

**UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE**  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento

**Interdisciplinaridade: A percepção das mães sobre os  
diferentes atendimentos recebidos por crianças com  
paralisia cerebral**

João Roberto de Souza Silva

São Paulo  
2011

João Roberto de Souza Silva  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento

**Interdisciplinaridade: A percepção das mães sobre os diferentes atendimentos recebidos por crianças com paralisia cerebral**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção de Título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Maria Blascovi de Assis

**Linha de Pesquisa- Políticas de atendimento: campos de atuação, programas, recursos e intervenções especializadas abrangendo, preferencialmente, educação, saúde, seguridade social e trabalho.**

São Paulo  
2011

S586i Silva, João Roberto de Souza  
Interdisciplinaridade: a percepção das mães sobre os  
diferentes atendimentos recebidos – João Roberto de Souza  
Silva. 2011  
80 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbio do Desenvolvimento) -  
Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2011.  
Referências bibliográficas: f. 68-75.

1. Interdisciplinaridade. 2. Paralisia cerebral. 3. Percepção  
familiar. I. Título.

CDD 617.836

João Roberto de Souza Silva

**Interdisciplinaridade: A percepção das mães sobre os diferentes atendimentos recebidos por crianças com paralisia cerebral**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção de Título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Silvana Maria Blascovi de Assis – Orientadora  
Universidade Presbiteriana Mackenzie

---

Profa. Dra. Sueli Galego de Carvalho  
Universidade Presbiteriana Mackenzie

---

Prof. Dr. Lineu Norio Kohatsu  
Universidade de São Paulo

## **DEDICATÓRIA**

A todos que tornaram este sonho possível, em especial à minha família.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer por algo tão importante na minha existência é algo difícil, pois não quero ser injusto embora corra o risco de ser. Sonhamos sozinhos, mas para a realização dos mesmos precisamos de muitas pessoas, e de suas palavras, disposição e escuta. Todos aqui citados contribuíram de uma forma única e especial para realização deste trabalho.

À minha família: Mãe, Pai, Fernanda, Vó Nadir e Vô João (*in memory*), por todo incentivo e apoio para chegar até aqui.

Ao Mackenzie que mais do que minha formação acadêmica possibilitou-me ser Mackenzista. Amigos e professores, com os quais tive o prazer de compartilhar, aprender e crescer. Uma vivência e experiência rara e única que levo para sempre na memória e coração, com carinho e cuidado para nunca perder o quente desta lembrança. Faltam palavras para expressar a gratidão, o prazer e orgulho de ser Mackenzista.

À Profa. Dra. Silvana Maria Blascovi de Assis por todo seu acolhimento e por ser um exemplo de profissional para mim. Sua forma de ser-no-mundo, seu cuidado com as palavras, sua maneira de escutar, e forma de ensinar ficarão registradas e guardadas para sempre. Obrigado por sempre acreditar e orientar meu potencial acadêmico e humano.

À Profa. Dra. Sueli Galego de Carvalho que muito mais do que a colaboração neste trabalho, por todo o incentivo em cada breve conversa pelo *campus*,

durante todo meu processo de formação, sempre com doces palavras e muita delicadeza.

Ao Prof. Dr. Lineu Norio Kohatsu que com sua visão crítica e rigorosa, porém sem nunca perder o bom humor contribuiu muito mais que somente para este trabalho, mas reforçou a minha visão de que não é porque somos rigorosos que devemos ser sisudos.

Agradeço aos meus amigos. Como a vida fica mais fácil e bela ao lado de vocês. Especialmente à Aline Mazutti (Lili), Camila Alano (Cami), Eduardo Matsuoka (Japonês), Giovanni Gaeta (Gio-Gio), Ivens Hira Pires (Ivens), Juliana Santana (Filha), por todo apoio, inspiração, força, conselhos que sempre me ofereceram. Vocês, mais do que ninguém, sabem o quanto foram importantes nesta trajetória e que levo vocês para a vida.

À Débora Diegues (Dé) e os seus mágicos sorrisos que sempre deixam à vida com muito mais encanto e leveza.

À Profa. Dra. Beatriz Regina Pereira Saeta e Profa. Dra. Irani Tomiatto de Oliveira por todo apoio e carinho desde a graduação. Vocês duas são um exemplo para mim de compromisso, ética e respeito com a academia.

À Profa. Dra. Maria Eloísa Fama D'Antino, sem dúvida uma das pessoas mais interdisciplinares que já tive o prazer de compartilhar e aprender. Sua disciplina no Mestrado será sempre lembrada com saudades.

À Clínica de Fisioterapia do Mackenzie, seus funcionários, a Profa. Ms. Ana Paola Sarpi Chiodo Soler e seus estagiários e ao Prof. Dr. Marcelo Fernandes,

responsável pela Clínica, meus sinceros agradecimentos por terem sido tão receptivos e colaboradores com a minha pesquisa.

Ao Prof. Dr. Altivir João Volpe pelas orientações sobre entrevistas em grupo.

As mães pela disponibilidade e compreensão sobre o nosso trabalho. Sem vocês esta pesquisa não aconteceria.

As minhas estagiárias Fernanda Araújo, Letícia Leime e Letícia Souza por todo cuidado e carinho com este trabalho e principalmente com as crianças com paralisia cerebral.

Agradeço a CAPES por ter financiado e apoiado este estudo, além de acreditar no meu potencial.

Agradeço ao MackPesquisa por ter auxiliado e apoiado este estudo.



*“O saber de uma pessoa é o que resta daquilo  
que ela esqueceu de tudo o que aprendeu.”*

**Blaise Pascal (1623-1662)**

SOUZA-SILVA; J.R., **Interdisciplinaridade: A percepção das mães sobre os diferentes atendimentos recebidos por crianças com paralisia cerebral.** Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie. 2011.

## Resumo

O processo de saúde e educação de crianças com Distúrbios do Desenvolvimento é extremamente complexo e interdependente. A interdisciplinaridade apresenta-se como alternativa de construção de um modelo que possibilite discussões que podem resultar em novas propostas de ação e intervenção para além das fronteiras impostas pelas especialidades, estabelecendo, assim, parâmetros conceituais e metodológicos que possam colaborar com o diagnóstico e a intervenção. A Paralisia Cerebral (PC) é descrita como uma lesão encefálica não progressiva. Tem como principal característica a disfunção motora, porém, pode, em alguns casos, apresentar defasagem cognitiva, de linguagem ou sensorial. O objetivo deste estudo foi investigar o tipo de atendimento recebido por crianças até 08 anos com PC e conhecer a percepção sobre a interdisciplinaridade no atendimento dessas pessoas a partir do relato de suas mães. O método caracteriza-se por um estudo clínico – qualitativo, a coleta de dados foi feita por meio de sessões de entrevista grupal com as mães com duração de aproximadamente noventa minutos. Os resultados foram obtidos por meio da análise de conteúdo. A interação entre os profissionais que atendem a criança é percebida e traduzida pelas mães como uma tentativa de formação de equipes interdisciplinares, porém, com práticas multidisciplinares, ou seja, são equipes compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde, mas sem uma integração e

colaboração efetivas entre as especialidades. Devido à complexidade do quadro da paralisia cerebral, a teoria e a prática interdisciplinar tornam-se fundamentais e necessárias para uma intervenção junto a estas crianças. Continuar explorando e aprofundando outros aspectos da interdisciplinaridade, com o objetivo final de proporcionar uma assistência mais adequada às crianças com PC e suas famílias, assim como os demais Distúrbios do Desenvolvimento deve ser prioridade no planejamento, conduta e formação de profissionais das áreas da saúde e da educação.

**Palavras – chave:** *Interdisciplinaridade, paralisia cerebral, percepção familiar.*

## **Abstract**

The process of health and education of children with development disorders is extremely complex and interdependent. The interdisciplinary presents itself as an alternative to building a model that enables discussions that may lead to new proposals for action and intervention beyond the boundaries imposed by specialties, thereby setting the conceptual and methodological parameters that can assist in diagnosis and intervention. Cerebral Palsy is described as a non-progressive brain injury. Its main characteristic motor dysfunction, however, may in some cases, have cognitive delay, language or sensory. The aim of this study was to investigate the type of care received by children up to 08 years with a Cerebral Palsy and know the perception of an interdisciplinary approach in meeting these people from the reports of their mothers. The method is characterized by a clinical study - qualitative data collection was done through their group interview sessions with mothers lasted approximately ninety minutes. The results were obtained through content analysis. The interaction between the professionals who serve the child is perceived and translated by mothers as an attempt to form interdisciplinary teams, but with multidisciplinary practices, or are teams composed of professionals from different areas of health, but without integration and collaboration effective among the specialties. Due to the complexity of the context of cerebral palsy, interdisciplinary theory and practice become a fundamental and necessary to intervene with these children. Continue exploring and deepening other aspects of interdisciplinary, with the ultimate goal of providing a service more suited to children with Cerebral Palsy and their families, as well as other disorders should be a priority

in development planning, conduct and training of professionals in the areas of health and education.

**Keywords:** *Interdisciplinary, cerebral palsy, family perception.*

## **Lista de Quadros**

Quadro 1- Caracterização dos participantes. p.44

Quadro 2- Caracterização dos atendimentos terapêuticos. p. 45

Quadro 3- Categorias de Análise. p. 49

## Lista de Abreviaturas

Paralísia Cerebral - PC

## Sumário

1. Introdução.....	18
2. Referencial Teórico.....	22
3. Objetivos.....	35
4. Método.....	37
5. Resultados e Discussão.....	44
6. Considerações Finais.....	65
7. Referências.....	69
8. Anexos.....	78



## **INTRODUÇÃO**

## 1. Introdução

Ingressei no curso de psicologia em fevereiro de 2005 com o intuito de me tornar professor e pesquisador desta área que tenho grande apreço. Já no meu segundo semestre do curso comecei a vivenciar a prática acadêmica, pois me tornei monitor de Anatomia e Fisiologia Humana e, no terceiro semestre do curso fiz minha iniciação científica, momento em que tive a certeza de que queria seguir o caminho da pesquisa. No quarto semestre na disciplina Projeto Investigativo em Psicologia – PIP, fiz parte da turma da Profa. Silvana Maria Blascovi de Assis, na qual pudemos desenvolver em grupo, um projeto sobre a interdisciplinaridade intitulado: “A percepção dos estudantes de psicologia e fisioterapia sobre a Interdisciplinaridade”, trabalho este que rendeu duas publicações de resumos em congressos.

