

# ATRIBUTOS PESSOAIS DE UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL COMO DETERMINANTES DA AÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

*Personal Attributes of a child with cerebral paralysis as determinant of the action the physical therapy*

Joyce Ribeiro<sup>1</sup>

Marcus Vinicius Marques de Moraes<sup>2</sup>

Thais Silva Beltrame<sup>3</sup>

## Resumo

Este estudo objetivou verificar como os atributos pessoais de uma criança com Paralisia Cerebral são determinantes no estabelecimento da relação interpessoal com o Fisioterapeuta. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa do tipo estudo de caso, realizada em uma escola Especial de Florianópolis-SC e teve como participantes uma criança do sexo feminino, nascida no dia 10/08/99 e a Fisioterapeuta da Instituição. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de avaliação Fisioterapêutica, Gross Motos Function Measure (GMFM-88), Entrevistas Semi-estruturadas com Fisioterapeuta, Matriz de observação das relações Interpessoais, Matriz de tom Afetivo e Prontuário. Quanto aos atributos pessoais identificados, disposições disruptivas não foram citadas e como disposições geradoras, atenção, curiosidade, interesse pelas atividades bem como a aceitação da presença e participação de outras pessoas no momento da Fisioterapia foram identificadas. A criança despertava o interesse da Fisioterapeuta em se aproximar dela revelando uma demanda positiva. Identificaram-se como recursos passivos a Paralisia Cerebral, o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, a afasia e as alterações no sistema cardiorrespiratório. As atividades realizadas durante as sessões de Fisioterapia eram do tipo compartilhadas e o tom afetivo apresentado era positivo. Pode-se constatar que os atributos pessoais da criança investigada foram relevantes no estabelecimento da relação entre esta e a Fisioterapeuta, pois atributos identificados foram instigantes para a aproximação e motivação da Fisioterapeuta em contribuir com o desenvolvimento neuropsicomotor desta criança.

**Palavras-chave:** Paralisia Cerebral; Fisioterapia; Relação Interpessoal

<sup>1</sup> Joyce Ribeiro- Fisioterapeuta, Especialista em Desenvolvimento Infantil pela Universidade do Estado de Santa Catarina/ UDESC - Rua Desembargador Pedro Silva, 2202 - Ed. Argus Bloco 25 ap. 03 - Bairro: Coqueiros Florianópolis - SC - CEP: 88080-700 - e-mail:joycefisio@terra.com.br

<sup>2</sup> Marcus Vinicius Marcus de Moraes - Mestre em Ciências do Movimento Humano, Docente da Universidade Regional de Blumenau - FURB e-mail: mv.moraes@terra.com.br

<sup>3</sup> Thais Silva Beltrame - Doutora em Ciências do Movimento Humano, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC e-mail: bthais@terra.com.br

## Abstract

The aim of this study was to verify as a child's personal attributes with Cerebral Paralysis is decisive in the establishment of the interpersonal relationship with the Physiotherapist. This qualitative research of the type case study was accomplished at a Special school of Florianópolis - SC and it had as participant a child of the feminine gender been born on the 10/08/99 with initials A. S. O., Clinical Diagnosis of Chronic non Progressive Encephalopathy or Cerebral Palsy (CP) and physical therapy Diagnosis of Psychomotor Delay. The instruments used were an evaluation physical therapy Record, researches in child's Handbook, Gross Motor Function Measure (GMFM), Glimpses with Physiotherapist, Fiche of interpersonal relationships observation, Fiche of Affective Tone and a Questionnaire. The investigated child presented as dispositions generating attention, curiosity and interest for the activities proposed by the Physiotherapist and she accepted the other people's participation in the moment of the Physical Therapy. They were not mentioned by the Physiotherapist disruptive dispositions. The child wakes up the Physiotherapist's interest in approaching of her revealing a positive demand. It was identified as passive resource the Cerebral Palsy, the psychomotor delay, aphasia and alterations on cardio-breathing system. The activities accomplished during the sessions of Physiotherapy were type shared and the affective tone was positive. The studied child's personal attributes were important in the establishment of a relationship Physiotherapist and patient, because the Physiotherapist factors were part of the child's characteristics as promoters for an approach and investment in your development.

