianças da mesma idade
2,5	
3	Relações moderadamente anormais: Às vezes, a criança demonstra indiferença (parece ignorar o adulto). Outras vezes, tentativas persistentes e vigorosas são necessárias para se conseguir a atenção da criança. O contato iniciado pela criança é mínimo.
3,5	
4	Relações gravemente anormais: A criança está constantemente indiferente ou inconsciente ao que o adulto está fazendo. Ela quase nunca responde ou inicia contato com o adulto. Somente a tentativa mais persistente para atrair a atenção tem algum efeito.
Observações	

TALT
TÉCNICA APLICADA
LAVÍNIA TEIXEIRA

II. Imitação	
1	Imitação adequada: A criança pode imitar sons, palavras e movimentos, os quais são adequados para o seu nível de habilidade.
1,5	
2	Imitação levemente anormal: Na maior parte do tempo, a criança imita comportamentos simples como bater palmas ou sons verbais isolados; ocasionalmente imita somente após estimulação ou com atraso.
2,5	
3	Imitação moderadamente anormal: A criança imita apenas parte do tempo e requer uma grande dose de persistência ou ajuda do adulto; frequentemente imita apenas após um tempo (com atraso).
3,5	
4	Imitação gravemente anormal: A criança raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com estímulo e assistência.
Observações	
III. Resposta Emocional	
1	Resposta emocional adequada à situação e à idade: A criança demonstra tipo e grau adequados de resposta emocional, indicada por uma mudança na expressão facial, postura e conduta.
1,5	
2	Resposta emocional levemente anormal: A criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau inadequados de resposta emocional. As vezes, suas reações não estão relacionadas a objetos ou a eventos ao seu redor.
2,5	
3	Resposta emocional moderadamente anormal: A criança demonstra sinais claros de resposta emocional inadequada (tipo ou grau). As reações podem ser bastante inibidas ou excessivas e sem relação com a situação; pode fazer caretas, rir ou tornar-se rígida até mesmo quando não estejam presentes objetos ou eventos produtores de emoção.
3,5	

II. Imitação	
4	Resposta emocional gravemente anormal: As respostas são raramente adequadas a situação. Uma vez que a criança atinja um determinado humor, é muito difícil alterá-lo. Por outro lado, a criança pode demonstrar emoções diferentes quando nada mudou.
Observações	
IV. Uso Corporal	
1	Uso corporal adequado à idade: A criança move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade.
1,5	
2	Uso corporal levemente anormal: Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como falta de jeito, movimentos repetitivos, pouca coordenação ou a presença rara de movimentos incomuns.
2,5	
3	Uso corporal moderadamente anormal: Comportamentos que são claramente estranhos ou incomuns para uma criança desta idade podem incluir movimentos estranhos com os dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, olhar fixo, beliscar o corpo, auto-agressão, balanceio, girar ou caminhar nas pontas dos pés.
3,5	
4	Uso corporal gravemente anormal: Movimentos intensos ou frequentes do tipo listado acima são sinais de uso corporal gravemente anormal. Estes comportamentos podem persistir apesar das tentativas de desencorajar as crianças a fazê-los ou de envolver a criança em outras atividades.
Observações	
V. Uso de Objetos	
1	Uso e interesse adequados por brinquedos e outros objetos: A criança demonstra interesse normal por brinquedos e outros objetos adequados para o seu nível de habilidade e os utiliza de maneira adequada.
1,5	
2	Uso e interesse levemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar um interesse atípico por um brinquedo ou brincar com ele de forma inadequada, de um modo pueril (exemplo: batendo ou sugando o brinquedo)

