

Tipo de Atividade e Relação Interpessoal Estabelecida entre Fisioterapeuta e Criança com Paralisia Cerebral no Contexto de Intervenção Fisioterapêutica

Kind of Activity and Relationship Between Cerebral Palsy Child and Physiotherapist While Intervention

¹Joyce Ribeiro; ²Marcus Vinicius Marques de Moraes; ³Thais Silva Beltrame*

1. Fisioterapeuta, Especialista em Desenvolvimento Infantil, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. E-mail: joycefisio@terra.com.br.
2. Fisioterapeuta, Mestre em Ciências do Movimento Humano, Docente da Universidade Regional de Blumenau – FURB. E-mail: mv.moraes@terra.com.br.
3. Educadora, Doutora em Ciências do Movimento Humano, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. E-mail: bthais@terra.com.br.

Resumo. O objetivo deste estudo foi analisar o tipo de atividade e relação interpessoal estabelecida entre fisioterapeuta e criança com paralisia cerebral no contexto de intervenção fisioterapêutica. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa do tipo estudo de caso realizado em uma escola Especial de Florianópolis-SC e teve como participantes uma criança do sexo feminino, nascida no dia 10/08/99 com iniciais A.S. O diagnóstico clínico de Encefalopatia Crônica não Progressiva ou paralisia cerebral (PC) e a Fisioterapeuta da Instituição. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Entrevista Semi-estruturada com Fisioterapeuta, Matriz de observação das relações Interpessoais e Matriz de tom Afetivo. Segundo critérios utilizados pela Matriz de Observação de relações interpessoais o caráter da relação estabelecida entre a Fisioterapeuta e a criança foi do tipo interativo compartilhada. Quanto ao tom afetivo presente foi categorizado como positivo. Constatou-se neste estudo, que a criança e a fisioterapeuta estabeleceram uma relação interpessoal consistente, desenvolvendo atividades compartilhadas e apresentando um tom afetivo positivo durante o decorrer das sessões de fisioterapia.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral; Fisioterapia; Relação Interpessoal; Contexto de desenvolvimento.

Abstract. The aim of this study was to verify the kind of activity and relationship between Cerebral palsy child and a Physiotherapist while intervention. A case study was accomplished at a special school of Florianópolis - SC and it had as participant a child of female gender been born on the 10/08/99 with clinical diagnosis of chronicle non progressive encephalopathy or Cerebral Palsy (CP). The instruments used were a glimpse with Physiotherapist, protocol of interpersonal relationships observation and a protocol of affective tone. The activities accomplished during the sessions of Physiotherapy were type shared and the affective tone was positive.

Keywords: Cerebral Palsy, Physiotherapy, Interpersonal Relationship, Developmental Context.

1. Introdução

A significativa melhora nos cuidados intensivos tem possibilitado maior sobrevivência de crianças com histórico de intercorrências nos períodos pré, Peri e pós natal¹. Os índices de mortalidade infantil têm caído significativamente² entretanto, devido às situações adversas as quais essas crianças são submetidas, muitas vezes apresentam entidades mórbidas, tais como doença da

membrana hialina, displasia broncopulmonar, sepsis, hemorragia peri-intraventricular ou lesões cerebrais¹.

A Paralisia Cerebral ou Encefalopatia Crônica não progressiva é a seqüela mais comum e sua incidência é maior a medida em que se reduzem as taxas de mortalidade de crianças de risco¹. Caracterizada como uma desordem de movimento e postura, a paralisia cerebral é resultante de uma lesão não progressiva em um

sistema nervoso imaturo. Esta desordem de movimento faz com que estas crianças tenham um desenvolvimento motor em curso anormal, apresentando atraso nas aquisições motoras^{3,4}, devido este fato, a criança com paralisia cerebral é encaminhada para programas de reabilitação logo após o diagnóstico clínico com o objetivo de suprir ou amenizar os déficits, sendo monitorada por profissionais de diferentes especialidades. Um dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação de crianças com paralisia cerebral é o Fisioterapeuta⁵.