**Keywords:** Cerebral palsy; Physical Therapy; Interpersonal relationship.

## Introdução

O poder de produzir o desenvolvimento da pessoa é dependente dos processos proximais que se constituem em formas particulares de interação que ocorrem entre o organismo e o ambiente e operam por um período de tempo produzindo o desenvolvimento humano (1). No entanto, o poder de produzir o desenvolvimento não depende apenas destes processos, este poder é inferido como tendo uma variação real em função das características da pessoa, dos ambientes remotos ou imediatos e dos períodos de tempo no qual estes processos ocorrem (1).

Os atributos da pessoa foram subdivididos por Bronfenbrenner (1) em três tipos: o primeiro tipo são as disposições que podem colocar os processos proximais em movimento, em um domínio particular do desenvolvimento, e continuar sustentando essa operação. O próximo tipo são os recursos bioecológicos de habilidade, experiência, conhecimento, e destreza, necessários para o funcionamento efetivo dos processos proximais em um dado estágio de desenvolvimento. Finalmente, há as características de demanda, as quais convidam ou desencorajam reações a partir do ambiente social, de um modo que podem fomentar ou romper as operações dos processos proximais (2, 3).

As crianças com Paralisia Cerebral apresentam características de natureza físico-biológi-

cas, psicoemocional e sócio histórico, diferenciadas das de outras crianças, apresentando alterações ou perda do controle motor secundária às lesões cerebrais, podendo também apresentar alterações visuais, distúrbios cognitivos, sensoriais, de audição entre outros (4, 5).

Considerando que o desenvolvimento de uma criança depende muito da sua interação com o ambiente e a sala de Fisioterapia é um dos ambientes comumente freqüentados por crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, esta deve ser organizada de forma a potencializar as habilidades da criança, proporcionando estímulos adequados às suas necessidades específicas, devendo também proporcionar espaço e materiais variados bem como interações freqüentes e afetuosas entre criança e adulto (5, 7). Portanto, as formas que se estabelecem às relações entre o Fisioterapeuta e o paciente são importantes porque as relações interpessoais podem influenciar a motivação para a aprendizagem no curso do desenvolvimento tanto na presença como na ausência da outra pessoa (1). Com base nestes fatores citados anteriormente, o seguinte estudo teve como objetivo geral verificar como os atributos pessoais de uma criança com Paralisia Cerebral são determinantes no estabelecimento da relação interpessoal com o Fisioterapeuta; e como objetivos específicos identificar as características de disposições, recursos e demandas de uma criança com diagnóstico Clínico de Encefalopatia Crônica não

Progressiva ou Paralisia Cerebral (PC); identificar o tipo de relação estabelecida com o Fisioterapeuta; verificar se as características pessoais da criança podem interferir no estabelecimento da relação interpessoal com o Fisioterapeuta.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa do tipo estudo de caso, realizada em uma Escola Especial de Florianópolis-SC e teve como participantes a Fisioterapeuta desta escola e uma criança do sexo feminino nascida no dia 10/08/99 com iniciais A. S. O. com Diagnóstico Clínico de Encefalopatia Crônica não Progressiva ou Paralisia Cerebral (PC) e Diagnóstico Fisioterapêutico de Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor.

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram os seguintes:

### a) Ficha de Avaliação Fisioterapêutica

Pela Ficha de Avaliação Fisioterapêutica foram identificados os seguintes aspectos: dados gerais de identificação, histórico, alterações associadas, dependência ou independência nas atividades de locomoção, higiene pessoal, vestuário e alimentação. No exame físico geral, percebeu-se o modo pelo qual a criança chegou na sala de fisioterapia, a utilização ou não de órteses, grau de compreensão, tipo de tônus, presença de encurtamentos, contraturas ou deformidades, coordenação e presença de reflexos. Também constituiu tópico da Ficha de Avaliação Fisioterapêutica a observação de atividades posturais (8): em supino, prono, sentado, gato, joelhos, semi-joelho, em pé e marcha, com identificação do Diagnóstico Clínico e Diagnóstico Fisioterapêutico.