II. Imitação	
2,5	
3	Uso e interesse moderadamente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar pouco interesse por brinquedos ou outros objetos, ou pode estar preocupada em usá-los de maneira estranha. Ela pode concentrar-se em alguma parte insignificante do brinquedo, tornar-se fascinada com a luz que reflete do mesmo, repetitivamente mover alguma parte do objeto ou exclusivamente brincar com ele.
3,5	
4	Uso e interesse gravemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode engajar-se nos mesmos comportamentos citados acima, porém com maior frequência e intensidade. É difícil distrair a criança quando ela está engajada nestas atividades inadequadas.
Observações	
VI. Resposta a Mudanças	
1	Respostas à mudança adequadas a idade: Embora a criança possa perceber ou comentar as mudanças na rotina, ela é capaz de aceitar estas mudanças sem angústia excessiva.
1,5	
2	Respostas à mudança adequadas à idade levemente anormal: Quando um adulto tenta mudar tarefas, a criança pode continuar na mesma atividade ou usar os mesmos materiais.
2,5	
3	Respostas à mudança adequadas à idade moderadamente anormal: A criança resiste ativamente a mudanças na rotina, tenta continuar sua antiga atividade e é difícil de distraí-la. Ela pode tornar-se infeliz e zangada quando uma rotina estabelecida é alterada.
3,5	
4	Respostas à mudança adequadas à idade gravemente anormal: A criança demonstra reações graves às mudanças. Se uma mudança é forçada, ela pode tornar-se extremamente zangada ou não disposta a ajudar e responder com acessos de raiva.
Observações	
VII. Resposta Visual	

II. Imitação	
1	Resposta visual adequada: O comportamento visual da criança é normal e adequado para sua idade. A visão é utilizada em conjunto com outros sentidos como forma de explorar um objeto novo.
1,5	
2	Resposta visual levemente anormal: A criança precisa, ocasionalmente, ser lembrada de olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar espelhos ou luzes do que o fazem seus pares, pode ocasionalmente olhar fixamente para o espaço, ou pode evitar olhar as pessoas nos olhos.
2,5	
3	Resposta visual moderadamente anormal: A criança deve ser lembrada freqüentemente de olhar para o que está fazendo, ela pode olhar fixamente para o espaço, evitar olhar as pessoas nos olhos, olhar objetos de um ângulo incomum ou segurar os objetos muito próximos aos olhos.
3,5	
4	Resposta visual gravemente anormal: A criança evita constantemente olhar para as pessoas ou para certos objetos e pode demonstrar formas extremas de outras peculiaridades visuais descritas acima.
Observações	
VIII. Resposta Auditiva	
1	Respostas auditivas adequadas para a idade: O comportamento auditivo da criança é normal e adequado para idade. A audição é utilizada junto com outros sentidos.
1,5	
2	Respostas auditivas levemente anormal: Pode haver ausência de resposta ou uma resposta levemente exagerada a certos sons. Respostas a sons podem ser atrasadas e os sons podem necessitar de repetição para prender a atenção da criança. A criança pode ser distraída por sons externos.
2,5	
3	Respostas auditivas moderadamente anormal: As repostas da criança aos sons variam. Freqüentemente ignora o som nas primeiros vezes em que é feito. Pode assustar-se ou cobrir as orelhas ao ouvir alguns sons do cotidiano.
3,5	

II. Imitação	
4	Respostas auditivas gravemente anormal: A criança reage exageradamente e/ou ou despreza sons num grau extremamente significativo, independente do tipo de som.
Observações	
IX. Resposta e Uso do Paladar, Olfato e Tato	
1	Uso e resposta normais do paladar, olfato e tato: A criança explora novos objetos de um modo adequado a sua idade, geralmente sentindo ou olhando. Paladar ou olfato podem ser usados quando adequados. Ao reagir a pequenas dores do dia-a-dia, a criança expressa desconforto mas não reage exageradamente.
1,5	
2	Uso e resposta levemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode persistir em colocar objetos na boca; pode cheirar ou provar/experimentar objetos não comestíveis. Pode ignorar ou ter reação levemente exagerada à uma dor mínima, para a qual uma criança normal expressaria somente desconforto.
2,5	
3	Uso e resposta moderadamente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou provar objetos ou pessoas. A criança pode reagir demais ou muito pouco.
3,5	
4	Uso e resposta gravemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança está preocupada em cheirar, provar e sentir objetos, mais pela sensação do que pela exploração ou uso normal dos objetos. A criança pode ignorar completamente a dor ou reagir muito fortemente a desconfortos leves.
Observações	
X. Medo ou Nervosismo	
1	Medo ou nervosismo normais: O comportamento da criança é adequado tanto à situação quanto à idade
1,5	