Este trabalho direcionou o meu interesse por este tema, pois a possibilidade de diálogo entre as diferentes disciplinas trazia à tona uma questão que sempre me preocupava na psicologia, a formação de “nichos” teóricos. A psicologia apresenta diferentes abordagens, cada uma com instrumentos e problemática própria e muitas vezes elas têm dificuldade de diálogo, esquecendo de que o objeto comum a todas é o homem.

Assim, com este pensamento e depois de alguns entraves na minha primeira proposta de Trabalho de Graduação Interdisciplinar, procurei a Profa. Silvana e trabalhamos novamente com o tema, desta vez sobre “Os conceitos da interdisciplinaridade no campo da saúde” e desde então começamos a pensar e elaborar o projeto de Mestrado, e aqui estamos.

Estudar a interdisciplinaridade dentro do campo dos Distúrbios do Desenvolvimento é algo extremamente complexo e necessário, pois o trabalho de habilitação e reabilitação destas crianças pressupõe a abordagem interdisciplinar.

Segundo Minayo (1991) interdisciplinaridade na área da saúde coletiva apresenta-se como uma exigência interna, pois a saúde e a doença no seu âmbito social envolvem simultaneamente relações sociais, emocionais, afetivas e biológicas, além de razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos.

De acordo com Blascovi-Assis (2004) este caráter interdisciplinar pressupõe mudanças no perfil dos profissionais que compõem uma equipe de reabilitação. Segundo D'Antino (2008) uma abordagem interdisciplinar possibilita uma discussão que pode resultar em novas propostas de ação e intervenção, para além das fronteiras impostas pelas especialidades, isto porque o processo de saúde e educação de crianças com distúrbios do desenvolvimento é extremamente complexo e interdependente.

Constata-se, assim, uma interface entre as áreas das ciências humanas e das ciências da saúde na construção de uma abordagem interdisciplinar, pois há interesse pela participação familiar e pelos processos motivacionais que facilitam o desenvolvimento e a evolução no tratamento, e as relações da tríade – família, criança, terapeuta (BLASCOVI-ASSIS, 2004).

Com o intuito de se estabelecer parâmetros conceituais e metodológicos que possam colaborar para o diagnóstico e intervenção em distúrbios do

desenvolvimento, a construção de um modelo interdisciplinar faz-se necessária (D'ANTINO, 2008), pois os profissionais, segundo Blascovi-Assis (2004) percebem quase instintivamente que, isoladamente, pouco se consegue para potencializar a reabilitação do indivíduo.

## **REFERENCIAL TÉORICO**

## 2. Referencial Teórico

### 2.1. Interdisciplinaridade

A compreensão do conceito de interdisciplinaridade vem se tornando cada vez mais objeto de estudos e atenção de muitos pesquisadores (D'ANTINO, 2008). No Brasil os grandes disseminadores da interdisciplinaridade são: Ivani Fazenda e Hilton Japiassu. Ambos têm em comum na formação a experiência européia, possuindo como referência Georges Gusdorf, este foi o primeiro a propor uma proposta interdisciplinar de trabalho para pesquisa dentro das ciências humanas (SILVA, 2000). Gusdorf elaborou um projeto de pesquisa interdisciplinar para as ciências humanas, apresentando em 1961 à UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura) (D'ANTINO, 2008). Segundo Melo (2003) *apud* D'Antino (2008) Gusdorf tinha o intuito de enfrentar o aparecimento de inúmeras especializações propondo criar uma mentalidade interdisciplinar.

Em 1976 o lançamento do livro Interdisciplinaridade e a patologia do saber de H. Japiassu, cujo prefácio foi escrito por Gusdorf, foi um marco para se pensar na interdisciplinaridade no Brasil, posteriormente Ivani Fazenda foi apresentada ao autor, e esta começou a se dedicar a pesquisa do tema interdisciplinaridade nas suas mais diferentes facetas (SILVA, 2000)

Georges Gusdorf, no prefácio do livro Interdisciplinaridade e a patologia do saber, de Hilton Japiassú (1976, p.26), escreveu: “A exigência interdisciplinar impõe a cada especialista que transcenda sua própria

especialidade, tomando consciência de seus próprios limites para acolher as contribuições das outras disciplinas.”

Japiassu (1976) afirma que interdisciplinaridade pode ser entendida como uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definidas no nível hierárquico imediatamente superior, o que introduz noção de finalidade. Desse modo, para Japiassu (1976) é um método capaz de fazer com que duas disciplinas interajam entre si.

Segundo Fazenda (1992) interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, ou melhor, dizendo um regime de co-propriedade que irá possibilitar o diálogo entre os interessados. A interdisciplinaridade depende basicamente de uma atitude.

Em suma, interdisciplinaridade é um sistema de dois níveis (coordenação e relações de parceria) com o objetivo de superar a fragmentação do conhecimento. Sendo assim, para Silva (2000) tal integração é facilitada e orientada pela existência de uma temática comum a todas as disciplinas que observarão o objeto a ser estudado, exigindo, portanto, a cooperação e coordenação entre as disciplinas.

Segundo Santomé (1998) apostar na interdisciplinaridade significa defender um novo tipo de pessoa, mais aberta, mais flexível, solidária, democrática. A palavra interdisciplinaridade, graças a sua etimologia, *Inter-* preposição latina que significa: entre, no meio de, no número de, junto de e *Disciplinaridade* – do substantivo disciplina, do conceito latino de aprender;

traduz não apenas o vínculo ente os saberes, como também, o de um saber com o outro saber, ou dos saberes entre si (COIMBRA, 2000).

Para Coimbra (2000), então, interdisciplinar consiste em um tema, objeto, ou abordagem em que duas ou mais disciplinas, *intencionalmente*, estabelecem nexos e vínculos entre si para alcançar um conhecimento mais abrangente, ao mesmo tempo diversificado e unificado.

De acordo com Leff (2000) a discussão a respeito da interdisciplinaridade vem à tona no final dos anos 60 começo da década de 70, como um dos sintomas de uma crise que se manifesta pelo fracionamento do conhecimento.

As atuais tendências de globalização, os avanços das tecnologias levaram a uma necessidade cada vez maior de uma abordagem de perspectiva interdisciplinar que congregue as diferentes áreas do saber, isso porque o pensamento cartesiano, embora, tenha conduzido a avanços e especializações, levou também a hiper-especialização, uma vez que segundo Leff (2000) esta racionalidade caracterizou-se pela divisão do trabalho intelectual e fragmentação do conhecimento.

O paradigma cartesiano, portanto, hoje, vêm sendo repensado por uma forma mais integradora do conhecimento, uma vez que tal modelo se encontra esgotado, conduzido, então à interdisciplinaridade (VILELA e MENDES, 2003), entretanto a racionalidade cartesiana foi de grande importância ao conhecimento, uma vez que abriu caminhos para o enfrentamento de



problemas específicos atendendo a necessidade da formação de especialistas das diversas áreas do conhecimento.

Ainda hoje, de acordo com Amorim et. al. (2001) a prática pedagógica é feita de maneira cartesiana, dificultando a compreensão da realidade pelos profissionais, que conservam a visão mecanicista nas situações vivenciadas. Assim, segundo Aiub (2006), faz-se necessário uma abordagem interdisciplinar nas diferentes áreas do conhecimento que possibilite um diálogo entre as diferentes disciplinas para uma melhor compreensão do ser humano e de seu contexto social.

A interdisciplinaridade, então, implica em um processo de inter-relação de processos e saberes, conhecimento e práticas que ultrapassa o campo da pesquisa do ensino no que se refere estritamente às disciplinas científicas e suas possíveis articulações (LEFF, 2000).

O termo interdisciplinaridade vem sendo usado como um sinônimo de interconexão e possível “colaboração” entre os diversos campos do conhecimento e do saber dentro de projetos, que envolvam desde disciplinas acadêmicas, até práticas não científicas incluindo as instituições e seus diversos atores sociais. A interdisciplinaridade é uma proposta para restabelecer as interdependências e inter-relações entre diferentes processos, ou seja, a tentativa de “retotalizar” o conhecimento, sendo assim, a interdisciplinaridade passa a ser entendida como uma estratégia capaz de reintegrar o conhecimento para apreender uma realidade complexa (LEFF, 2000).

Para que ocorra uma reflexão crítica sobre a interdisciplinaridade faz-se necessário voltar os marcos conceituais e bases epistemológicas que podem impulsionar à prática interdisciplinar, pois segundo Leff (2000) o conhecimento científico é composto por corpos teóricos que integram conceitos, métodos de experimentação e formas de validação do conhecimento, que possibilitam apreender cognoscitivamente a estruturação e a organização de processos materiais e simbólicos, para entender as leis e as regularidades de seus fenômenos, para estabelecer os parâmetros e o campo dos possíveis eventos nos processos de reprodução e transformação do real que constitui seus objetos científicos.

Assim, a interdisciplinaridade e toda sua complexidade não são apenas um simples somatório e combinação de paradigmas de conhecimento. Para Kuhn (1975) *Paradigma* são constructos teóricos e técnicas que coordenam as atividades de um grupo de pesquisa, ou seja, é a conjectura compartilhada pelos membros de uma comunidade científica. De acordo com Leff (2000) a interdisciplinaridade seria a transformação destes diferentes constructos teóricos em um único saber.

Morin (1995) discute a interdisciplinaridade dentro do paradigma da complexidade, o autor afirma que a interdisciplinaridade não pode prescindir e desvalorizar as disciplinas uma vez que o problema não está em que cada uma perca a sua competência, está em que se desenvolva o suficiente para se articular com as outras.

A interdisciplinaridade, portanto, deve ser entendida não somente como um método integrador, e sim como uma alternativa transformadora para: os

paradigmas atuais do conhecimento, o diálogo entre as ciências, tecnologias e saberes populares, sendo, então, um método produtor de novos conhecimentos. Assim, a interdisciplinaridade abrange em seu campo muito mais do que uma mera intervenção entre disciplinas visando o diálogo, almeja a troca, articulação entre o conhecimento, prática, e paradigmas (LEFF, 2000).

