

DENISE BONILAURI

ASPECTOS RELACIONADOS A ORIENTAÇÃO DOS PAIS
DE PORTADORES DE DISTROFIA MUSCULAR
PROGRESSIVA

Trabalho do Curso de Especializ
zação em Educação Especial da
Universidade Federal do Paraná.

CURITIBA
1985

ASPECTOS RELACIONADOS A ORIENTAÇÃO DOS PAIS
DE PORTADORES DE DISTROFIA MUSCULAR
PROGRESSIVA

por

DENISE BONILAURI

Monografia aprovada como requisito final do Curso de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal do Paraná para obtenção do Título de Especialista em Deficiência Mental.

Orientadora:

Roseli Bauhuel

Prof^ª. Roseli de C. Bauhuel

Comeito: A
Roseli Bauhuel
1985

Curitiba, 1º de abril de 1985

Denise Bonilauri

Denise Bonilauri

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Capítulo I	- CARACTERIZAÇÃO DA DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA	
1.1	- História e terminologia	pág. C
1.2	- Caracterização da D.M.P.	" C
1.3	- Distrofia Muscular Pseudo-Hipertrófica d'Duchene	" C
1.4	- Distrofia de Fácio-Espáculo-Umeral	" C
1.5	- Distrofia do Tipo Distal	" 1
1.6	- Síndrome de Werding-Hoffmann	" 1
1.7	- Síntese Complementar	" 1
Capítulo II	- ELEMENTOS RELACIONADOS À ORIENTAÇÃO DE PAIS	" 1
Capítulo III	- PROPOSIÇÃO A ORIENTAÇÃO A PAIS DE PORTADORES DE DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA = ROTEIRO	" 1
	CONCLUSÃO	" 2
	NOTAS DE REFERÊNCIA	" 2
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	" 2

INTRODUÇÃO

"Enfrentar a realidade externa de uma criança com defei - tos congênitos e a realidade interna de sentir perda de uma crian - ça normal desejada requer muito trabalho mental... Essas reações mentais e emocionais capacitam os pais para reconhecer e adaptar - se a realidade da criança atípica."

A importância dos pais conhecerem aspectos acerca da pa - tologia de seus filhos e meios para remediá-las, constitui - se a intenção deste trabalho monográfico. Considerando que os pais não teriam condições emocionais de suprir as necessidades terapêuticas e educacionais do deficiente, por estarem envolvi - dos em sentimentos de dúvidas sobre eventual recuperação, en - tão, haveria a necessidade de orientação técnica. Acrescente - se que pelo natural envolvimento na relação entre pais e fi - lhos, existem dificuldades na reflexão e ação, adequadas no en - tendimento do excepcional, em virtude que os pais também sen - tem-se confusos com a nova realidade que terão de se confron - tar.

Portanto, o trabalho monográfico pretendeu-se possibili - tar bases para a orientação a pais de portadores de distro - fia muscular progressiva (DMP), dada a importância do aconse - lhamento.

Conforme salientam Barnard e Erickson, no livro "Como E

Ducar Crianças com Problemas de Desenvolvimento."

"Muitas vezes a preocupação pelo futuro papel da criança e pelo modo como cuidar dela adquire precedência sobre o tema de como encarar o fato de ter uma criança deficiente e o de quais são suas necessidades no seu imediato ambiente do lar e manejo familiar."

Justifica-se ainda a escolha do tema pela gravidade do quadro clínico deste diagnóstico, bem como pelo fator hereditário que o mesmo contém.

Este estudo pretendeu analisar alguns elementos constitutivos da orientação a pais, no sentido de embasar futura intervenção junto a estas famílias, ante a inexistência de outras obras, estudos ou monografias pertinentes ao tema.