II. Imitação	
2	Medo ou nervosismo levemente anormais: A criança ocasionalmente demonstra muito ou pouco medo ou nervosismo quando comparada às reações de uma criança normal da mesma idade e em situação semelhante.
2,5	
3	Medo ou nervosismo moderadamente anormais: A criança demonstra bastante mais ou bastante menos medo do que seria típico para uma criança mais nova ou mais velha em uma situação similar.
3,5	
4	Medo ou nervosismo gravemente anormais: Medos persistem mesmo após experiências repetidas com eventos ou objetos inofensivos. É extremamente difícil acalmar ou confortar a criança. A criança pode, por outro lado, falhar em demonstrar consideração adequada aos riscos que outras crianças da mesma idade evitam.
Observações	
XI. Comunicação Verbal	
1	Comunicação verbal normal, adequada a idade e à situação.
1,5	
2	Comunicação verbal levemente anormal: A fala demonstra um atraso global. A maior parte do discurso tem significado; porém, alguma ecolalia ou inversão pronominal podem ocorrer. Algumas palavras peculiares ou jargões podem ser usados ocasionalmente.
2,5	
3	Comunicação verbal moderadamente anormal: A fala pode estar ausente. Quando presente, a comunicação verbal pode ser uma mistura de alguma fala significativa e alguma linguagem peculiar, tais como jargão, ecolalia ou inversão pronominal. As peculiaridades na fala significativa podem incluir questionamentos excessivos ou preocupação com algum tópico em particular.
3,5	
4	Comunicação verbal gravemente anormal: Fala significativa não é utilizada. A criança pode emitir gritos estridentes e infantis, sons animais ou bizarros, barulhos complexos semelhantes à fala, ou pode apresentar o uso bizarro e persistente de algumas palavras reconhecíveis ou frases.
Observações	

II. Imitação	
XII. Comunicação Não Verbal	
1	Uso normal da comunicação não-verbal adequado à idade e situação
1,5	
2	Uso da comunicação não-verbal levemente anormal: Uso imaturo da comunicação não-verbal; a criança pode somente apontar vagamente ou esticar-se para alcançar o que quer, nas mesmas situações nas quais uma criança da mesma idade pode apontar ou gesticular mais especificamente para indicar o que deseja.
2,5	
3	Uso da comunicação não-verbal moderadamente anormal: A criança geralmente é incapaz de expressar suas necessidades ou desejos de forma não verbal, e não consegue compreender a comunicação não-verbal dos outros.
3,5	
4	Uso da comunicação não-verbal gravemente anormal: A criança utiliza somente gestos bizarros ou peculiares, sem significado aparente, e não demonstra nenhum conhecimento do significados associados aos gestos ou expressões faciais dos outros.
Observações	
XIII. Nível de Atividade	
1	Nível de atividade normal para idade e circunstâncias: A criança não é nem mais nem menos ativa que uma criança normal da mesma idade em uma situação semelhante.
1,5	
2	Nível de atividade levemente anormal: A criança pode tanto ser um pouco irrequieta quanto um pouco —preguiçosa, apresentando, algumas vezes, movimentos lentos. O nível de atividade da criança interfere apenas levemente no seu desempenho.
2,5	
3	Nível de atividade moderadamente anormal: A criança pode ser bastante ativa e difícil de conter. Ela pode ter uma energia ilimitada ou pode não ir prontamente para a cama à noite. Por outro lado, a criança pode ser bastante letárgica e necessitar de um grande estímulo para mover-se.

II. Imitação	
3,5	
4	Nível de atividade gravemente anormal: A criança exibe extremos de atividade ou inatividade e pode até mesmo mudar de um extremo ao outro.
Observações	
XIV. Nível e Consistência da Resposta Intelectual	
1	A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: A criança é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade e não tem qualquer habilidade intelectual ou problemas incomuns.
1,5	
2	Funcionamento intelectual levemente anormal: A criança não é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade; as habilidades apresentam-se razoavelmente regulares através de todas as áreas.
2,5	
3	Funcionamento intelectual moderadamente anormal: Em geral, a criança não é tão inteligente quanto uma típica criança da mesma idade, porém, a criança pode funcionar próximo do normal em uma ou mais áreas intelectuais.
3,5	
4	Funcionamento intelectual gravemente anormal: Embora a criança geralmente não seja tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, ela pode funcionar até mesmo melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas.
Observações	
XV. Impressões Gerais	
1	Sem autismo: a criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo.
1,5	
2	Autismo leve: A criança apresenta somente um pequeno número de sintomas ou somente um grau leve de autismo.
2,5	