### c) Avaliação Motora (GMFM)

O *Gross Motor Function Measure* (GMFM-88) é um instrumento de observação padronizado que foi criado para medir a mudança que ocorre, com o passar do tempo, na função motora grossa das crianças com Paralisia Cerebral. É uma avaliação com 88 testes baseada em critérios que mensuram a função motora em cinco dimensões: Deitar e rolar, sentar, engatinhar e ajoelhar, em pé, andar, correr e pular onde cada item é pontuado numa escala de zero a quatro pontos e o escore total é calculado pela média dos escores das cinco

dimensões (9). Os procedimentos de aplicação seguiram as instruções do Manual (9).

### d) Entrevista Semi-Estruturada

A entrevista com a Fisioterapeuta teve como objetivo identificar as disposições geradoras e disruptivas da criança, bem como a demanda do sujeito em estudo com relação às sessões de fisioterapia. Para a elaboração da entrevista foi utilizada uma matriz de análise de Copetti (10) onde foram utilizadas as variáveis disposições e demanda para analisar estas características.

### e) Entrevista Semi-Estruturada

Refere-se à relação e ao estabelecimento de vínculo entre a Fisioterapeuta e a criança em estudo, no qual a entrevistadora usou um roteiro de oito questões abertas de Alegretti (11) para dirigir-se à Profissional.

### f) Matriz de Observação das Relações Interpessoais

O caráter da relação pode ser classificado como interativa dos tipos compartilhada, não compartilhada, paralela, não interativa ou não categorizável de Carnicero (12).

### g) Matriz de Observação do Tom Afetivo

Segundo critérios da matriz do Tom Afetivo de Carnicero (12) este poderia ser considerado positivo neutro ou negativo. Fazem parte dos critérios de classificação as expressões corporais, distância entre Fisioterapeuta e Paciente e expressões verbais que caracterizem a rejeição ou aproximação entre estes.

## Procedimento de Coleta dos Dados

Primeiramente, entrou-se em contato com uma Escola Especial de Florianópolis-SC na qual foi explanado a Direção e a Fisioterapeuta os objetivos deste estudo; após obtenção de um parecer positivo destas providenciou-se um agendamento prévio com a Fisioterapeuta da Instituição para a escolha do sujeito de estudo. Posteriormente entrou-se em contato com a família da criança escolhida onde se obteve o parecer positivo de sua mãe para que esta fizesse parte do estudo.

Após estes procedimentos foi realizada uma pesquisa no prontuário da aluna com o objetivo de obter maiores informações sobre seu histórico e desenvolvimento até os dias atuais. As Entrevistas Semi-estruturadas com a Fisioterapeuta, a Avaliação Motora e Fisioterapêutica bem como as observações diretas foram realizadas na sala de Fisioterapia. A coleta de dados foi realizada no mês de outubro e novembro de 2004, sendo esta realizada em 10 sessões, as duas primeiras sessões foram destinadas à inserção ecológica do pesquisador, as demais foram utilizadas para a realização da Avaliação Motora, avaliação Fisioterapêutica, observações e Entrevista com a Fisioterapeuta.

## Análise e Discussão dos Resultados

As características pessoais mais prováveis de influenciar o desenvolvimento futuro são referidas como forças da pessoa e compreendidas como disposições comportamentais ativas que podem colocar os processos proximais em movimento e manter suas operações; ou, ao contrário, interferir ativamente, retardar ou até mesmo impedir sua ocorrência (1). Quanto as Demandas Pessoais da criança em estudo explanadas na Tabela 01, esse tipo de característica afeta o desenvolvimento pela sua capacidade para convidar ou desencorajar reações dos ambientes sociais de um grupo (13).