Para Leff (2000) a interdisciplinaridade terá que permitir desembaraçar e compreender os processos que envolvem os saberes, para apropriação e transformação destes. Desse modo, não há uma receita pronta para o exercício da interdisciplinaridade (PHILIPPI JR, 2000).

De acordo com Costa Neto (2000), faz-se necessário estabelecer uma relação que questione as certezas profissionais e estimule uma comunicação horizontal entre os profissionais de saúde que permita uma diversidade de ações e busca pelo consenso. Tais esforços para se estabelecer modelo de pesquisa, diagnóstico e intervenções interdisciplinares pressupõem permanente diálogo (D'ANTINO, 2008).

Uma mudança para uma atitude interdisciplinar, já que esta pressupõe um movimento dialético para transformar o velho em novo ou tornar o novo em velho. Para que isto se torne viável é necessário uma atitude de humildade diante da limitação do próprio saber, e uma atitude de perplexidade frente à possibilidade de desvendar novos saberes (FAZENDA, 2000).

Spagnuolo e Guerrini (2005) apontam que a formação profissional calcada no modelo reducionista leva às especializações, dificultando a implantação de modelos interdisciplinares. Além disso, como chamam a

atenção Beraldo e Rosito (2005), os valores envolvidos com essa proposta não são ensinados. Eles são descobertos na ampliação do olhar para o outro e para dentro de si mesmo, buscando sentido para as realizações profissionais permeadas pela ética, estética, humildade e sensibilidade.

Quando se trata da aplicação dos princípios interdisciplinares no campo da saúde, observa-se que alguns trabalhos refletem o empenho na preparação dos profissionais envolvidos, uma vez que diversas propostas atuais apontam nesse sentido, como ressalta Benito *et al.* (2005), quando afirmam que a interdisciplinaridade é uma prática dinâmica e não se é interdisciplinar o tempo todo e nem sempre, com todos os membros da equipe.

Na área da saúde, os pressupostos da integração já estão presentes a algum tempo para a criação de modelos pedagógicos e construção de um conhecimento partilhado por ciências biológicas e sociais. Porém existem grandes dificuldades para se trabalhar, em uma perspectiva interdisciplinar (VILELA e MENDES, 2003). A formação de profissionais de saúde é voltada para um modelo fragmentador e biologicista, entretanto a educação dos profissionais de saúde deve basear-se nos conhecimentos experimentados, que permitem formar profissionais com capacidade de solucionar problemas. A pouca consciência social coletiva e a formação isolada dos contextos sociais faz com que os profissionais, por vezes, se tornem muito mais parte do problema do que da solução dos mesmos (VILELA e MENDES, 2003).

Kato e Blascovi-Assis (2004) referem-se a alguns fatores que facilitam ou dificultam o trabalho em equipes de reabilitação, citando como exemplo: conhecimento, comunicação, respeito, humildade, aproximação e confiança

como fatores facilitadores, e como situações que dificultam o trabalho, as poucas reuniões para trocas de informações, baixa remuneração, competitividade e individualismo.

Desse modo, a interdisciplinaridade não só implica na integração de disciplinas genéricas, já que dentro de cada campo temático se desenvolvem “escolas de pensamento” com diferentes princípios teóricos, metodológicos, e ideológicos, com posições diferenciadas que podem criar obstáculos ou favorecer o diálogo interdisciplinar pelas simpatias e antagonismos entre os portadores desse saber (LEFF, 2000). De acordo com Fazenda (2000), a interdisciplinaridade decorre mais do encontro entre indivíduos do que entre disciplinas. Desse modo, não são os campos disciplinares que interagem entre si, mas sim os sujeitos na prática científica cotidiana (VILELA e MENDES, 2003).

Assim, nas palavras de D’Antino (2008) o desenho de cada pesquisa poderá ser tecido com a efetiva e afetiva participação do grupo, em que cada qual empresta ao todo os fios de seu saber especializado.

## **2.2. Paralisia Cerebral (PC)**

Willian J. Little, em 1843, foi o primeiro a descrever a encefalopatia crônica da infância. Little descreveu uma patologia com diferentes causas, cuja principal característica era a rigidez muscular. Em 1862 estabeleceu relação do quadro descrito com anormalidades durante o parto como: prematuridade, convulsões, e falta de oxigênio (DIAMENT e CYPEL, 1996; ROTTA, 2002).

Em 1887 Freud publica o texto Paralisia cerebral infantil, sugerindo que tais disfuncionalidades poderiam se originar antes do nascimento (SCHWARTZMAN, 2004). Phelps consagrou a expressão ao usá-la para classificar um grupo de crianças que apresentava transtornos motores originados de lesão no sistema nervoso central (SNC), semelhantes aos descritos por Little (ROTTA, 2002).

Em 1959 no Simpósio de Oxford, PC foi designado como uma seqüela de uma agressão encefálica, que se caracteriza, primordialmente, por um transtorno persistente, mas não invariável, do tônus, da postura, e do movimento, que parece na primeira infância e que não só é diretamente secundário e esta lesão não evolutiva do encéfalo, senão devido, também, a influencia que tal lesão exerce na maturação neurológica (ROTTA, 2002).

Atualmente, PC é descrita como sendo um grupo de desordens do desenvolvimento da postura e do movimento que levam às limitações nas atividades e são atribuídas a lesões não progressivas que ocorrem durante o desenvolvimento do cérebro, intra-útero ou na infância. O comprometimento motor na PC é frequentemente acompanhado por distúrbios perceptivos e sensoriais, cognitivos, da comunicação, do comportamento e epilepsias (BAX *et al*, 2005).

A mesma incidência de PC tem sido verificada nos últimos anos em alguns países. Nos Estados Unidos, a incidência é de 2,4 por 1000 nascidos vivos (HIRTZ *et al*, 2007). No Brasil, estima-se 7 por 1000 crianças nascidas vivas (MANCINI *et al*, 2004; DIAMENT e CYPEL, 1996).

A PC possui diversas etiologias, variando conforme os subtipos e com o período da lesão (PIOVESANA *et al*, 2001), sendo que muitas ficam sem uma etiologia definida (MARANHÃO, 2005). Qualquer condição que leve a uma anormalidade no cérebro pode ser responsável pela PC. As causas mais comuns são: desenvolvimento congênito anormal do cérebro; anóxia cerebral especialmente ligada a prematuridade; lesão traumática no cérebro resultado de longo trabalho de parto; encefalite pós-natal (DIAMENT e CYPEL, 1996; ROTTA, 2002; MARANHÃO, 2005)

De acordo com Schwartzman (2004) a PC varia de acordo com o grau de comprometimento, encontrando-se casos de limitações mínima a casos de total dependência do paciente. O diagnóstico se baseia na história de avaliação física e neurológica, ou seja, as manifestações motoras.

Segundo Rotta (2002) a classificação da PC pode ser feita levando em conta o momento lesional, o local da lesão, a etiologia, a sintomatologia ou a distribuição topográfica e a baseada nos aspectos anatomicos e clínicos que na concepção da autora é a mais didática por enfatizar o sintoma motor, que é o elemento principal do quadro clínico:

- *Espásticas ou piramidais* – é a forma mais frequente, dependendo da localização e da extensão do comprometimento, pode se monoplegia, hemiplegia, diplegia, triplegia ou tetraplegia. Caracteriza-se por hipertonia muscular extensora e adutora.
- *Coreoatetósicas ou extrapiramidais* – apresenta movimentos involuntários, alterações no tônus muscular do tipo distonia.

- *Atáxicas* - apresenta importantes alterações no equilíbrio e da coordenação motora, associadas à hipotonia muscular nítida.
- *Mista* – são caracterizadas por diferentes combinações de transtornos motores, sendo a segunda forma mais frequente.

Observa-se a presença de comorbidades associadas à paralisia cerebral: crises epiléticas, transtornos de fala e linguagem, deficiências sensoriais (ROTTA, 2002)

O quadro clínico da PC é heterogêneo, no qual observa-se o frequente uso de drogas antiepiléticas, além de outros fatores que comprometem o desenvolvimento cognitivo, dificultando assim um perfil cognitivo próprio da doença. Sendo a área motora uma das mais afetadas na PC, isto impede que a criança explore adequadamente os ambientes em que esta inserida (YOSHIMURA *et al*, 2006).

Em relação a linguagem, dependendo da gravidade motora do caso ocorre falhas no *input* sensorial, deficit nas áreas perceptivas causando prejuízos para o desenvolvimento da linguagem em níveis diferentes (LAMÔNICA, CHIARI e PEREIRA, 2000).

Devido a combinação de exigências que as pessoas com PC enfrentam do seu cotidiano, e muito provável encontrar nesta população distúrbios emocionais e do comportamento, afetando assim a sua saúde mental. (SCORSOLINE- COMIN e AMORIM; 2010).

De acordo com Dantas *et. al.* (2010) considerando os limites e potencialidades que emergem da criança com PC, o contato com outras



crianças possibilita a noção de corporeidade, abrindo-se portas não só para o desenvolvimento da criança com PC e seus pares, como a própria inclusão, devido a mudanças atitudinais.

Costa *et.al.* (2010) mostrou em sua pesquisa a alta incidência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças entre 6 e 12 anos com PC, devido aos déficits que podem limitar o sucesso na adaptação social tornando esta população mais susceptível para desenvolver transtornos de humor e comportamento.

## **OBJETIVOS**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Geral**

Investigar o tipo de atendimento recebido por crianças até 08 anos com PC e conhecer a percepção sobre a interdisciplinaridade no atendimento dessas pessoas a partir do relato de suas mães.

#### **3.2. Específicos**

- Realizar levantamento sobre os atendimentos terapêuticos e educacionais oferecidos às pessoas com PC em instituições especializadas ou clínica-escola;
- Discutir a interdisciplinaridade percebida nesses serviços do ponto de vista das mães desde o momento da comunicação do quadro de PC até o estabelecimento da rotina terapêutica e educacional até os 08 anos.