II. Imitação	
3	Autismo moderado: A criança apresenta muitos sintomas ou um grau moderado de autismo.
3,5	
4	Autismo grave: a criança apresenta inúmeros sintomas ou um grau extremo de autismo
Observações	

Escore por categoria

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Total

Resultado: 15-30: sem autismo 30-36: autismo leve-moderado 36-60: autismo grave

TALT
TÉCNICA APLICADA
LAVÍNIA TEIXEIRA

ANEXO B
MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – M.I.F.
ACOMPANHAMENTO

NOME: _____

DATA: ___/___/____ AVALIADOR: _____

RESPONSÁVEL: _____

PARENTESCO: _____

I- FONTE DE INFORMAÇÃO

/ / 1 - DOENTE / / 2 - FAMÍLIA / / 3- OUTROS

II- MÉTODO

/ / 1- PESSOALMENTE / / 2- TELEFONE

III- MANUTENÇÃO DA SAÚDE

/ / 1- CUIDADOR PRINCIPAL / CUIDADOR SECUNDÁRIO

/ / 2- CONFORME O TEMPO DESPENDIDO

IV – TERAPÊUTICA

/ / 1- NENHUMA TRATAMENTO / / 2 - DOMICILIAR PAGO

/ / 3- INTERNAÇÃO HOSPITALAR / / 4 - TRATAMENTO AMBULATORIAL

/ / 5- AMBOS 2 E 3

NIVEIS	SEM AJUDA	7- INDEPENDENCIA COMPLETA (EM SEGURANÇA, EM TEMPO NORMAL); 6- INDEPENDENCIA MODIFICADA (AJUDA TECNICA).
	AJUDA	DEPENDENCIA MODIFICADA 5- SUPERVISÃO; 4- AJUDA MÍNIMA (INDIVIDUOS $\geq 75\%$); 3- AJUDA MODERADA (INDIVIDUOS $\geq 50\%$); 2- AJUDA MÁXIMA (INDIVIDUOS $\geq 25\%$); 1- AJUDA TOTAL (INDIVIDUOS $\geq 0\%$).