Tabela 01 - Atributos pessoais

<b>DISPOSIÇÕES</b>	
<b>Disruptivas</b>	<b>Geradoras</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choro esporadicamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curiosidade</li> <li>- Atenção</li> <li>- Interesse</li> <li>- Calma</li> <li>- Aceitação de terceiros durante Fisioterapia</li> </ul>
<b>DEMANDA</b>	
<b>Positiva</b>	<b>Negativa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação por meio de Expressões Faciais</li> <li>- Potencial para se desenvolver</li> <li>- Participativa nas atividades de Fisioterapia</li> <li>- Conhecer a tempo a Fisioterapeuta</li> <li>- Ter professores comunicativos com a Fisioterapeuta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nenhuma característica instiga o afastamento da Fisioterapeuta em relacionar-se com a criança</li> <li>- Dificulta a atuação problemas respiratórios que impedem a realização de Hidroterapia.</li> </ul>

Os recursos não possuem por si próprios nenhuma disposição seletiva para a ação, mas constituem o que os autores chamam de ativos e passivos biopsicológicos que têm o poder para influenciar a capacidade de uma pessoa em ocupar-se efetivamente nos processos de desenvolvimento e que se apresentam de duas maneiras (1). Uma, em

forma de condições passivas, que possuem potencial para limitar ou romper a integridade funcional de um organismo. A segunda, toma a forma de condições ativas e abrange os domínios nos quais os processos proximais fazem seu trabalho construtivo (10). Sendo assim, essas condições tornam-se uma fonte de padrões progressivamente mais

complexos de interações, constituindo assim uma propriedade que coloca as definições significativas nos processos proximais (1, 14).

Em pesquisa de prontuário, avaliação Fisioterapêutica e GMFM foram identificados os recursos apresentados na Tabela 02.

*Tabela 02 – Recursos passivos*

<b>DADOS GERAIS</b>	
<b>Gravidez</b>	<b>Desejada</b>
Tipo de Parto Índice de Apgar 5.º Minuto: 05 Idade Gestacional	Normal com indução, por 13 horas 1.º Minuto: 02  41 semanas
<b>DADOS ANTROPOMÉTRICOS AO NASCIMENTO</b>	
Peso Comprimento Perímetro Cefálico	3.280 kg 56 cm 25,5 cm
<b>INTERCORRÊNCIAS NEONATAIS</b>	
<b>Crises convulsivas</b> Aspiração Meconial Uso de Ventilação Mecânica (2 dias)	Internação em UTI Neonatal (20 dias) Infecção Pulmonar
<b>AMAMENTAÇÃO NEONATAL</b>	
Por Gavagem	Dificuldades na Sucção

Bronfenbrenner e Morris (1, 14) descrevem os recursos passivos como recursos cujo poder está em não permitir ou mesmo incapacitar o sujeito a ocupar-se efetivamente de uma determinada ação. Estes recursos podem romper a integridade biopsicológica, como é o caso da paralisia cerebral, e pode afastar o sujeito de determinadas atividades temporariamente ou até permanentemente.

No referente ao índice de Apgar, dados já encontrados em crianças com Paralisia Cerebral revelaram que 5,6% de crianças com Paralisia Cerebral apresentam um valor de 2 no primeiro minuto e 2,8% um de 5 no quinto minuto, percentuais nos quais enquadra-se a paciente em estudo (15).

Referente ao peso ao nascimento, a média é de 2.714 gramas em crianças com Paralisia Cerebral, com picos entre 3.000 e 3.500 nos nascidos a termo como é o caso da aluna em estudo, apresentando, portanto, peso normal ao nascimento (15).