As intervenções motoras propostas por este profissional tem como objetivo melhorar a flexibilidade, facilitar padrões normais de movimento e melhorar as capacidades motoras básicas para um melhor desempenho das habilidades funcionais⁵. Portanto, um importante contexto freqüentado pela Criança com Paralisia Cerebral é a sala de Fisioterapia. Este contexto deve proporcionar estímulos adequados as necessidades específicas de cada criança, devendo também proporcionar espaço e materiais variados bem como interações freqüentes e afetuosas entre criança e adulto^{6,7,8}.

Um dos fatores necessários para que a Fisioterapia atue diretamente no desenvolvimento da criança está na forma com que o paciente se relaciona com o terapeuta e vice-versa. Afinal, a formação de estruturas interpessoais maiores podem fomentar o crescimento psicológico da criança⁹. Durante as sessões de Fisioterapia é necessário que a criança não apenas observe as atividades propostas pelo Fisioterapeuta, mas que esse o reconheça como observador ou que realizem atividades em conjunto ambos percebendo-se como participantes de uma atividade mesmo que não façam exatamente a mesma coisa. Logo quando a criança chega na clínica é normal que o estabelecimento das relações ocorram desta maneira, mas para que esta relação seja desenvolvimentista esta necessita ser intensificada.

A tendência é que à medida que os participantes se envolvam em relações interpessoais, características tais como afetividade se desenvolvam e se tornem mais pronunciadas⁹, ou seja, à medida que o fisioterapeuta e criança se relacionam provavelmente estes desenvolveram sentimentos mais pronunciados em relação ao outro. Outro fator que tenderá a se desenvolver à medida que a criança se relaciona com o terapeuta é a reciprocidade, pois será necessário que a criança coordene no curso de uma atividade conjunta as suas com as atividades do Fisioterapeuta.

A reciprocidade favorece as aquisições de habilidades interativas bem como a evolução de um conceito de interdependência que é um fato importante para o seu desenvolvimento cognitivo. Segundo Copetti¹⁰ a reciprocidade, que é a maneira como os participantes interagem entre si; pode gerar uma motivação capaz de levar os indivíduos não só a prosseguir, mas também a interferir em padrões de atividades cada vez mais complexas que resultam em uma aceleração do ritmo e aumento da complexidade dos processos de aprendizagem.

O equilíbrio de poder que oportuniza a criança a aprender, conceitualizar e a lidar com relações de poder diferenciais contribui para o seu desenvolvimento social e também deve estar presente na relação entre fisioterapeuta e paciente. Na menção de Copetti¹⁰ equilíbrio de poder se apresenta como uma importante característica para o desenvolvimento de uma criança jovem, pois oferece a oportunidade de aprender a conceitualizar e enfrentar diferentes relações de poder, contribuindo para o desenvolvimento cognitivo e social. Bronfenbrenner⁶ ainda enfatiza que uma situação ótima para aprender e desenvolver é aquela em que o equilíbrio de poder modifica gradativamente em favor da pessoa em desenvolvimento, mostrando assim a importância cada vez maior da oportunidade de exercer o controle das situações, típicas de uma diáde de atividade conjunta

Com base nestes fatores citados anteriormente, o seguinte estudo teve como objetivo analisar o tipo de atividade e relação interpessoal estabelecida entre fisioterapeuta e criança com quadriplegia com atetose distônica no contexto de intervenção fisioterapêutica.

2. Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa do tipo estudo de caso realizada em uma Escola Especial, escolhida de forma intencional, localizada na região do continente de Florianópolis-SC. A escola disponibilizava serviço de fisioterapia duas vezes na semana, por duas fisioterapeutas em período matutino e vespertino. Participou deste estudo a Fisioterapeuta responsável pelo atendimento de 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 quadriplegia espástica grave com componente atetóide. A escolha da criança participante deste estudo também ocorre de forma

intencional por apresentar idade inferior a 6 anos no período da realização do estudo, ser assídua a escola e seus cuidadores concordarem com os termos do consentimento livre esclarecido proposto pelo comitê de ética em pesquisa. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram os seguintes: entrevista semi-estruturada, matriz de observação das relações interpessoais e matriz do tom afetivo.