NIVEIS

AUTO-CUIDADOS	NIVEIS		
A. ALIMENTAÇÃO			

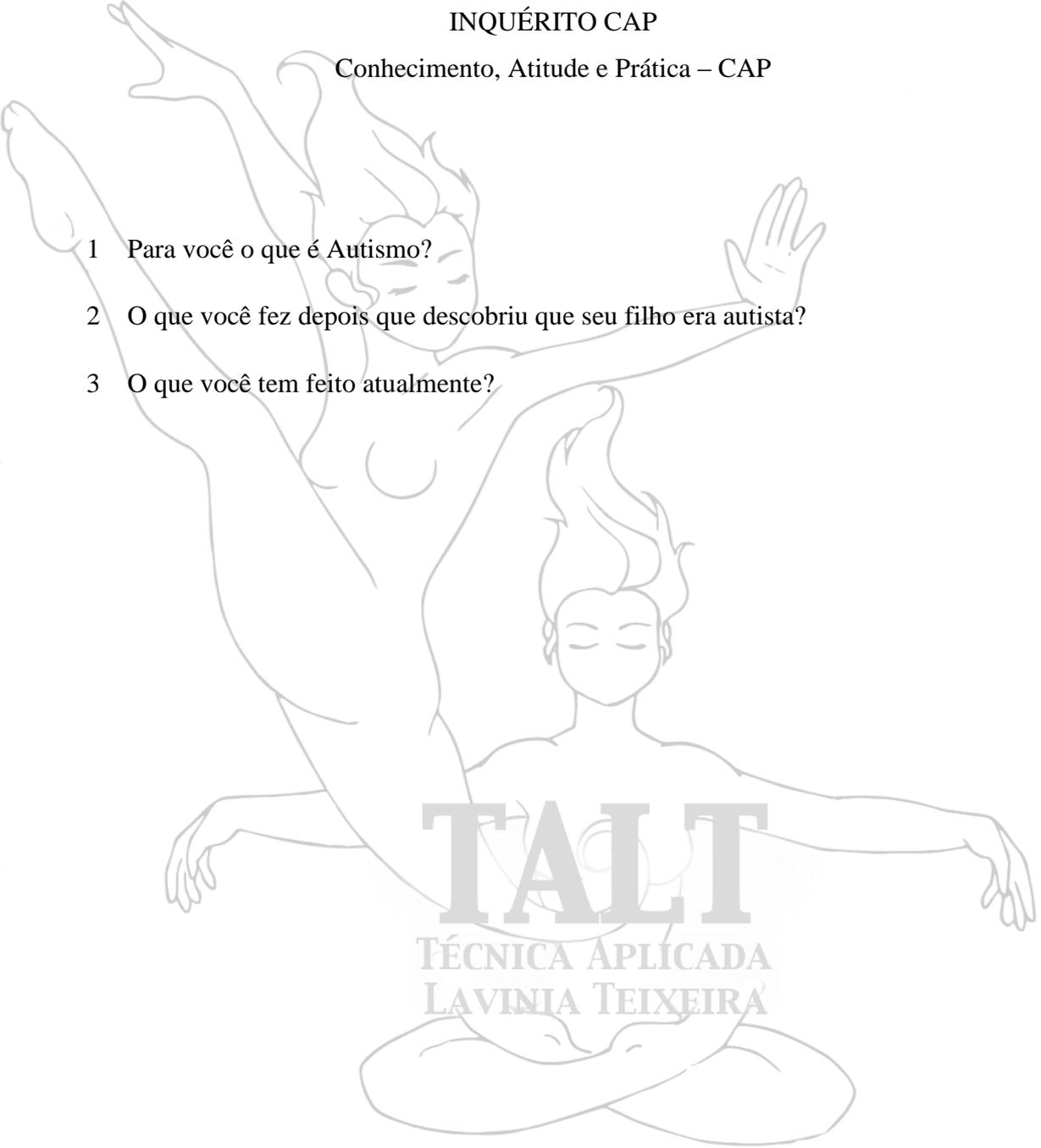
B. HIGIENE PESSOAL			
C. BANHO (LAVAR O CORPO)			
D. VESTIR METADE SUPERIOR			
E. VESTIR METADE INFERIOIR			
F. UTILIZAÇÃO DO VASO SANITÁRIO			
CONTROLE DE ESFINCTERES			
G. CONTROLE DA URINA			
H. CONTROLE DAS FEZES			
MOBILIDADE TRANSFERÊNCIA			
I. LEITO, CADEIRA, CADEIRA DE RODAS			
J. VASO SANITÁRIO			
K. BANHEIRA, CHUVEIRO			
LOCOMOÇÃO			
L. MARCHA / CADEIRA DE RODAS / / M / / C			
M. ESCADAS			
COMUNICAÇÃO			
N. COMPREENSÃO / / A / / V			
O. EXPRESSÃO / / V / / N			
COGNIÇÃO SOCIAL			
P. INTERAÇÃO SOCIAL			
Q. RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS			
R. MEMORIA			
OBSERVAÇÕES			
TOTAL			

ANEXO C

INQUÉRITO CAP

Conhecimento, Atitude e Prática – CAP

- 1 Para você o que é Autismo?
- 2 O que você fez depois que descobriu que seu filho era autista?
- 3 O que você tem feito atualmente?