Quanto a intercorrências neonatais, uma revisão dos fatores de risco presentes em 250 casos de crianças com Paralisia Cerebral, Estudos (15) revelaram incidência de mecônio no líquido amniótico em 19,6% dos casos. A presença de mecônio, por si só, é indicador de sofrimento fetal e sua aspiração, no caso em estudo, constituiu fator agravante para sua morbidade. Autores citam que a permanência em UTI é comum em crianças com Paralisia cerebral (15).

Tabela 03 – Resultados obtidos GMFM

<b>Dimensões</b>	<b>Data da Avaliação: 16/11/2004 Idade: 5 anos 3 meses (presente estudo)</b>	<b>Idade: 4 anos e 10 meses (Moura et al.; 2004)</b>
A. Deitar e rolar	8%	88,23%
B. Sentar	5%	85,00%
C. Engatinhar e ajoelhar	0	69,04%
D. Em pé	0	82,05%
E. Andar, correr e pular	0	61,11%
Score Total	2,6%	77,08%

Sobre o desenvolvimento cognitivo de crianças com Paralisia Cerebral é difícil falar de características diretamente derivadas da lesão cerebral, no entanto, pesquisas evidenciam que atraso no desenvolvimento cognitivo se associa em 50% dos casos de Paralisia Cerebral, mas geralmente a menos que existam distúrbios associados como a deficiência mental ou outros, as anomalias ou atrasos que podem ser observados são uma consequência de déficit motor que altera as possíveis experiências da criança tanto em relação ao mundo físico como social (5, 15). No caso da aluna em estudo, esta apresenta boa compreensão, respondendo aos estímulos e solicitações, embora apresentasse afasia.

São característicos os distúrbios da fala e da linguagem em crianças com Paralisia Cerebral, com grande probabilidade de ocorrência, atingindo 75% desta população (5). Estes distúrbios motores dos órgãos bucofonatórios afetam outras funções além da fala, como a mastigação, a deglutição o controle da saliva ou a respiração como é o caso da paciente, que apresenta também sialorréia e alterações respiratórias (5).

Conforme a avaliação Fisioterapêutica observou-se que a aluna em estudo apresenta diagnóstico Clínico de Encefalopatia Crônica não Progressiva/Paralisia Cerebral e como diagnóstico Fisioterapêutico Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor devido à Quadriplegia atetóide.

Quanto as atividades de Vida Diária (AVD's), os dados encontrados neste estudo vêm ao encontro do entendimento de Mancini (16) que ao investigar o desempenho de atividades funcio-

nais de crianças com paralisia cerebral evidenciou que além das deficiências neuromotoras, a paralisia cerebral pode resultar em incapacidade, ou seja, limitações no desempenho de atividades e tarefas do cotidiano da criança. Estas tarefas, segundo Mancini, incluem atividades de autocuidado como conseguir alimentar-se sozinho, tomar banho e vestir-se bem como atividades de características sociais e cognitivas.

No exame físico geral observou-se que a aluna faz uso de dispositivo de locomoção (cadeira de rodas), não utiliza órteses. Seu tônus foi classificado como distônico e apresenta o Reflexo Tônico cervical Assimétrico. Não apresenta encurtamentos contraturas ou deformidades.

Quanto à Atividade Postural: em supino a paciente apresenta-se assimétrica em alguns momentos, em outros simétrica, com ausência de controle cefálico, não apresentando o controle do rolar independente e apresenta os movimentos de Membros Superiores (MMSS) e Membros Inferiores (MMII) alterados.

Em prono: apresentando um desenvolvimento característico de crianças com atetose descrito por Bobath e Bobath (8), apresenta-se assimétrica nesta postura, não apresentando controle cefálico, porém, apresenta reação de liberação de vias aéreas, não apóia antebraços e não passa desta postura para sentada sem auxílio. Quanto à postura de MMSS e MMII apresenta um padrão flexor de Membros superiores e um dos Membros inferiores estendidos.