Entrevista Semi-Estruturada

Refere-se à relação e o estabelecimento de vínculo entre a Fisioterapeuta e a criança em estudo, no qual a entrevistadora usou um roteiro de oito questões abertas de Alegretti⁹ para dirigir-se a Fisioterapeuta

Matriz de Observação das Relações Interpessoais

A matriz de observação utilizada teve como procedimento de análise a observação da interação entre adultos e crianças e através desta foi possível identificar o caráter da relação estabelecida entre a fisioterapeuta e a criança em estudo¹⁶. O caráter da relação pode ser classificado como interativa dos tipos compartilhada (a), não compartilhada (b1 e b2), paralela (b1+b2) ou não interativa (c) ou não categorizável (d)¹⁶. Quanto à relação interativa compartilhada, segundo o autor, dizemos que uma atividade é compartilhada (a) quando criança e adulto participam ativamente e estão envolvidos no mesmo roteiro, como, por exemplo, “levar as crianças para a cheche” ou (b) quando um dos membros atua (executa um roteiro) e o outro observa atentamente¹⁶.

Dizemos que uma atividade é não compartilhada (b1 e b2) quando só um dos membros está envolvidos na atividade (b1 se a criança estiver envolvida e a b2 no caso do adulto). Os critérios para atividade não compartilhada são: quando o membro não envolvido rejeita verbalmente o roteiro proposto pelo outro membro, sem propor nenhum roteiro alternativo ou propondo-o de forma não compartilhada (isto é, não acompanha suas atuações com comentários e/ou olhares ao companheiro); o membro não envolvido rejeita não – verbalmente o roteiro proposto com alguns destes procedimentos: a) empurra os objetos oferecidos ou afasta-se deles; realiza uma falta de cumprimento não verbal, rejeitando o que o outro membro lhe propõe sem fazer nada ou retirando o olhar, ou começando a realizar uma atividade não compartilhada; distancia-se da situação; um dos membros simplesmente observa a atuação do

outro, ou funciona como suporte físico dessa atuação (segurando um brinquedo, por exemplo), enquanto o outro realiza uma atividade não-compartilhada¹⁶.

Neste caso, frente aos critérios anteriores, não houve propostas apresentadas por nenhum dos membros; um dos membros não responde às perguntas do outro (falta de cumprimento verbal) a não ser que suas atuações sejam congruentes com essas perguntas (o que seria, como já dissemos, uma resposta não – verbal às perguntas do outro membro). Para codificar um episódio como b1 ou b2, os membros devem não compartilhar pelo menos durante 11 segundos¹⁶. Segundo o autor a Atividade é Paralela (b1 +b2) quando cada membro realiza uma atividade diferente de forma simultânea, sem deixar de apresentar algum tipo de contato entre si, tanto de caráter verbal (fazendo comentários) como não verbal (olham-se). O que diferencia uma atividade paralela de uma atividade compartilhada (a) é que não se compartilha apenas uma atividade, mas duas. Para codificar um episódio como b1+b2 a díade deve ficar pelo menos 11 segundos atuando paralelamente¹⁶.

Uma relação é não-interativa quando ela perde seu caráter diádico, isto é, quando uma ou os dois membros interagem com alguma (s) pessoa(s) que estejam na sala. Para categorizar um episódio com não interativo a situação descrita deve prolongar-se pelo menos durante 11 segundos. Não categorizável quando para tornar-se exaustiva a codificação, temos a categoria não – categorizável, para os episódios nos quais: a audição ou a imagem não é nítida; há uma coincidência de critério temporal em duas categorias excludentes, por exemplo, há 10 segundos de a e 10 segundos de b1¹⁶.

Os critérios para que a relação seja considerada interativa são: um dos membros faz uma proposta e o outro a executa; um dos membros faz comentários sobre as atuações que está realizando; as atuações transcorrem entrelaçadas com perguntas de um membros e respostas do outro; às vezes, um deles pode não responder às perguntas, porém suas atuações são congruentes com as mesmas: uma espécie de resposta não verbal, por exemplo: vamos fazer a comidinha?, pergunta a mãe; a criança não responde mas pega as panelinhas e segue o roteiro sugerido; há olhares mútuos, embora não necessariamente simultâneos¹⁶.