TALT
TÉCNICA APLICADA
LAVÍNIA TEIXEIRA

ANEXO D
QUESTIONÁRIO SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, favor responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito Ruim	5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que um ano atrás	2
Quase a mesma coisa de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que um ano atrás	4
Muito pior agora do que um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim.	Sim.	Não.
	Dificulta muito	Dificulta um pouco	um Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência da sua saúde física? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

Nenhuma	6
Muito leve	5
Leve	4
Moderada	3
Grave	2
Muito grave	1

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

De forma nenhuma	5
Ligeiramente	4
Moderadamente	3
Bastante	2
Extremamente	1

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas:

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	6	5	4	3	2	1
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	6	5	4	3	2	1
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	6	5	4	3	2	1
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	6	5	4	3	2	1
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	6	5	4	3	2	1

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um número em cada linha)

	Definitivamente Verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	5	4	3	2	1
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	5	4	3	2	1
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

DOMÍNIO	PONTUAÇÃO DAS QUESTÕES CORRESPONDIDAS	LIMITE INFERIOR	VARIAÇÃO
capacidade funcional	3	10	20
limitação por aspectos físicos	4	4	4
dor	7+8	2	10
estado geral de saúde	1+11	5	20
vitalidade	9 (a+e+g+i)	4	20
aspectos sociais	6+10	2	8
limitação por aspectos emocionais	5	3	3
saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5	25

7 2 4 5 5 4 3 4 5 5 5 5 7 7 5 7 5 7

Cálculo dos Domínios:

(Valor obtido nas questões correspondentes - limite inferior x 100)/variação (score range)

A Escala varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem o melhor. São oito domínios que são mantidos separadamente, não podendo somar nem fazer uma média.

A questão 2 não faz parte do cálculo de nenhum domínio; é utilizada apenas para avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado há um ano.

Se algum item não for respondido, pode-se considerar a questão se esta estiver respondida pelo menos 50% dos seus itens.



ANEXO E NORMAS DA REVISTA

**TÍTULO DO ARTIGO NA LÍNGUA ORIGINAL (PORTUGUÊS, INGLÊS, ESPANHOL OU FRANCÊS;
TIMES NEW ROMAN 12, CENTRALIZADO)**

**TÍTULO DO ARTIGO NO SEGUNDO IDIOMA (PORTUGUÊS, INGLÊS OU ESPANHOL; TIMES NEW
ROMAN 12, CENTRALIZADO)**

**TÍTULO DO ARTIGO NO TERCEIRO IDIOMA (PORTUGUÊS, INGLÊS OU ESPANHOL; TIMES NEW
ROMAN 12, CENTRALIZADO)**

Resumo: Apresentar ao leitor os objetivos, metodologia, resultados e conclusões do artigo, de tal forma que possa dispensar a consulta ao original. Deve ser constituído de uma sequência de frases concisas e objetivas, não ultrapassando 150 palavras. Times New Roman 12, espaço simples, justificado.

Palavras-chave: utilizar os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Disponível em: <http://decs.bvs.br/>; Palavra 1. Palavra 2. Palavra 3. Palavra 4.

Abstract: Apresentar ao leitor os objetivos, metodologia, resultados e conclusões do artigo, de tal forma que possa dispensar a consulta ao original. Deve ser constituído de uma sequência de frases concisas e objetivas, não ultrapassando 150 palavras. Times New Roman 12, espaço simples, justificado.

Keywords: utilizar os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Disponível em: <http://decs.bvs.br/>; Palavra 1. Palavra 2. Palavra 3. Palavra 4.

Resumen: Apresentar ao leitor os objetivos, metodologia, resultados e conclusões do artigo, de tal forma que possa dispensar a consulta ao original. Deve ser constituído de uma sequência de frases concisas e objetivas, não ultrapassando 150 palavras. Times New Roman 12, espaço simples, justificado.

Palabras clave: utilizar os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Disponível em: <http://decs.bvs.br/>; Palavra 1. Palavra 2. Palavra 3. Palavra 4.

1 INTRODUÇÃO

O texto deve ser formatado em Times New Roman, corpo 12, espaço 1,5 justificado. Deve haver uma linha de espaço entre o título e o primeiro parágrafo. O primeiro parágrafo de cada item deve apresentar entrada de 1,25, conforme este modelo. O tamanho para artigos originais e ensaios não devem exceder a 6.000 palavras com espaço, incluindo resumos e referências bibliográficas. As resenhas devem não devem exceder a 2.500 palavras, com espaço. A revista Movimento adota as seguintes normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas:

- a) Artigo de periódico NBR 6022/03;
- b) Resumo NBR 6028/03;
- c) Referências NBR 6023/02;
- d) Citações NBR 10520/02;
- e) Numeração progressiva NBR 6024/12.