Não passa para a postura sentada e não se mantém nesta postura sem auxílio, quando co-

locada na postura apresenta tônus hipotônico, flexionando cabeça, e membros inferiores apresentam-se em Rotação externa e flexão em alguns momentos, apresentando o padrão descrito por Bobath e Bobath (8). Em outros momentos apresenta um forte padrão extensor o que é comum na criança com atetose (8).

Quando mantida pelo Fisioterapeuta na postura sentada é possível observar que não apresenta reações de proteção. Não passa para a postura de joelhos independentemente. Não realiza a postura de semijoelhos e quando colocada em pé apresenta-se assimétrica, membros superiores em extensão com mãos em flexão e polegar incluso, membros inferiores em extensão de joelhos e semiflexão coxofemural e leve rotação interna de membros inferiores, pés invertidos e em plantiflexão.

Quando colocada em pé paciente apresenta postura tipicamente descrita por Bobath e Bobath (8) como mais freqüentemente adotada pelo quadriplégico atetóide. Esta levanta sua cabeça e estende seu quadril empurrando a pelve para frente, com conseqüente retração de ombros, flexão de cotovelos e manifestações alternadas de reflexo Tônico cervical assimétrico não realizando a marcha.

Quanto aos atributos da criança apresentados, é importante ressaltar o que Bronfenbrenner e Morris (1) relatam, sobre o fato de que nenhuma característica da pessoa exerce influencia no desenvolvimento de forma isolada, precisando ser compreendida entre as características psicológicas e o ambiente específico, no caso, estas características foram compreendidas com base no ambiente sala de Fisioterapia.

### *Relação interpessoal fisioterapeuta e paciente*

A Fisioterapeuta que participou deste estudo relatou que busca se aproximar da criança com brinquedos, músicas, diálogo com a criança e sua família, buscando sempre fazer uma sessão Fisioterapêutica mais prazerosa para a criança e estimular outras áreas que não só a motora. A Fisioterapeuta relatou que percebeu o estabelecimento do vínculo por meio de expressões verbais (balúcio) e não verbais (olhar).

Para que o Fisioterapeuta possa contribuir com o desenvolvimento da criança com para-

lisa cerebral, em muitos aspectos torna-se necessário que este lhe ofereça segurança e autoconfiança (4). Afinal, o objetivo do Fisioterapeuta é o de promover o bem-estar geral deste ser como pessoa humana, preocupando-se em suprir positivamente suas diversificadas e complexas carências de diferentes naturezas circunstanciais que extrapolam a dimensão bio-física deles (4).

Segundo critérios utilizados pela Matriz de Observação de relações interpessoais (12), o caráter da relação estabelecida entre a Fisioterapeuta e a criança foi do tipo interativa compartilhada. Quanto ao tom afetivo presente, este foi categorizado como positivo. É importante o estabelecimento de vínculo terapêutico e interação recíproca entre terapeuta e paciente e o estabelecimento de uma relação interpessoal que favoreça de maneira positiva o desenvolvimento da terapia (11). Como o programa de habilitação ou de reabilitação é uma tarefa intensa e extensa e medida não apenas em meses, mas em anos, consideramos imprescindível o estabelecimento de uma relação simétrica, pois o processo de tratamento implica em um contato contínuo do profissional com o paciente e exige uma convivência de ambos num grau intenso de profundidade (11).

### *Considerações finais*

De acordo com os dados encontrados neste estudo, pode-se considerar que os atributos da criança foram relevantes no estabelecimento de uma relação afetiva positiva e uma relação interpessoal consistente entre Fisioterapeuta e paciente, pois a Fisioterapeuta relatou vários fatores que faziam parte das características da criança que a instigavam a se aproximar dela e investir cada vez mais em seu desenvolvimento.