Este instrumento foi utilizado durante as sessões de Fisioterapia, onde a pesquisadora permanecia na sala de Fisioterapia e realizava as observações segundo os critérios descritos a cima, qual eram as

características presentes na relação entre a Fisioterapeuta e a Paciente. A Observadora buscou participar de algumas sessões antes que a matriz fosse aplicada para que sua presença não interferisse na naturalidade do transcorrer da sessão de Fisioterapia, buscando também não interagir entre a Fisioterapeuta e paciente durante esta análise¹⁶.

Matriz de Observação do Tom Afetivo

Também foi analisado o tom afetivo entre o fisioterapeuta e a criança através de uma matriz de observação de Carnicero¹⁶. Segundo o autor os critérios para que o tom afetivo seja considerado positivo são a ocorrência de determinados critérios corporais durante a interação fisioterapeuta paciente (carícias, abraços, passar a mão no ombro do acompanhante, sentar-se no colo do adulto, etc). O tempo de duração destes contatos não é importante, é suficiente que ocorra apenas um deles¹⁶.

O tom afetivo é neutro se durante a interação não ocorre o tipo de contato mencionado anteriormente, embora possam existir outros de outra índole: encostar a mão no momento de pegar um objeto.; ambos se mantêm a uma distância não superior a 50 cm; não existe nenhuma forma de rejeição da criança ao tipo de contato que define o tom positivo¹⁶.

O tom afetivo é negativo se a distância entre ambos é superior a 50 cm, pelo menos durante o lapso de 11 segundos; na criança há rejeição explícita ao contato corporal do adulto; a rejeição pode ser não-verbal (retrair o corpo para trás, por exemplo) ou verbal (deixe-me em paz!) Se essas rejeições ocorrerem apenas uma vez, isso já é suficiente para categorizar o tom afetivo do episódio como negativo¹⁶.

Classificado como tom afetivo não categorizável estão aqueles episódios nos quais há uma coincidência de critério temporal em duas categorias excludentes, como, por exemplo, 10 segundos com uma distância superior a 50cm e 10 segundos com uma distância inferior a 50 cm; ou a existência de uma rejeição explícita da criança a um contato corporal e a uma carícia ou abraço¹⁶. Os procedimentos para observação do tom afetivo foram os mesmos da observação da relação interpessoal.

Procedimento de Coleta de Dados

Primeiramente entrou-se em contato com uma Escola Especial de Florianópolis-SC aonde foi explanado à Direção e a Fisioterapeuta os

objetivos deste estudo; após obtenção de um parecer positivo destas providenciou-se um agendamento prévio com as Fisioterapeutas da Instituição para a escolha do sujeito de estudo. Após escolha da criança do estudo a partir de critérios já citados 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. A Escolha da criança do estudo foi determinante para a escolha da Fisioterapeuta que participaria do estudo, pois, teria que ser a Fisioterapeuta que realizasse as intervenções na criança escolhida.

Após determinação dos sujeitos do estudo foi agendado com a Fisioterapeuta os dias em que o pesquisador observaria as intervenções inicialmente para se inserir no contexto da escola especial, e mais especificamente na rotina de intervenção fisioterapêutica proposta a criança do estudo.

Foram realizadas três observações com a intenção de inserção do pesquisador e sete observações para a classificação do tipo de atividade realizada e tom afetivo apresentado segundo critérios das matrizes utilizadas.

3. Resultados e Discussão

Alegretti¹³ realizou uma pesquisa com o objetivo de verificar como ocorria a relação e o estabelecimento de vínculo entre terapeuta e criança onde participaram do estudo profissionais de instituições e clínica e foi constatado que na maioria dos casos as crianças de instituições são encaminhadas para o profissional da saúde por meio interno, ou seja, a criança é encaminhada para o Fisioterapeuta pelo Médico ou outros profissionais da própria instituição após ter passado por um processo de triagem ao contrário das crianças atendidas em clínicas.