## **MÉTODO**

## **4. MÉTODO**

### **4.1. Tipo de pesquisa**

Este estudo clínico-qualitativo caracteriza-se pela pesquisa exploratória e descritiva. A Metodologia Clínico-Qualitativa é um refinamento da genérica metodologia qualitativa vinda das ciências humanas. Descreve e interpreta os sentidos e os significados atribuídos a fenômenos e relacionados à vida dos indivíduos. A coleta de dados realizada em ambiente denominado como *setting* natural fornece estratégias para melhor conhecer o que as pessoas sentem e imaginam sobre os fenômenos da saúde (FONTANELLA *et al.*, 2006).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie processo CEP/UPM nº 1270/09/2010 N°0077.0.272.000-10.

### **4.2. Participantes**

Participaram deste estudo 8 (oito) mães de crianças com PC em idade até 08 anos, frequentadoras da Clínica de Fisioterapia da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Foram criterios de inclusão pessoas da família, que sejam os principais cuidadores, que acompanharam o desenvolvimento da criança desde a época da notícia e/ou diagnóstico para que seja possível relatar as experiências de atendimento. O diagnóstico deverá estar vinculado às necessidades de acompanhamento terapêutico e educacional, com histórico de atendimento por pelo menos, três profissionais das áreas de saúde e educação.

Todos os participantes receberão a carta de informação ao sujeito e o termo de consentimento livre e esclarecido com informações sobre o direito de retirar-se do estudo em qualquer momento (Anexo 1).

#### **4.3. Local de realização da pesquisa**

Os dados foram coletados na Clínica de Fisioterapia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, localizada no município de Barueri na região metropolitana de São Paulo.

A Clínica-escola vinculada ao curso de Fisioterapia oferece apoio aos seus pacientes nas áreas de farmácia e nutrição. Os mesmos são encaminhados para orientação com esses profissionais quando o estagiário, juntamente com seu supervisor, considera a necessidade do serviço. A clínica possui ainda um psicólogo que apóia os alunos na compreensão dos atendimentos e das necessidades de seus pacientes e familiares. Esse modelo de organização tem o propósito de buscar um entendimento interdisciplinar na formação dos novos profissionais, (PPC, 2010).

A instituição recebeu e assinou a carta de informação à instituição e o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

#### **4.4. Procedimentos de coleta de dados**

Optou-se pela entrevista grupal, uma vez que grupo, de acordo com Osório (2000, p. 11), “é um conjunto de pessoas em uma ação interativa com objetivos compartilhados”. Assim duas ou mais pessoas em ação interativa e com um objetivo em comum é um grupo. Assim, as entrevistas foram feitas

com o número mínimo de duas pessoas, pois estas estariam em uma ação interativa e com o objetivo compartilhado de discutir os temas trazidos pelo pesquisador.

A entrevista grupal é uma técnica para a exploração de um tema pouco conhecido, visando o delineamento de pesquisas futuras e a produção de conteúdos, para Perosa e Pedro (2009) é uma forma de coleta de dados diretamente por meio da fala de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema.

A entrevista grupal, assim como o, grupo focal é um instrumento de coleta de dados no qual o pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo (KIND, 2004).

Sendo a entrevista grupal um tipo de entrevista, o objetivo do entrevistador (pesquisador) é obter informações do, ou dos entrevistados. Segundo Bourdieu (1999) o pesquisador deve ter muito cuidado com a formulação das questões, pois as perguntas devem ser feitas ao pesquisado com o intuito de dar continuidade à conversação fazendo com que a entrevista obedeça a um sentido lógico.

No total foram formados 3 grupos sendo 2 grupos compostos por três mães e um outro grupo compostos por 2 mães totalizando 8 mães. Ocorreram duas reuniões por grupo de aproximadamente 90 minutos cada com a finalidade de esgotar os temas pesquisados. A divisão e formação dos grupos ocorreram conforme a disponibilidade das mães para as entrevistas grupais.

Os temas pesquisador focaram a percepção familiar sobre o atendimento interdisciplinar nas seguintes situações específicas: notícia e/ou diagnóstico; desenvolvimento (motor, linguagem, cognitivo, emocional, saúde); trabalho em equipe; relação entre família e profissionais.

Os temas foram introduzidos no grupo, por meio de perguntas disparadoras. A partir destas perguntas as mães falavam livremente sobre o tema, sendo que a função do moderador, no caso o pesquisador, garantir que todas as participantes falassem sobre o tema, e que a durante a fala das mães, caso elas saíssem do tema proposto, o pesquisador focasse novamente no tema pesquisado.

As reuniões foram gravadas em gravador de voz após autorização dos integrantes dos grupos, para posterior transcrição e análise dos dados. Foi aplicado também um questionário para averiguação dos atendimentos terapêuticos e educacionais (Anexo 3).

#### **4.5. Procedimento de análise de dados**

Os depoimentos gravados foram transcritos e organizados conforme os temas abordados nas discussões, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (1994), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

Para atingir mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos será utilizada a análise de conteúdo temática, pois



segundo Minayo (1999) esta é a forma que melhor atende à investigação qualitativa do material referente a saúde, uma vez que a noção de tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto.

Segundo Bardin (1994) tema é a unidade de significação que naturalmente emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura.

Sendo assim a análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (BARDIN, 1994; MINAYO, 1999). A análise divide-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 1994; MINAYO, 1999).

**a) Pré-análise:** é a fase de organização tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa (BARDIN, 1994). Retomam-se as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final (MINAYO, 1999).

Esta fase se decompõe em três tarefas (BARDIN, 1994; MINAYO, 1999): leitura flutuante, constituição do corpus e reformulação de hipóteses e objetivos. *Leitura flutuante* consiste em tomar contato exaustivo como o material para conhecer seu conteúdo (MINAYO, 1999). O termo flutuante é uma analogia a atitude do psicanalista,

pois pouco a pouco a leitura se torna mais precisa, em função de hipóteses, e das teorias que sustentam o material. (BARDIN, 1994).

*Constituição do corpus:* organização do material de forma que se possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (todos os aspectos do roteiro devem ser contemplados, deve-se esgotar a totalidade do texto); representatividade (que represente de forma fidedigna o universo estudado); homogeneidade (deve obedecer com precisão aos temas) e pertinência (os conteúdos devem ser adequados aos objetivos do trabalho) (BARDIN, 1994; MINAYO, 1999).

*Reformulação de hipóteses e objetivos:* “determinam-se a unidade de registro (palavra ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise” (MINAYO, 1999).

- b) Exploração do material:** é a operação de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente (BARDIN, 1994; MINAYO, 1999).
- c) Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação:** Os resultados brutos são submetidos às inferências e interpretações previstas no seu quadro teórico e/ou sugerindo outras possibilidades teóricas (BARDIN, 1994; MINAYO, 1999).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 5. Resultados e Discussão

### 5.1. Caracterização dos participantes

O grupo estudado foi composto por 8 mães de crianças com PC, todas advindas da Clínica de Fisioterapia da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

O detalhamento das participantes encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes.

Participante	Idade da mãe	Escolaridade da mãe	Idade da criança	Topografia
P1	29	Ensino Médio Completo	2	Tetraparesia
P2	27	Ensino Médio Completo	6	Tetraparesia
P3	32	Ensino Fundamental Completo	2	Hemiparesia
P4	28	Ensino Médio Completo	4	Diparesia
P5	26	Ensino Médio Completo	8	Tetraparesia
P6	30	Ensino Fundamental Completo	4	Diparesia
P7	24	Ensino Médio Completo	2	Tetraparesia
P8	27	Ensino Fundamental Completo	1	Tetraparesia

Fonte: Dados obtidos pelo pesquisador

As mães citadas acima apresentam alguns aspectos comuns, todas eram pessoas apresentando baixo nível sócio-econômico, e com aspecto físico que não corresponde à idade cronológica, aparentando serem todas mais velhas, e muito comprometidas com o trabalho de habilitação e reabilitação de seus filhos.

Todas estas mães tiveram seus filhos com parceiros estáveis, embora não pesquisado se os filhos foram, ou não planejados, percebeu-se que todas as gestações foram desejadas. Após os nascimentos das crianças e da condição ali estabelecida devido à paralisia cerebral ocorreu um abandono por parte do pai destas crianças, sendo que somente duas das mães continuam em relacionamento estável com os pais destas crianças.

## 5.2. Caracterização dos atendimentos realizados no momento da pesquisa e áreas de concentração

Além dos atendimentos na Clínica de Fisioterapia do Mackenzie as crianças com PC também fazem outros atendimentos, os quais estão relatados no Quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização dos atendimentos terapêuticos.

Participante	Idade da criança	Atendimentos no momento da pesquisa
P1	2	Fisioterapia/Fonoaudiologia/Terapia Ocupacional/Psicologia/Equoterapia/Hidroterapia/Brinquedoteca
P2	6	Fisioterapia/Hidroterapia/Equoterapia
P3	2	Fisioterapia/Fonoaudiologia
P4	4	Fisioterapia/Hidroterapia/Pet-terapia
P5	8	Fisioterapia/Equoterapia
P6	4	Fisioterapia/Fonoaudiologia/Terapia Ocupacional/Equoterapia
P7	2	Fisioterapia/Fonoaudiologia/Terapia Ocupacional/Psicologia/ Hidroterapia/Brinquedoteca
P8	1	Fisioterapia/ Hidroterapia

Fonte: Dados obtidos pelo pesquisador

Observa-se que os atendimentos se concentram na Fisioterapia (8 crianças), Hidroterapia (5 crianças), Fonoaudiologia (5 crianças) e Equoterapia.

(4 crianças). Todas as crianças com PC são atendidas pela fisioterapia, isso era esperado, uma vez que a Paralisia Cerebral tem como principal consequência transtornos motores originados de lesão no sistema nervoso central. Desse modo, a fisioterapia faz-se imprescindível no trabalho de habilitação e reabilitação destes sujeitos.

Registra-se, também, a presença da Hidroterapia, Fonoaudiologia e da Equoterapia com grande incidência na amostra estudada, de forma que a Hidroterapia e a Fonoaudiologia figuram como a segunda modalidade de tratamento mais presente no grupo e a Equoterapia a terceira.

A Hidroterapia de acordo com Marins (2001) é um tipo de tratamento realizado no meio aquático, o qual possibilita o aumento da força muscular, para romper com a resistência da água. A turbulência da água em diferentes velocidades possibilita maior equilíbrio muscular e adequação do tônus muscular.