Estes dados tornam necessário inferir que os atributos de uma pessoa são dinâmicos e difíceis de serem indissociáveis, afinal, o que pode ser uma demanda em um determinado contexto, em outro pode se tornar um recurso ou disposição bem como gerar isso em outras pessoas. Um exemplo disso é o fato de que a gravidade do quadro motor no contexto Fisioterapia não foi citada como demanda negativa pela Fisioterapeuta, mas esta característica possivelmente seria considerada assim se avaliada em outro contexto, como no contexto escolar, pois talvez a professora e os

colegas de sala de aula pudessem relevar o quadro motor como uma demanda negativa e isso poderia afetar de forma direta as relações estabelecidas no contexto escolar.

Os achados aqui encontrados revelam que existe a necessidade dos profissionais da área da saúde, e mais especificamente o Fisioterapeuta, perceber que a Fisioterapia vai muito além do uso de técnicas adequadas e do estudo anátomo-fisiológico do ser e considerar a dimensão do Ser Humano em vários aspectos, pois estes são totalmente relevantes no desenvolvimento e prognóstico do seu paciente.

## Referências

1. Bronfenbrenner Urie, Morris Pamela A. The ecology of developmental process. In: Pedro JG ed. Stress and violence in childhood and youth. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 1999. p. 21-95.
2. Krebs RJ. Teoria dos sistemas ecológicos: um paradigma para o desenvolvimento infantil. Santa Maria: UFSM; 1997.
3. Krebs RJ. A criança e o esporte: reflexões sustentadas pela teoria dos sistemas ecológicos. In: Krebs RJ, Copetti F, Beltrame TS, Pinto RF. Os processos desenvolvimentais na infância. Belém do Pará: SIEC; 2003. p. **91-104**.
4. Abelheira LA, Beresford H. O valor moral de uma estimulação precoce humanizada na encefalopatia crônica infantil. Fisioterapia Brasil 2004, 4: 261:266.
5. Basil C. Os alunos com Paralisia Cerebral: desenvolvimento e educação. In: Cool C, Palacios J, Marchesi A. Necessidades educativas especiais e aprendizagem escolas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p-85-92.
6. Newcombe N. Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen. Porto Alegre: Artmed, 1999.
7. Gallahue DL, Ozmun JC. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Phorte; 2001.
8. Bobath B. Atividade postural reflexa anormal causada por lesões cerebrais. São Paulo: Manole; 1978.
9. Russell D, Rosebaum P, Growlando C, Lane M, Plews N, Magavin H, Caoman D, Jarvis S. Gross motor function meassure manual. Toronto: McMaster University; 1993.
10. Copetti F. Estudo exploratório dos atributos pessoais de tenistas. Santa Maria; 2001. [Dissertação]: Universidade Federal de Santa Maria.
11. Alegretti ALC, Philot GM, Patarro IPR, Santos LA, Morais RD, Rosas SC. A relação e o estabelecimento de vínculo entre terapeuta e criança com atendimento em instituição e em clínica particular. Cadernos de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento 2001; 1: 49-35.
12. Carnicero PG, González LP, Escudeiro RR, Carretero NS. O papel da interação adulto-criança no desenvolvimento: um enfoque longitudinal. In: Teberosky Z, Tolchinsky L. Temas fundamentais em psicologia e educação: o desenvolvimento da interação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 15-39.
13. Bronfenbrenner, U. Ecological System Theory. In: Ross, V. Six theories of child development: revised formulations and current issues. London: Jessica Knigsley; 1992. p.187-249.
14. Bronfenbrenner, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
15. Brigas Grande A, Luque AF; Alfaro CG, Chacón MB, González MT, Toldán JMD. Parálisis cerebral infantil: estudo de 250 casos. Revista Neurologia 2002; 35(9): 812-817.
16. Mancini MC, Fiúza PM, Rebelo J M, Magalhães\l "back1" LAC, Coelho ZAC, Paixão ML, et al. Comparação do Desempenho de Atividades Funcionais em Crianças com Desenvolvimento Normal e Crianças com Paralisia Cerebral. Arq Neuro-Psiquiatr 2002; 60: 40-52.

Recebido em: 18/04/2005

Received in: 04/18/2005

Aprovado em: 06/04/2006

Approved in: 04/06/2006