As normas devem ser consultadas caso não seja encontrado no presente modelo o exemplo necessário.

Use a forma completa do nome de todas as organizações e entidades normalmente conhecidas por suas siglas na primeira ocorrência e, subsequentemente, basta usar a sigla. Por exemplo, Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq). Números de um a dez devem ser escritos por extenso. Termos estrangeiros, nomes de obras (livros, periódicos, filmes, programas, por exemplo) devem ser marcados em itálico.

As notas de conteúdo no rodapé devem ser inseridas com fonte Times New Roman, corpo 10, espaço 1,0, justificado, conforme exemplo¹. Não serão aceitas notas bibliográficas de rodapé, que devem estar relacionadas na lista final de referências e tampouco as expressões *id*, *idem*, *ibid*, *ibidem*, *cf*.

2 EXEMPLOS DE CITAÇÕES

Cada referência textual deve corresponder a uma referência completa na lista de referências ao final do corpo do texto. Confira antes de encaminhar o artigo se todas as citações estão presentes. As citações diretas devem ser feitas na língua do artigo. No caso de citações de livros em outras línguas, o autor deve traduzir e indicar na referência (tradução nossa).

- a) Citação indireta no corpo do texto, um autor ou entidade: (SOBRENOME, ano) ou (NOME DA ENTIDADE POR EXTENSO, ano);
- b) Citação indireta no corpo do texto, autores e obras distintas: (SOBRENOME, ano; SOBRENOME, ano);
- c) Citação indireta no corpo do texto, dois autores de uma obra: (SOBRENOME; SOBRENOME, ano);
- d) Citação direta até três linhas: “O presente artigo será encaminhado para a revista Movimento, publicação científica da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.” (SOBRENOME, ano, p. 00).
- e) Citação direta até três linhas com grifo do autor ou grifo nosso: “O presente artigo será encaminhado para a revista Movimento, **publicação científica** da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.” (SOBRENOME, ano, p. 00, grifo nosso).
- f) Para omitir parte de citação direta: “[...] encaminhado para a revista Movimento, publicação científica da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que tem como principal finalidade [...] e difundir a produção acadêmica de pesquisadores.” (SOBRENOME, ano, p. 00).
- g) Citação direta longa (mais de três linhas) deve ser destacada do corpo do texto:

Utilize Times 11 espaço simples justificado com recuo de parágrafo à esquerda de 4cm. A citação direta é a cópia exata de um texto. Caso o documento original contenha algum tipo de grifo, como uma palavra em negrito, em itálico ou sublinhado, a sua citação deve ter esse tipo de grafia, acrescentada com a observação “grifo do autor”. (SOBRENOME, ano, p. 00).

3 ILUSTRAÇÕES

A diferença entre o Quadro e Tabela reside mais no fato de que na tabela o dado numérico é parte principal e para as demais informações, utiliza-se a forma de Quadro. Devem ser numeradas em algarismos arábicos, sequenciais, inscritos na parte superior, precedida da palavra que a caracteriza. Colocar um título por extenso, inscrito no topo da tabela/quadro/figura, para indicar a natureza e abrangência do seu conteúdo. A fonte deve ser colocada imediatamente abaixo da tabela/quadro/figura para indicar a autoridade dos dados e/ou informações da tabela, precedida da palavra Fonte.

3.1 EXEMPLO DE QUADRO

Quadro 1– Dados sobre a circulação (Times New Roman 10 pontos, espaçamento simples).

Nome	Dados 1	Dados 2	Dados 3
------	---------	---------	---------

¹ Uma nota de rodapé é um breve texto que apresenta comentários a respeito de algum trecho do corpo do artigo.

Times New Roman, 10 pontos			

Fonte: Instituto de Circulação – www.inc.org.br (Times New Roman, 8 pontos, espaçamento simples).

3.2 EXEMPLO DE TABELAS

Tabela é uma “[...] forma não discursiva de apresentar informações das quais o dado numérico se destaca como informação central” (ASSOCIAÇÃO..., 2011, p. 4). Devem ser inseridas o mais próximo possível do trecho a que se referem e padronizadas conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devem se restringir ao mínimo necessário e deve ser citada a fonte.