A hipotonia muscular de crianças com PC proporciona uma menor densidade corporal, facilitando assim a flutuação. Segundo Guimarães *et.al.* (1996) a flutuação possibilita atividades de natação, as quais proporcionam treino respiratório e o fortalecimento global.

A Fonoaudiologia apresenta grande demanda de atendimento uma vez que, segundo Val *et. al.* (2005) a criança com paralisia cerebral pode ter o tônus, a postura e os movimentos dos órgãos fonoarticulatórios comprometidos, acarretando assim déficit na sucção, deglutição, mastigação,

respiração e na coordenação, além das habilidades motoras orais necessárias para a articulação da fala.

A Equoterapia, de acordo com Santos (2005) é um método terapêutico e educacional interdisciplinar. Segundo Neves (2010) as atividades desenvolvidas no cavalo proporcionam melhora do alinhamento corporal, aumento do equilíbrio estático e dinâmico, adequação do tônus muscular, percepção espaço-temporal.

Embora ambas as modalidades tenham como foco o sistema músculo-esquelético, a prática interdisciplinar deve fazer parte destas e de qualquer outra abordagem terapêutica e educacional, pois o objetivo é recuperar o indivíduo como um todo, visando seu bem estar bio-psico-social. Desse modo, o exercício interdisciplinar faz-se necessário para que os profissionais reconheçam aquilo que lhes falta e abertura para a integração e diálogo com outros profissionais (PETRI, 2006).

Observou-se ainda que algumas crianças realizavam atendimento em terapia ocupacional (3), brinquedoteca (2) e pet terapia (1). Apenas duas mães recebiam suporte psicológico e nenhuma participante fez referência a atendimentos pedagógicos, nem mesmo para as crianças em idade escolar.

A Terapia Ocupacional para Guerzoni *et.al.* (2008) tem como alvo o auxílio e promoção nas tarefas da vida diária como: banho, vestuário, alimentação, uso do banheiro, higiene oral e comunicação. Tais desempenhos são fundamentais para a independência e participação no ambiente social e satisfazer suas próprias necessidades.

Segundo Melo e Valle (2010) a brinquedoteca é um ambiente preparado para estimular a criança a brincar, devido ao acesso a uma grande variedade de brinquedos, em um espaço especialmente lúdico, possibilitando resgatar o brincar espontâneo, o qual é fundamental para o desenvolvimento integral da criança.

A pet terapia ou TAA (Terapia Assistida por Animais) caracteriza-se pelo uso de contato com animais treinados para fins terapêuticos. As necessidades dos animais de passear e brincar proporcionam ao paciente benefícios sociais, físicos e emocionais (DOTTI, 2005).

Segundo Amaral (1994) o suporte psicológico tem o intuito de fornecer à família e aos demais que lidam com as pessoas com deficiência subsídios para lidar com o estranhamento gerado pela deficiência e as questões sociais decorrentes desta condição. Auxilia também a lidar com as manifestações emocionais de defesa para manter o equilíbrio intra-psíquico frente a uma suposta ameaça do ambiente.

Para Amaral (1994) há algumas maneiras de se lidar com o problema da deficiência, entre elas o abandono e a superproteção. A forma explícita de abandono é a rejeição, mas pode ocorrer um abandono implícito, indireto, quando não se investe qualquer conteúdo afetivo, ou de tempo para superação ou abrandamento das incapacidades e desvantagens. A superproteção pode ser compreendida como uma formação reativa (transforma o afeto, o sentimento, no contrário) que leva a desvitalização do protegido (AMARAL, 1994).



Outro mecanismo muito comum é a negação que pode apresentar-se de três formas: por atenuação, compensação e simulação. A atenuação retira a possibilidade de dimensionar adequadamente as conseqüências da deficiência, suas limitações e superações. A compensação tem como característica mascarar a realidade, minimizar o sofrimento real, pelo uso do advérbio “mas”. A simulação que traz implícita a idéia de “como se não fosse” (AMARAL, 1994).

Embora esses sentimentos possam estar presentes em muitos casos há que se considerar que existem famílias com grande força de superação. De acordo com Cunha, Blascovi-Assis e Fiamenghi (2010) embora seja comum os pais vivenciarem sentimentos como choque, perda de uma situação idealizada e ansiedade pelo futuro, se no momento da notícia ou do diagnóstico os pais tiverem oportunidade de esclarecimento de suas dúvidas e receberem explicações referentes à condição de seu filho, aliadas a um apoio psicológico, para superar os sentimentos negativos que estão presentes e que podem prejudicar as relações posteriores entre os pais e a criança.

O atendimento educacional da pessoa com deficiência, segundo Franco, Carvalho e Guerra (2010) tem o discurso médico como norteador de modo que os educadores utilizam tal discurso para justificar o não-aprender de crianças com alguma deficiência, ou algum distúrbio de aprendizagem.

Considerando que a PC é caracterizada por um acometimento, sobretudo da motricidade, havendo preservação da cognição em diversos casos, faz-se necessário que os diferentes campos do saber estabeleçam uma interlocução, ou seja, que se estruture uma intervenção interdisciplinar,

também no campo educacional cujo foco seja a potencialidades da criança com PC.

### 5.3. Análise das entrevistas

As entrevistas foram realizadas no modelo grupal (PEROSA e PEDRO, 2009) na Clínica de Fisioterapia do Mackenzie. O tema Interdisciplinaridade foi analisado a partir das gravações realizadas e agrupadas em categorias para análise e discussão. As categorias elaboradas estão dispostas no Quadro 3.

Quadro 3 – Categorias de Análise

	<b>Categorias</b>
Categoria 1	Notícia e/ou diagnóstico
Categoria 2	Desenvolvimento da criança
Categoria 3	Trabalho em equipe
Categoria 4	Relação Família e Profissionais

Fonte: Dados obtidos pelo pesquisador

#### **Categoria 1 – Notícia e/ ou Diagnóstico**

Foi observado a partir das entrevistas de que das 8 mães entrevistadas somente uma mãe teve a Notícia dada por um grupo de profissionais onde cada um deu seu parecer de acordo com sua especialidade em conjunto com as demais especialidades, as outras tiveram a Notícia e/ou diagnóstico dado pelo médico. Observa-se que, no caso da comunicação de um diagnóstico de lesão encefálica não progressiva (ROTTA, 2002), a data da notícia pode variar, não sendo imediatamente após o nascimento, como no caso de outras deficiências.

*“Olha, sua filha é especial, eu não sei no momento, te falar o diagnóstico dela, já pedi uma tomografia do crânio, a gente vai começar a fazer um monte de exames” P, (criança com algumas horas de vida).*

*“Sua filha não é mais uma criança normal, agora ela é especial, por causa das infecções e das paradas cardíacas” P6 (criança após 4 meses internada por uma infecção).*

*“No quinto mês de gestação, foi na ultrassom morfológica, então no primeiro ultrassom eles viram que tinha alguma coisa diferente e eles não sabiam o que era, e ai começou todos os exames até descobrir o que era realmente, foi um médico que conversou comigo” P7 (antes da criança nascer).*

*“A médica falou assim: Então, mãezinha, eu vou ficar com ele aqui e quando for segunda a gente vai chamar o neuro. Até aí eu não sabia o que se passava né. Veio o neuro, fizeram eletro da cabeça, fez uma bateria, ultrassom da cabeça. Aí a medica falou: Ah, mãezinha, ele tem paralisia cerebral, aí a partir daí ele passou a explicar pra gente os problemas, tudo” P1(criança antes de 1 mês de vida).*

*“Quando ele nasceu os médicos não perceberam que ele tinha problema. Aí depois de uns três meses percebi que ele era muito mole, não segurava o pescoço e não acompanhava com o olhar. Aí quando ele completou cinco pra seis meses levei ele no pediatra, que encaminhou pro neuro e ele falou que tinha paralisia cerebral, que em um sabia se ele ia poder andar, se ia poder falar. E que ele precisava de um acompanhamento com a fisioterapia” P5 (criança com aproximadamente 6 meses).*

*“Olha mãe, é visível que ele tem um atraso, então ele foi tratado com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, ai quando foi janeiro do ano passado que eu descobri que ele tinha paralisia cerebral, foi com uma ressonância magnética até ele*

*falou pra mim: Olha mãe, isso não vai impedir nada no desenvolvimento dele” P3 (criança com alguns meses de vida).*

*“Eu fiquei um pouquinho chateada. Mas logo depois eu comecei a pesquisar na internet a respeito do probleminha dele, aí que foi me abrindo mais a cabeça. O médico tinha falado pra mim: seu filho tem paralisia cerebral, não vai andar, seu filho não vai isso, seu filho não vai aquilo” P8 (criança com algumas semanas de vida).*

Este dado permite inferir que embora a interdisciplinaridade seja um pressuposto do SUS (Sistema Único de Saúde) para sua própria consolidação (SAUPE, *et. al.*, 2005), ela não ocorre se pensarmos no caso do atendimento de uma criança com PC. Torna-se imprescindível uma intervenção que ultrapassa as especialidades, ou seja, uma intervenção interdisciplinar devido a complexidade e particularidade de cada caso.

O momento da notícia tem sido bastante estudado quando se trata de diagnósticos sindrômicos, que ocorrem logo após o nascimento (CUNHA, BLASCOVI-ASSIS e FIAMENGHI; 2010). Discute-se a variabilidade de sentimentos que podem cercar esse momento, falando-se em choque, rejeição, luto, entre outros. Porém, quando se trata de mães de crianças que receberam a informação de uma lesão encefálica de seus filhos, raras são as publicações que tratam de sentimentos nesta ocasião.

*“Olha mãezinha, não é normal, isso que a sua filha tem não é normal, e eu vou encaminhar ela pro neuro, tudo bem? Eu disse que tava tudo bem, claro, eu, queria saber o que ta acontecendo com a minha filha, ai já encaminhou pro neuro e o neuro falou: ela é especial, e ele já encaminhou ela pra fisio, fono e TO e fisiatra, disse que*

*precisa fazer uma avaliação. Quando terminou os exames todos eles se reuniram comigo para dar o diagnóstico". P4 (criança com pouco mais que 1 ano).*

Este único caso relatado de atendimento interdisciplinar, mesmo este sendo um pressuposto do SUS, reforça a conjectura de que a interdisciplinaridade é uma questão de postura de abertura e flexibilidade ao saber do outro, pois esta mãe teve esta possibilidade, possivelmente porque foi assistida por esta equipe. Assim podemos inferir que a interdisciplinaridade ainda é um pressuposto que embora muito falado e discutido na área de saúde e pelos corredores das clínicas e hospitais, para ser colocada em prática necessita que seus atores sociais mudanças atitudinais (FAZENDA, 1992).