Inicialmente, o trabalho versará sobre as características e tipologia da Distrofia Muscular Progressiva. Após, analisaram-se alguns elementos relacionados à orientação dos pais; propondo-se, logo a seguir, roteiro como indicação metodológica na orientação a pais de portadores de D.M.P.. Posteriormente retorna-se a reflexão sobre o tema, elaborando-se a conclusão.

1. BARNARD, Kathryn E., ERICKSON, Marcene L. - Como Educar Crianças com Problemas de Desenvolvimento - Porto Alegre, Globo, 1978, p. 146

I - CARACTERIZAÇÃO DA DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA (D.M.P.)

1.1 - História e Terminologia:

A distrofia muscular progressiva (dystrophia musculorum progressiva, miopatia primária) foi descrita por diferentes autores na última metade do século XIX.

Uma confusa multiplicidade de nomes tem sido empregada desde esse tempo para designar esta doença. Duchenne descreveu um grupo de pacientes com aumento muscular e também atrofia que foi desde então chamado tipo Pseudo-Mipertrófico de distrofia muscular progressiva.

Seyden e Möbius descreveram um outro tipo clinicamente semelhante, mas não havendo aumento muscular aparente. Daí surgiu o tipo ATRÓFICO SIMPLES. No mesmo período, Sandauzy e Dégérine descreveram uma forma de distrofia muscular em que os músculos faciais e da cintura peitoral eram os primeiros a serem atingidos razão pela qual eles a chamaram do tipo FACIAL-ESPÁCULO-UMERAL.

Erb descreveu uma distrofia juvenil que se diferencia da anterior por apresentar menos anormalidade na fase ou nenhuma anormalidade. Recentemente, Walton e outros autores, distinguiram o caso de distrofia membro-cintura, de Erb, da distrofia fácio, escápulo-umeral, por seu início mais precoce e ausência de caráter hereditário dominante típico, nos ascendentes, assim pela falta de comprometimento facial.

Muitos autores sustentam que todos estes grupos representam apenas variações de um único processo mórbido, no entanto, há pelo menos cinco tipos, a saber:

- Distrofia Muscular Duchene ou Pseudo-hipertrofica
- Tipo Membro-Cintura
- Tipo Fácio-Escápulo-Umeral
- Tipo Distal
- Tipo Ocular

1.2 - Caracterização da Distrofia Muscular Progressiva:

Os músculos desempenham papel importantíssimo na atividade humana. São elas responsáveis pela flexibilidade e pela quase totalidade dos movimentos que o indivíduo realiza. Conforme o tipo de movimento ou atividade exercida durante longo tempo, determinados músculos ou conjunto de músculos irá ter um desenvolvimento acentuado, acima da média. A hipertrofia de crescimento muscular caracterizado pela irregularidade no desenvolvimento do corpo humano.

O mesmo desequilíbrio não só no sentido de um falso crescimento, mas principalmente o de redução muscular, é observado na Distrofia Muscular Progressiva (D.M.P.). "Trata-se de uma afecção primitiva dos músculos de caráter degenerativo e progressivo, cuja as características gerais são bem conhecidas, todavia a doença apresenta também outros aspectos mais específicos que ainda não foram definidos e esclarecidos."

"É um termo usado por vários tipos de doenças caracte-

rizadas por uma degeneração e debilidade gradual de músculos. Geralmente há um aumento aparente dos músculo, que na realidade corresponde a um deslocamento do tecido muscular... Embora a causa exata da doença seja desconhecida as teorias etiológicas apontam o metabolismo imperfeito, que resulta na falta de nutrição dos músculos, a disfunção das glândulas endócrinas ou de deficiência dos nervos periféricos... Tanto do ponto de vista físico como psicológico, é benéfico para as crianças que apresentam distrofia muscular que tenham possibilidade de participar das atividades normais, por tempo quanto possível." ²

"A doença caracteriza-se por degeneração e descaste de fibras musculares. Supõem-se que seja um distúrbio metabólico, causado por deficiência enzimática ou protéica." ³

Além disso, a distrofia muscular progressiva é mais uma entre as muitas doenças hereditárias. Admite-se que seja causada por um gene "defeituoso", o qual determinaria não só a localização do músculo alterado, mas também o grau de intensidade do acontecimento. Ocorreria, então, uma falha metabólica inata que seria a provocadora das lesões em determinados agrupamentos musculares.