No caso da aluna em questão o seu encaminhamento para os serviços de Fisioterapia ocorreu também desta maneira, a criança passou por um processo de triagem onde foi constatado que necessitava de Fisioterapia, no entanto, o primeiro contato entre a Fisioterapeuta e a paciente ocorreu já em outra instituição na qual a Fisioterapeuta trabalhava anteriormente. Nesta escola, antes de entrar em contato novamente com a aluna a Fisioterapeuta trocou informações com a família e verificou anotações feitas no prontuário para, somente após estes procedimentos ter contato direto com a criança.

Segundo Alegretti¹³ este procedimento é o mais comumente encontrado sendo que dos participantes de sua pesquisa, 100% dos

profissionais tanto de instituições como de clínica tem o primeiro contato com a família para somente depois conhecer a criança.

A Fisioterapeuta relatou atender nesta instituição crianças com distúrbios emocionais, físicos, afetivos, distúrbios da fala e intelectuais, quando foi questionada se tinha preferência em lidar com um tipo específico de distúrbio ou deficiência não declarou preferência, mas relatou que sua maior dificuldade era de interagir com crianças com distúrbios intelectuais. Fato surpreendente este, pois, esperava-se que o quadro motor pudesse ser relevante neste caso o que não foi demonstrado pela Fisioterapeuta e pode ser explicado pelo fato deste profissional ter experiência com esta população e ter conhecimento dos transtornos motores, pois segundo relato de pesquisadores^{17,19} este profissional é responsável pela avaliação, orientação e informação sobre as necessidades e capacidades de cada aluno e quanto às possibilidades e adaptações para facilitar determinado movimento, independência e autonomia desse aluno, a fim de desenvolver o máximo de suas capacidades.

Este dado nos faz inferir o fato de que a experiência e o conhecimento do tipo de deficiência com a qual se atua pode refletir no tipo de atitude expressa pelo profissional²⁰, ou seja, esta profissional poderá ter mais dificuldade em estabelecer uma eficiente relação interpessoal com alguma criança com distúrbio intelectual do que com as demais crianças mesmo que apresente um grave quadro motor. Isso se explica possivelmente pelo fato da formação do Fisioterapeuta estar muita vezes centrada no desenvolvimento motor proporcionando a este profissional uma maior segurança de lidar com este aspecto e menor ao lidar com a deficiência mental.

Quanto a busca pela aproximação do paciente os profissionais participantes da pesquisa de Alegretti¹³ relataram formas diferenciadas de buscar a aproximação da criança. Dos profissionais entrevistados por Alegretti¹³, 65% utilizaram a observação como forma de se aproximarem da criança e estabelecerem a relação, e 33% preferem atuar desde o primeiro momento. Já a Fisioterapeuta que participou deste estudo relatou que busca se aproximar da criança para estabelecer uma relação através de brinquedos, músicas, diálogo com a criança e sua família buscando sempre fazer uma sessão Fisioterapêutica mais prazerosa para a criança e buscando estimular outras áreas que não só as motoras. Segundo a Fisioterapeuta quando a criança interage através de um olhar ou de outras expressões verbais ou não verbais ou a

Fisioterapeuta percebe que a criança dá respostas as atividades propostas é que o vínculo desejado foi estabelecido.

Pesquisadores relatam¹¹ que é importante que os profissionais responsáveis por qualquer tipo de cuidado na área da saúde, sejam capazes de executarem seus cuidados sendo capazes de observar tanto as manifestações verbais como as não verbais do paciente podendo assim compreender melhor suas necessidades individuais. O cuidado ao paciente envolve necessidade biopsico-espirituais e afetivas, estando diretamente relacionado com o processo de comunicação entre o paciente-cliente. Para haver o cuidado eficiente e eficaz, ambos os sujeitos precisam compreender os sinais presentes na relação interpessoal, seja pelos gestos, expressões ou palavras^{12,13}.