## **Categoria 2 – Desenvolvimento da criança**

A PC diferentemente dos outros distúrbios do desenvolvimento, tem como principal característica a disfunção motora, levando a família a buscar os atendimentos terapêuticos até mesmo antes do fechamento do diagnóstico. A criança tem contato precoce principalmente com a fisioterapia e a com a fonoaudiologia uma vez que a sucção e a alimentação são questões cruciais para a subsistência da criança. (TOMA, 2008) A PC pode, em alguns casos, apresentar defasagem cognitiva, de linguagem ou sensorial, mas primordialmente caracteriza-se uma condição de prejuízo motor, comprometendo o movimento e o sistema músculo-esquelético (IWABE; PIOVESANA, 2003).

*“falam que pré maturo não tem a sucção pra poder mamar, ai na sondinha né, então, começou a trabalhar com a fono, fiz já desde que nasceu, quando começou a trabalhar com a fono, e essa menina chupava, sugava a mamaderinha nos exercícios.”*

*P3*

*“Ele começou a desenvolver bastante depois que ele começou a fazer a fisioterapia é, solo, e depois que ele começou a fazer a hidro também aqui, o melhorou muito mais porque, ele não segurava o pescocinho, e agora não, ele firma, agente coloca de bruços ele fica bem firme.” P5*

*“Ela fazia fono e o quadro da Y. é pra comer papinha, e liquido, e eu cansei de fazer sopa, eu peguei nojo de fazer sopa e eu fico imaginando, ela deve ta, eu vou vencer ela pelo cansaço, hoje ela come comida, come de tudo, e eu passo na fono e ela fala: mãe é um perigo...” P6*

*“Como eu te disse o médico tinha falado pra mim que meu filho não ia andar, mas hoje ele ta com o corpo equilibrado, pescoço equilibrado, falta o tronco. Acho que ta indo bem. “ P8*

*“Ele era que nem um bebezinho todo molinho, molinho, molinho mesmo! Aí depois dos tratamentos, ele agora equilibra o tronco, fica de pé, sorri, você chama ele e ele te atende, procura quem é que tá procurando, acho que ele ta evoluindo, mas não posso ter pressa.” P4*

*“Ela começou as evoluções dela com mais ou menos 3 anos, até 3 anos ela não respondia muito, e mesmo fazendo fisio o corpo dela não responde muito,mas ela esta mais firme, mas acredito que a mente dela é boa, independente dela ter paralisia ou não, porque ela interage com o olhar. Eu não sei explicar mas pelo olhar dela eu sei se ela ta com fome, sede, se é banheiro...” P2*

*“Acho que ela ta desenvolvendo bem, ela come bem, ela dorme bem, sabe, mas sentar, falar, em um sei...” P1*

*“Então, ela já vai fazer três, ela já tá começando a segurar o pescoço. Então elas falam, ela tem uma grande possibilidade sim de até os quatro estar sentada, mas temos que esperar tudo é muito lento.” P7*

Observa-se nos fragmentos que não há relato de interdisciplinaridade, parecendo não haver interação entre os profissionais envolvidos. Isso possibilita algumas inferências, entre elas o fato de que como a defasagem motora fica muito evidente, há predomínio das ações para este foco, porém estas parecem ser planejadas individualmente.

Segundo Fiumi (2003) uma vez detectada a disfunção neurológica, a criança é encaminhada para a reabilitação com o intuito de diminuir as complicações gerais, como retrações e deformidades. O programa de reabilitação muitas vezes exigira todo o período de vida da criança com PC, realizado em sessões que exigem a presença da criança e de familiares no centro de reabilitação.

Os serviços de reabilitação deveriam contar com uma equipe interdisciplinar envolvendo o fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico, dentista, pedagogo, assistente social e enfermeiro.

### **Categoria 3 – Trabalho em equipe**

A interdisciplinaridade pressupõe o trabalho em equipe, com um nível de coordenação na estrutura hierárquica (FAZENDA, 1992). No relato dos participantes é apontada a existência de reuniões entre a equipe de atendimento. Observa-se a tentativa de construção de um trabalho em equipe integrado pelas instituições citadas pelos participantes, mas o mesmo parece ocorrer, de acordo com alguns dos relatos obtidos, de modo multidisciplinar e não interdisciplinar.

*“Quando você ta dentro da instituição, que você vai sair de uma terapia e vai pra outra, e tem a ligação entre os terapeutas, é maravilhoso, porque ela tem as reuniões. As reuniões são todas as sextas e na segunda eles dizem como vai ser o trabalho naquela semana.” P2*

*“Aqui é muito bom, tem a supervisão, os alunos discutem o caso da nossa filha.” P6*

*“A gente sempre fala da minha filha, a equipe vem falar comigo sempre nos intervalos, ou quando nos encontramos na quadra.” P1*

*“O que a gente fez na fisio, está só na fisio, o que agente fez na psico, está só na psico, o que agente fez na hidro, só na hidro, o que agente fez lá na brinquedoteca, não. A gente saindo lá da sala da, da fisio, a gente já encontra todo mundo no pátio, e aí conversamos”. P7*

*“A comunicação do trabalho de um com outro é a gente que traz pro terapeuta, pro medico, acho que em um tem força de vontade deles, eles falam sobre tempo, mas acho que também em um tem vontade.” P5*



*“Lá é um grupo, mas, por exemplo, a gente que tem a opção aqui do Mackenzie, que é só a fisio, então não tem como conversar com os outros terapeutas então, é você que tem que tentar passar pros outros o que acontece.” P4*

*“A gente trás os filhos e eles fazem o tratamento, mas eles poderiam procurar saber o que acontece na outra instituição, no casa da minha filha que faz aqui e na outra pra poder associar, e em um fazer um trabalho conjunto.” P3*

*“Vejo cada um fazendo a sua parte, uns mais cuidadosos, outros mais apressados, mas diálogo entre eles não vejo não.” P8*

Para algumas mães a percepção da interação entre os profissionais é positiva, enquanto que, para outras, fica clara a falta desse entrosamento.

Observa-se que, quando se fala em interação entre os profissionais que atendem a criança a fala é dirigida aos serviços prestados pelas instituições. Mesmo sendo este público atendido na clínica-escola, onde são disponibilizados os serviços de Nutrição e Farmácia, estes não foram mencionados por nenhuma das mães em momento algum, embora seja parte da proposta a orientação nessas áreas.

O foco dos atendimentos parece ser prioritário para o aspecto motor, direcionando a fala das mães para essa necessidade e tornando os demais atendimentos secundários. Deve-se considerar ainda que, as crianças desse estudo apresentam quadros topográficos graves, sendo entre os oito participantes, cinco com tetraparesia (Quadro1) o que, segundo Rotta (2002) se caracteriza pelo acometimento dos quatro membros prejudicando muito a motricidade.

Além disso, as dificuldades para implantação de um trabalho interdisciplinar de fato, seja em clínicas-escola ou em instituições

especializadas, esbarram em valores e atitudes dos atores sociais que dificultam a interdisciplinaridade.

Sato e Blascovi Assis (2004) apontam que as principais dificuldades para a formação de equipes interdisciplinares são a acomodação, o imobilismo e não há busca por novos conhecimentos, além da falta de um encontro sistematizado entre os profissionais, a baixa remuneração e uma postura de competitividade e individualismo.

Segundo Fazenda (2000), a interdisciplinaridade decorre mais do encontro entre indivíduos do que entre disciplinas. Desse modo, não são os campos disciplinares que interagem entre si, mas sim os sujeitos na prática científica cotidiana (VILELA e MENDES, 2003). Assim, a busca pelo conhecimento, o estar aberto a mudanças, o estabelecimento de uma rede de comunicação baseada na tolerância, flexibilidade e sinceridade, além de uma postura de respeito e humildade e confiança entre os profissionais (SATO e BLASCOVI-ASSIS, 2004).

#### **Categoria 4 – Relações entre família e profissionais**

A orientação familiar é uma prática inserida no processo terapêutico, complementando a intervenção específica dos diferentes profissionais que compõem a equipe de reabilitação as pessoas com PC, com o objetivo de esclarecer os familiares sobre maneiras adequadas de manuseio à alimentação, higiene, abordagens motoras, lúdicas e comportamentais, visando o desenvolvimento da criança (FIUMI, 2003).

A amostra desta pesquisa relatou que todas as mães receberam orientação. As orientações estão sempre relacionadas, também, ao aspecto da motricidade, aparecendo o alongamento como principal relato de orientação.

Não foi observado, qualquer registro de nas falas que apontem para a interdisciplinaridade, uma vez que as orientações dados pelo profissional dizem respeito a técnica do seu trabalho. Não ocorreram relatos que apontassem orientações sugeridas por uma equipe que tenha discutido o caso clínico ou que tenha planejado em conjunto programas de habilitação ou reabilitação.

*“Apesar de ter muita orientação pra fazer em casa, todos os terapeutas sempre te orientam, sobre o alongamento principalmente né, porque é para evitar o atrofiamento. É sempre uma fala do terapeuta e não da equipe.” P8*

*“Tudo é alongamento, sobre como vai dar banho nela, como vai trocar ela, como vai dar comida pra ela, tudo isso eu faço em casa, mais pra mim, eu vejo que em um é a mesma coisa, em um é a mesma, ela não me corresponde igualmente ela corresponde afinal eles são os profissionais então eu acho que mesmo fazendo como eles dizem eu faço diferente.” P1*

*“Somente uma vez uma equipe falou mesmo comigo, foi quando vieram me explicar o caso da Z, e me deram orientações sobre o que eu tinha que fazer com ela” P4*

*“É difícil pensar em uma equipe orientando, eles tem sempre muita gente pra atender, se parar pra conversar, às vezes podem não dar conta.” P5*

Fiumi (2003) aponta que os profissionais nem sempre viabilizam de modo eficaz os objetivos da orientação familiar, os quais seriam esclarecer as

particularidades da PC, o tratamento, e engajar a família ao processo terapêutico para que ela possa atuar de maneira crítica e ativa, uma vez que se pretende com a orientação familiar a participação efetiva da família nas condutas terapêuticas, além do espaço e tempo delimitados pelos centros de reabilitação.