Na edição final do artigo os revisores poderão aconselhar alterações na quantidade e tamanho das tabelas a fim de se manter o padrão da revista.

Tabela 1 – Título da tabelaDados sobre a circulação (Times New Roman 10 pontos, espaçamento simples).

Nome	Dados 1	Dados 2	Dados 3
Categoria1	01,1	01,2	01,3
Categoria 2	02,1	02,2	02,3
Categoria 3	03,1	03,2	03,3
Total	6,3	6,6	6,9

Fonte: dados da pesquisa (Times New Roman, 8 pontos, espaçamento simples).

3.3 EXEMPLO DE FIGURA

No caso da formatação das figuras (imagens, gráficos, esquemas ou outras ilustrações), deve-se utilizar as mesmas especificações de posicionamento, de tamanho das fontes, de título e de origem das informações (fonte dos dados). As figuras devem estar com resolução entre 200 e 300 dpi.

3.4 DOCUMENTO SUPLEMENTAR

Além de inseridos no texto, tabelas/quadros/figuras devem ser encaminhados como documentos suplementares pelo sistema de submissão da revista em formato JPG com resolução entre 200 e 300 dpi. O mesmo deve ser feito com arquivos de áudio ou imagens em movimento.

REFERÊNCIAS

Na lista final devem constar os documentos citados no texto conforme a NBR 6023 e estar ordenada alfabeticamente.

As referências devem estar em Times New Roman 12 com espaço simples e espaço 1,0 entre referências, alinhadas à esquerda, observando a marcação de negrito específica para os exemplos que constam nas instruções para autores.

Se o documento estiver online, obrigatoriamente seu *link* deve estar ativo e constar a data de acesso.

Os prenomes dos autores, os títulos de revistas e entidades devem ser descritos por extenso.

Confira com atenção se todas as obras citadas no texto estão referenciadas de forma completa nas Referências.

Exemplos:

ADELMAN, Miriam. Mulheres no esporte: corporalidades e subjetividades. **Movimento**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p.11-29, jan./abr. 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Decreto n.º 60.450, de 14 de abril de 1972. Regula a prática de educação física em escolas de 1º grau. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 126, n. 66, p. 6056, 13 abr. 1972. Seção 1, pt. 1.

CRUZ, Isabel *et al.* (Org.). **Deusas e guerreiras dos jogos olímpicos**. 4. ed. São Paulo: Porto, 2006. (Coleção Fio de Ariana).

GOELLNER, Silvana. Mulher e Esporte no Brasil: fragmentos de uma história generificada. In: SIMÕES, Antonio Carlos; KNIJIK, Jorge Dorfman. **O mundo psicossocial da mulher no esporte**: comportamento, gênero, desempenho. São Paulo: Aleph, 2004. p. 359-374.

HERNANDES, Elizabeth Sousa Cagliariari. Efeitos de um programa de atividades físicas e educacionais para idosos sobre o desempenho em testes de atividades da vida diária. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 2, n. 12, p. 43-50, 05 jun. 2004. Disponível em: <http://www.rbcm.org/revista/art_03.html>. Acesso em: 05 jun. 2004.

MARINHO, Inezil Pena. **Introdução ao estudo de filosofia da educação física e dos desportos**. Brasília: Horizonte, 1984.

REZER, Ricardo; CARMENI, Bruno; DORNELLES, Pedro Otaviano. **O fenômeno esportivo**: ensaios crítico-reflexivos. 4. ed. São Paulo: Argos, 2005.

SANTOS, Fernando Bruno. Jogos intermunicipais do Rio Grande do Sul: uma análise do processo de mudanças ocorridas no período de 1999 a 2002. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 14., 2005, Porto Alegre. **Anais...**Porto Alegre: MFPA, 2005. v. 1, p. 236 - 240.

SANTOS, Fernando Bruno. **Jogos intermunicipais do Rio Grande do Sul**: uma análise do processo de mudanças ocorridas no período de 1999 a 2002. 2005. 400 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação Física, Departamento de Educação Física, UFRGS, Porto Alegre, 2005.