Segundo Sheperd⁵ a sala de Fisioterapia deve ser um ambiente que possibilite a criança à oportunidade para exploração e estimulação; espaços e materiais variados adequados para cada idade; estimulação verbal e sensorial; relação afetuosa e freqüente entre terapeuta e a criança; condições para que possa explorar seu potencial motor; auxiliá-las na aquisição de padrões essenciais, preparando-as para uma atividade mais complexa; proporcionar maior independência motora ampliando sua relação com o meio, para que possa desenvolver outras habilidades; evitar que ocorram ações reflexas indesejáveis. Constituindo-se desta forma como um contexto primordial de desenvolvimento que segundo Bronfenbrenner^{6,7}, é aquele no qual a criança pode observar e engajar-se em padrões de atividades conjuntas, progressivamente mais complexas, com ou sob orientação direta de uma pessoa ou de pessoas que já possuem conhecimentos e habilidades ainda não adquiridas pela criança, e com quem ela desenvolveu um relacionamento emocional positivo.

Todo processo reabilitador pressupõe dinâmica de interação entre o terapeuta e o paciente, que poderá condicionar situação favorável ou não ao tratamento. O paciente considerado como pessoa humana e não somente como doente portador dessa ou daquela enfermidade, reagirá mais motivado e sua participação será mais positiva assim pode-se considerar o estabelecimento do vínculo terapeuta paciente de grande importância para a evolução do tratamento¹³.

Uma importante causa da desumanização das pessoas com Paralisia Cerebral é a falta de informação a respeito de como se devem tratar os seres humanos, principalmente se o propósito

profissional for cuidar do bem estar dos mesmos. Para que o Fisioterapeuta possa contribuir com o desenvolvimento da criança com paralisia cerebral em muitos aspectos torna-se necessário que este ofereça-lhe segurança e auto-confiança¹⁴. 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 dos mesmos¹⁴.

Oriá et al.¹² relatam em sua pesquisa que a comunicação é imprescindível para uma assistência prestada com qualidade. Destacaram alguns pontos negativos que limitam o inter-relacionamento entre profissional da saúde e seu paciente. A ansiedade dos profissionais na rotina diária com o cliente grave e atitudes impessoais utilizadas como mecanismos de defesa podem ser alguns dos fatores interferentes na efetiva interação.

Segundo critérios utilizados pela Matriz de Observação de relações interpessoais de Carnicero et al.¹⁶ o caráter da relação estabelecida entre a Fisioterapeuta e a criança foi do tipo interativa compartilhada. Quanto ao tom afetivo presente foi categorizado como positivo. Alegretti⁹ relata que é de grande importância 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.

Como o programa de habilitação ou de reabilitação é uma tarefa intensa e extensa, 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 profundidade¹³. O fato do profissional da saúde souber ouvir o paciente e encarar a intervenção não como um simples procedimento técnico, mas buscar perceber o que o paciente sente e percebe diante dos procedimentos aos quais está sendo exposto, pode tornar este contexto rico devido ao estabelecimento de uma importante relação interpessoal¹⁷.

Pesquisadores²¹ citam que a relação entre terapeuta e paciente exige a constituição de uma díada primária, pois, na ausência do terapeuta a paciente deve seguir o que este lhe havia explicado, no caso da relação terapeuta paciente a importância da constituição de uma díada também é imprescindível pelo mesmo motivo.

Bronfenbrenner^{6,7} considera que díades oferecem uma força poderosa na motivação da aprendizagem e orientação do curso do desenvolvimento, tanto quando elas ocorrem em uma interação face a face, quanto em sua ausência. Portanto, qualquer profissional que lide com a vida humana deve antes de tudo enxergar o ser agregado ao valor humano, sem esquecer que, antes de se aplicar um tratamento ou técnica de intervenção terapêutica neste paciente, é preciso interpretá-lo como a vida humana que ele efetivamente é¹⁴.

Entre os conceitos de humanização no atendimento em saúde encontram-se o fato do profissional envolvido no atendimento levem em consideração as subjetividades de seu paciente, seus valores culturais e pessoais focalizando a pessoa e não apenas a patologia bem como deve valorizar a comunicação e a empatia apresentada entre os mesmo¹⁴.

4. Conclusões

Constatou-se que neste estudo, a criança e a fisioterapeuta estabeleceram uma relação interpessoal consistente, desenvolvendo atividades compartilhadas e apresentando tom afetivo positivo durante o decorrer das sessões de fisioterapia.