O papel do profissional de saúde em relação à pessoa com PC e as demais deficiências não se restringe à aplicação de técnicas específicas, mas também tem a função de promover e conscientizar a família sobre a importância de sua participação (FIUMI, 2003).

Assim é importante que os profissionais investiguem as esperanças, expectativas e necessidades da criança com PC e seus pais, pois estas particularidades os tornam mais aptos a selecionar um programa mais adequado à realidade de cada família (FIUMI, 2003).

Segundo Levitt (2001) a prática da orientação familiar possibilita um espaço para o aprendizado, à medida que o profissional oferece à família oportunidades para descobrir o que eles querem conseguir, e esclarecer o que é necessário para atingir estes objetivos.

Ao cuidar do paciente, a equipe busca entender sua complexidade e subjetividade. Trabalha em sintonia e procura ter uma visão integral de cada caso. Incluindo, assim, a participação da família do paciente e perpassa todo o projeto terapêutico (BENEVIDES, *et. al.*, 2010)

*“Então, às vezes, eu sinto eles bem perto de mim, que eu posso ter aquela liberdade de falar o que esta acontecendo, o que aconteceu durante a semana, então*

*que é uma equipe que esta ali, acolhendo, agente, e, que possa estar nos ouvindo, no momento que agente precisa, é uma coisa muito legal.” P3*

*“É boa, mas às vezes com a correria de atendimentos, não há muita conversa... mas sempre que eu quero saber alguma coisa, ou tenho duvida, eu pergunto, e sempre todos me responderam.” P2*

*“No começo tinha um pouco de vergonha, mas a vida ensina, e agente vai perguntado, se eu sinto que eles são grossos comigo, eu sou também, mas quero saber o que esta acontecendo.” P6*

*“Agente que tá nesta correria há muito tempo, já encontramos todo tipo, mas vai de cada um, cada um é de um jeito, tem os que falam, e tem os outros mais secos” P7*

*“Os estagiários estes são sempre mais atenciosos, conversam, se vê cuidado sabe, mas os que tão há muito tempo, parece que perderam o amor, ficam tudo mais direto.” P2*

*“É boa, mas depende também da gente, eles trabalham tanto que se a gente não for educada, agradar, eles acabam só pegando nosso filho, entrando lá fazendo as coisas e acaba que a gente nunca fica sabendo o que acontece.” P4*

De acordo com Fiumi (2003) os profissionais parecem que não estão cumprindo o seu papel na orientação familiar, passando a impressão de que desconhecem sua importância para o processo terapêutico e estas devem ser compostas por expressões e terminologias compatíveis ao nível cultural da família, possibilitando assim uma parceria de entendimento em proveito da criança. Para esta autora, os profissionais monopolizam as metas do tratamento, sem se preocupar com as dificuldades, necessidades e

expectativas das famílias em relação à criança com PC, oferecendo sempre os mesmos procedimentos, e manuseios para todas as crianças submetidas ao tratamento. Observou-se no grupo estudado que o ensino médio completo foi o maior nível de escolaridade encontrado, de acordo com o Quadro 1, reforçando o cuidado com o uso da terminologia técnica com os familiares.

Sendo a interdisciplinaridade um método para o qual, segundo D'Antino (2008), cada profissional empresta seu saber especializado para a construção de um saber coletivo, os profissionais devem transcender os limites das suas disciplinas, para a compreensão de algo complexo como a PC e as demais deficiências. A interdisciplinaridade deve se fazer presente como um método que questione as certezas profissionais e possibilite sempre a dúvida e a abertura ao conhecimento teórico e prático do profissional de outra especialidade.

As especialidades devem ser entendidas como parceiras e não como rivais, e a possibilidade disso acontecer está nos especialistas, pois os mesmos possibilitarão o diálogo entre as diferentes áreas tendo em comum o objetivo de bem-estar e melhora da qualidade de vida do outro. Considerar as diferenças étnicas, sociais e culturais de todos os envolvidos neste processo (equipe – família – paciente/cliente) é fundamental para o trabalho interdisciplinar. Faz-se necessário que os atores deste processo estabeleçam uma relação de empatia em que se permita que todos sejam ouvidos.

O refinamento do comportamento de ouvir possibilitará maior compreensão de todo o universo que envolve a equipe e toda teia de relações ali estabelecidas, ouvir cuidadosamente os atores sociais de todo o processo

possibilita ir além dos significantes da fala e chegar de fato aos seus significados, proporcionando modificações no relacionamento entre todos os membros, e para que isto ocorra à comunicação deve ser permeada de expressões comuns a todos facilitando a horizontalidade da comunicação.

Em estudo realizado com pessoas que passaram pelo serviço de fisioterapia em áreas diversas de atendimento foi constatado que a atenção recebida pelo paciente é o que ele mais valoriza no tratamento (BLASCOVI-ASSIS e PEIXOTO; 2002).

Embora o termo interdisciplinaridade seja muito divulgado no âmbito teórico e prático, percebe-se que estamos longe de uma prática interdisciplinar, o que se observa é a tentativa de implantação das mesmas, mas sem seus atores estarem preparados para isto.

As mães percebem os atendimentos recebidos por seus filhos de uma forma isolada, com cada profissional fazendo sua parte dentro do processo de reabilitação. Estabelece-se uma relação unilateral onde, cada profissional assume para si a condição de sujeito dentro do processo terapêutico, definindo objetivos de tratamento e procedimentos independentemente das necessidades, dificuldades e expectativas familiares.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve o intuito de identificar a interdisciplinaridade a partir da percepção das mães sobre os diferentes atendimentos recebidos pela criança com PC.

Estes atendimentos ocorrem desde o momento em que as diferenças no desenvolvimento são constatadas pela equipe médica e a criança é encaminhada aos profissionais da reabilitação. Porém, observou-se que a percepção das mães concentra-se no atendimento voltado à área motora, uma vez que a gravidade do quadro de seus filhos afeta predominantemente este campo. Este fato faz com que a prioridade seja voltada para esta área quando se estabelece uma rotina terapêutica, isto é, nem sempre a criança passa por todos os atendimentos necessários.

A interação entre os profissionais que atendem a criança é percebida e traduzida pelas mães como uma tentativa de formação de equipes interdisciplinares, porém, com práticas multidisciplinares, ou seja, são equipes compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde, mas sem uma integração e colaboração efetivas entre as especialidades.

Mesmo no momento da comunicação sobre as complicações e o prognóstico da criança não fica clara a visão e prática interdisciplinar. Observou-se grande necessidade de estudos sobre a comunicação da deficiência, pois este momento é extremamente delicado, uma vez que as palavras tornam concretos os sentimentos, angústias, esperanças e expectativas dos pais de qualquer criança.

O trabalho interdisciplinar deve ser vivenciado nas práticas profissionais. Os relatos de trabalhos com características inter ou multidisciplinares ficam mais evidente quando as mães relatam os atendimentos recebidos em instituições especializadas. Na Clínica-escola, onde nem sempre são encontrados atendimentos em todas as áreas, esta visão se torna mais prejudicada. Entretanto, quando se pensa em formação de um novo perfil profissional, a Clínica-escola pode ser um caminho, proporcionando uma prática na qual o aluno passa a reconhecer a importância do outro, desde que seja esta a proposta pedagógica do curso. Neste estudo, a Clínica-escola onde ocorreu a coleta de dados possibilitava aos seus alunos contatos que vão além dos profissionais de fisioterapia, uma vez que lá também trabalhavam profissionais da farmácia, nutrição e psicologia na tentativa da criação de um modelo interdisciplinar, diferenciado e inovador. A continuidade de modelos desta natureza está ligada aos valores e ideais da equipe de docentes, dos gestores e da cultura institucional.

A relação entre família e profissionais deve ser constantemente discutida para a melhoria na comunicação, considerando o contexto e as particularidades de cada família, como seu grau de instrução, sua crença, sua constituição familiar.

Devido à complexidade do quadro da paralisia cerebral, a teoria e a prática interdisciplinar tornam-se fundamentais e necessárias para uma intervenção junto a estas crianças. Continuar explorando e aprofundando outros aspectos da interdisciplinaridade, com o objetivo final de proporcionar uma assistência mais adequada às crianças com PC e suas famílias, assim como os demais Distúrbios do Desenvolvimento deve ser prioridade no

planejamento, conduta e formação de profissionais das áreas da saúde e da educação.

## **REFERÊNCIAS**

## 7. Referências

AIUB, M. Interdisciplinaridade: da Origem a atualidade. **O mundo da Saúde**, v.30, n.1, p.107-116. 2006.

AMARAL, L. A. **Pensar a diferença/deficiência**. Brasília - DF: Corde, 1994.

AMORIM, S. T.S.P.; MOREIRA, H.; CARRARO, T.E.A. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. **Revista de Nutrição**, v.14, n.2, p.111-118, 2001.

BARDIN L. **Análise de conteúdo** Lisboa: Edições 70, 1994.

BAX, M.; GOLDSTEIN, M.; ROSEMBAUN, P.; LEVITON, A.; PANETH, N.; DAN, B.; JACOBSON, B.; DAMINIANO, D. Proposed definition and classification of cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**. v.47, n.8, p.571-576, 2005.

BENEVIDES, D. S.; PINTO, A. G. A.; CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface**, v.14, n.32, pp. 127-138, 2010.

BENITO, V. A. G.; CUTOLO, A. R. L.; SAUPE, R.; WENDHAUSEN, P. L. A Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunic., Saúde, educ.**, v.9, n.18, p.521-36, 2005.

BERALDO, M. e ROSITO, M.M.B. A importância da abordagem da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na formação como processo inclusivo. **O mundo da saúde**. v. 29, n.29, 2005.

BLASCOVI-ASSIS, S.M. e PEIXOTO, B. O. A Visão dos Pacientes no Atendimento de Fisioterapia: dados para traçar um novo perfil profissional. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.15, n.1, p. 61-67, abr./set., 2002.

BLASCOVI-ASSIS, S.M. Mudanças no perfil do profissional da reabilitação: reflexões sobre a interface entre ciências humanas e ciências da saúde. **Caderno de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento**. v. 4, n.1, p.9-11, 2004.

COIMBRA, J. A. A.. Considerações sobre a interdisciplinaridade In: PHILIPPI JR, A. **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais**. São Paulo: Signus Editora, 2000.

COSTA NETO, M. M. (Org.) **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

CUNHA, A. M. F. V.; BLASCOVI-ASSIS, S. M.; FIAMENGHI JR, G. A. Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.2, pp. 445-451, 2010.

D'ANTINO, M.E.F. Interdisciplinaridade e transtornos globais do desenvolvimento: uma perspectiva de análise **Caderno de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento**. v. 8, n.1, p.55-69, 2008.

DANTAS, M. S. A. et al . Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, 2010 .

DIAMENT, A.; & CYPELS, A. **Neurologia Infantil**. São Paulo: Atheneu, 1996.

DOTTI, J. **Terapia & animais**. São Paulo: PC Editorial, 2005.

FAZENDA, I.C.A. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro – efetividade ou ideologia**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

FAZENDA, I.C.A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. São Paulo: Papyrus, 2000.

FIUMI, A.; Orientação Familiar: O profissional fisioterapeuta segundo percepção das mães de crianças portadoras de paralisia cerebral. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 1997.

FONTANELLA, B.J.B.; CAMPOS, C.J.G; TURATO, E.R. Coleta de Dados na Pesquisa Clínico-Qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.14 n.5, (online), 2006. <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)> Acesso em 14 de dezembro de 2009.

FRANCO, M. A. M.; CARVALHO, A. M.; GUERRA, L. B., Discurso médico e discurso pedagógico: interfaces e suas implicações para a prática pedagógica. **Rev. bras. educ. espec.** v.16, n.3, p. 463-478. 2010.

GUERZONI, V. P. D.; et al . Análise das intervenções de terapia ocupacional no desempenho das atividades de vida diária em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1. 2008.

GUIMARÃES, G.P.; *et.al.* Hidroterapia da Síndrome de Down. **Fisioterapia em movimento**, v.8, n.2, p.54-62, 1996.

HIRTZ, D.; THURMAN, D.J.; GWINN-HARDY, K.; MOHAMED, M.; CHAUDHURI, A.R.; ZALUTSKY, R. How common are the [quot] common [quot] neurologic disorders? **Neurology** v.68, n.5, p. 326-37, 2007.

IWABE, C.; PIOVESANA, A. M. S. G.; Estudo comparativo do tono muscular na paralisia cerebral tetraparética em crianças com lesões predominantemente corticais ou subcorticais na tomografia computadorizada de crânio. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 61, n. 3, 2003.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.



KATO, L.S e BLASCOVI-ASSIS, S.M. Fatores que interferem na dinâmica de equipes de reabilitação que atuam em instituições especializadas. **Caderno de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento**. v. 4, n.1, p. 55-66, 2004.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em revista**, v.10, n.15, p.124-36, 2004.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1975.

LAMÔNICA, D.A.C.; CHIARI, B.M.; PEREIRA, L.D. Avaliação de recepção lexical em paráliticos cerebrais. **Fono atual**, v.3, n.14, p.20-27, 2000.

LEFF, E. Complexidade, Interdisciplinaridade e Saber Ambiental. In: PHILIPPI JR, A. **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais**. São Paulo: Signus Editora, 2000.

LEVITT, S. **O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor**. São Paulo: Manole (2001).

MANCINI, M.C.; ALVES, A.C.M.; SHAPER, C.; FIGUEREDO, E.M.; SAMPAIO, R.F.; COELHO, Z.A.C.; TIRADO, M.G.A. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. **Revista Brasileira de fisioterapia**. v.8, n.5, p. 253-260, 2004.

MARANHÃO, M.V.M. Anestesia e paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.55, n.6, p.680-702, 2005.

MARINS, S.R. Síndrome de Down e Terapia Aquática: Possibilidades da influência dos efeitos físicos da água na musculatura estriada esquelética e na postura. **Reabilitar**. v. 10; p 12-20; 2001.

MELO, L. L; VALLE, E. R. M.; A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. Medicina Ribeirão Preto, 1991.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Europa – América, 1995.

OSORIO, L. C. **Grupos: teorias e práticas: acessando a era da grupalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PEROSA, CT.; PEDRO, E.N.R.; Perspectivas de jovens universitários da região norte de Rio Grande do Sul em relação a paternidade. **Rev.Esc. Enf. USP.** v.43., n.2, p. 300-6, 2009.

PHILIPPI JR. A. Interdisciplinaridade como atributo do C&T In: PHILIPPI JR, A. **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais.** São Paulo: Signus Editora, 2000.

PIOVESANA, A.M.S.G.; MOURA – RIBEIRO, M.V.L.; ZANARDI, V.; GONÇALVEZ, V.M.G. Paralisia cerebral hemiparética: fatores de risco etiológico e neuroimagem. **Arquivos de Neuro-psiquiatria** v.59, n.1, 2001.

PPC. **Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia.** Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010.

ROTTA, N.T. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de Pediatria** v.78, supl.1, 2002.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade:** o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SCHWARTZMAN, J.S. Paralisia cerebral. **Arquivos Brasileiros de paralisia cerebral** v.1, n.1, p5-17, 2004.

SCORSOLINI-COMIN, F.; AMORIM, K. S. "Em meu gesto existe o teu gesto": corporeidade na inclusão de crianças deficientes. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.23, n.2, pp. 261-269, 2010.

SPAGNUOLO, R.S. e GUERRINI, I.A. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Interface: comunicação, saúde e educação**, 2005.

SILVA, D.J. O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para pesquisa ambiental. In: PHILIPPI JR, A. **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais**. São Paulo: Signus Editora, 2000.

VAL, D. C.; et al . Sistema estomatognático e postura corporal na criança com alterações sensório-motoras. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 17, n. 3, 2005.

VILELA, E.M. e MENDES, I.L.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-am Enfermagem**. v.11, n.4, p.525-31, 2003.

YOSHIMURA, R.M.; KASAMA, S.T.; RODRIGUES, L.C.B.; LAMÔNICA, D.A.C. Habilidades comunicativas receptivas em crianças com bilingüismo português – j japonês e paralisia cerebral: relato de caso. **Revista Brasileira de Educação Especial**. v.12, n.3, p.413-422, 2006.



**ANEXO 1 - CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO**  
**CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA**

O presente trabalho tem como objetivo investigar a Interdisciplinaridade por meio da percepção das mães sobre os diferentes atendimentos recebidos por crianças com paralisia cerebral. Os dados para o estudo serão coletados por meio de entrevista grupal e serão registradas em gravador de voz. Este material será posteriormente analisado, sendo garantido o sigilo absoluto sobre os dados obtidos e o nome dos participantes. A participação não implica em nenhum risco para os participantes.

A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para um maior conhecimento do tema estudado. Aos participantes cabe o direito de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo algum.

---

João Roberto de Souza Silva  
Pesquisador responsável  
Fone para contato: (11) 98460155  
e-mail:joarssil@yahoo.com.br

---

Silvana Maria Blascovi de Assis  
Orientadora  
Fone para contato: (11) 3555-2002  
e-mail:silvanablascovi@mackenzie.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) \_\_\_\_\_, responsável legal pelo sujeito de pesquisa, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA, ciente dos serviços e procedimento aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito de pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do sujeito ou seu representante legal

## ANEXO 2 - CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO

### CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO

Venho por meio desta, informar que estou desenvolvendo pesquisa sobre a Interdisciplinaridade por meio da percepção das mães sobre os diferentes atendimentos recebidos por crianças com paralisia cerebral. Os dados para o estudo serão coletados por meio de entrevista grupal e serão registradas em gravador de voz. Este material será posteriormente analisado, sendo garantido o sigilo absoluto sobre os dados obtidos e o nome dos participantes. A participação não implica em nenhum risco para os participantes.

A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para um maior conhecimento do tema estudado. Aos participantes cabe o direito de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo algum.

---

João Roberto de Souza Silva  
Pesquisador responsável  
Fone para contato: (11) 98460155  
e-mail:joarssil@yahoo.com.br

---

Silvana Maria Blascovi de Assis  
Orientadora  
Fone para contato: (11) 3555-2002  
e-mail:silvanablascovi@mackenzie.br

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) senhor (a) \_\_\_\_\_, representante da instituição, após a leitura da Carta de Informação à Instituição, ciente dos procedimentos propostos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância quanto à realização da pesquisa. Fica claro que a instituição, através de seu representante legal, pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa, e fica ciente que todo trabalho torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

São Paulo, .....de.....de.....

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Representante da instituição

### Anexo 3 – Formulário de Concentração dos Atendimentos

#### FORMULÁRIO – CONCENTRAÇÃO DOS ATENDIMENTOS

Com o objetivo de conhecer aonde se concentram os atendimentos, pedimos por gentileza que responda este formulário.

Nome do Responsável \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Nome do filho (a) e idade: \_\_\_\_\_

Idade que recebeu o diagnóstico \_\_\_\_\_

1) Relate os atendimentos realizados pelo seu filho(a). Inclua todos os atendimentos: fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, pedagogia, psicologia, hidroterapia, equoterapia, outros.

Exemplo: Zero – 1 ano: 2 vezes por semana fisioterapia e terapia ocupacional.

Zero -1 ano \_\_\_\_\_

1ano a 2 anos \_\_\_\_\_

2 – 3 anos \_\_\_\_\_

3 - 4anos \_\_\_\_\_

4 – 5 anos \_\_\_\_\_

5 – 6 anos \_\_\_\_\_

6 – 7 anos \_\_\_\_\_

7 – 8 anos \_\_\_\_\_

8 – 9 anos \_\_\_\_\_

9 – 10 anos \_\_\_\_\_

2) Hoje, quais atendimentos seu filho realiza?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3) Frequenta ou frequentou escola? Se sim, especial ou regular? Em que série está?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

MUITO OBRIGADO!!!