Diante deste achado cabe ressaltar que existe a necessidade dos profissionais da saúde perceberem que sua atuação vai além do uso de técnicas adequadas e do estudo anatomo-fisiológico, pois, deve-se considerar vários aspectos como relevantes no desenvolvimento e melhor prognóstico da criança, tal como a forma da relação estabelecida com esta.

Para que isso ocorra, existe a necessidade de se identificar os fatores envolvidos no processo de determinação do estabelecimento da relação entre o fisioterapeuta e paciente e tipo de atividades realizadas durante as intervenções, pois estes fatores podem interferir no cuidado as crianças e repercutir de forma direta no desenvolvimento infantil. Sugere-se que novos estudos sejam realizados buscando identificar as dificuldades encontradas por este profissional durante sua prática e no estabelecimento da relação interpessoal com a criança, para posteriormente se propor estratégias de sanar estas dificuldades e favorecer o atendimento fisioterapeuta, possibilitando o estabelecimento de vínculos entre quem cuida/intervêm e quem é cuidado.

5. Referências

1. Silveira RC, Proxianoy RS. Lesões isquêmicas cerebrais no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro.2005;81(1):23-32.
2. Gallahue DL, Ozmun JC. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Phorte Editora, 2005.
3. Bobath B. Atividade postural reflexa anormal causada por lesões cerebrais. 2. ed. Sao Paulo : Manole, 1978.
4. Bobath B. Bobath B. Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral. São Paulo : Manole, 1989.
5. Shepherd RJ. Fisioterapia em Pediatria. 3.ed. São Paulo: Editora Santos, 1995.
6. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
7. Bronfenbrenner U. The Ecology of Developmental Process. In: Pedro, J. G. (Ed.) Stress and Violence in Childhood and Youth. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 1999:21-95.
8. Newcombe N. Desenvolvimento Infantil: abordagem de Mussen. 8ª. Ed. Porto Alegre. Artmed, 1999.
9. Bronfenbrenner U. A ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
10. Copetti F. Estudos exploratório dos atributos pessoais de tenistas. Tese de Doutorado em Ciência do Movimento Humano. Universidade Federal de Santa Maria. RS, 2001.
11. Siqueira AB, Filipini R, Posso MBS, Fiorano AMM, Gonçalves SA. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade de assistência. *Arq Med ABC*. 2006;31(2):73-7.
12. Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. *Rev Eletrônica Enfermagem [periódico on-line]* 2004; 6: 292-5. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>> [11/09/2005].
13. Fiorano AMM. O impacto das emoções no processo ensinoaprendizagem no curso de graduação em Enfermagem. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado - Psicologia da Educação] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC).
14. 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*. São Paulo.2001;1(1):35-49.
15. Abelheira LA, Beresford H. O valor moral de uma estimulação precoce humanizada na encefalopatia crônica infantil. *Fisioterapia Brasil*.2004.5(4) 261 - 266.
16. Carnicero PG, González LP, Escudeiro RR, Carretero NS. O papel da interação adulto- criança no desenvolvimento: um enfoque longitudinal. In: Teberosky A, Rolschinsky L. *Temas Fundamentais em Psicologia e Educação: o desenvolvimento da interação*. 1997. 1(2) 15-39.
17. [17] Silva MGA. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal –a percepção do cliente. *Rev. latino-am.enfermagem*.1998. 6(1) 27-31.
18. Fonseca V. Educação Especial: programa de estimulação precoce. 2. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995. 245p
19. 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.
20. Cidade R.E, Tavares MCGCF, Ledewig I. Aprendizagem motora e cognição em portadores de deficiência. Disponível em: <<http://www.entreamigos/tema/esporte>> (ultima atualização5/12/2001).
21. Rodrigues D. A Educação Física perante a Educação Inclusiva: reflexões conceituais e metodológicas. Disponível em: <<http://www.sobama.org.br>> Acesso em: 3 maio de 2003.
22. Franco ALS, Bastos ACS. Um olhar sobre o Programa da saúde da família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da vigilância da saúde. *Psicóloga em Estudo*.2002.7(2), 65-72.
23. Deslandes SF. A ótica dos gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência e saúde coletiva*. 10(3):615-626,2005.