1.3 - Distrofia Muscular Pseudo-Hipertrófica de Dechene

2. BOLSANELLO, Aurélio - Genética Médica Prática - Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos Editora, 1978, p. 235 , 238.

2. FUSTIONONI, Oswaldo - Semiologia del Sistema Nervoso, Buenos Aires, Libéria el Ateneo, 1974, p. 320

A distrofia muscular progressiva da infância tem início precoce - geralmente nos três primeiros anos de vida - e é mais grave atacando principalmente as crianças do sexo masculino. Tais crianças são normais ao nascer e sua musculatura inicial e outras manifestações de desenvolvimento não a distinguem de uma criança normal.

Inicia-se, em geral, pelo acometimento dos músculos da cintura pélvica em seguida, estende-se até a cintura escapular (omoplatas) e, posteriormente afeta ainda outros grupos musculares. O equilíbrio da pessoa passa a ser precário, obrigando-a a aumentar a base de sustentação caminhando desta forma, o paciente apresenta um "andar de gigante"; seu corpo oscila para os lados, a cada passo. As dificuldades mais primárias - como a de subir as escadas, acentuam-se gradualmente. Com isso, o enfermo torna-se obrigado a andar com a coluna vertebral permanentemente inclinada para trás, como acontece com as mulheres durante a gravidez.

A medida que a doença se agrava, torna-se evidente um quadro característico de destruição muscular, observa-se uma ligeira fraqueza simétrica de um grupo de músculos faciais, pois... usualmente o problema é mais acentuado na face (no zigomático e no orbicular dos lábios).

A medida em que a atividade do paciente se reduz por sua invalidez, surgem frequentemente retrações deformantes os tendões de Aquiles e tendões do oco poplíteo (atrás do joelho) são os mais frequentemente atacados. Podem surgir acentuadas esco

liosose e sifose (deformações posturais da coluna vertebral) devido a contrações de uns músculos, sendo que o seu antagônico se enfraquece ou se atrofia.

Quando a doença se torna grave, o paciente fica confinado ao leito ou numa cadeira de rodas, tendo forças satisfatórias nas mãos e nos antebraços.

Em geral os pacientes são normais, sob outros aspectos, exceto no que se refere a anomalias não referidas. A maioria dos pacientes morrem na adolescência, ou no começo do estado adulto, de infecções mais comumente respiratórias, que se desenvolvem em consequência de sua invalidez. A causa mais comum de letalidade, é a insuficiência miocárdica, que pode determinar abruptamente a morte.

Este tipo de distrofia muscular, é, frequentemente, de caráter familiar e mais de um menino numa família, apresenta a doença. Os pais são normais, provavelmente, é anomalia recessiva ligada ao sexo.

Até o momento não há tratamento adequado para esta doença, a dieta sem creatina não adianta porque a doença progride de qualquer maneira. Deve-se ter, em qualquer das anormalidades citadas, a precaução de que o paciente não repouse no leito demasiado.

1.4 - Distrofia do Tipo Fácio-Escápulo-Umeral:

A distrofia fácio-escápulo-umeral é uma doença estritamente ligada à distrofia infantil; da mesma forma que o primeiro -

ro tipo (distrofia pseudo-hipotrófica de Duchene), ataca predominantemente na infância - idade média 13 anos - apresentando pequena incidência na faixa de quarenta e sessenta anos.

O grau de comprometimento pode ser extremamente discreto; outros ficam incapacitados antes dos 20 anos. Quase sempre há comprometimento facial, e dos músculos da cintura escapulo-umeral (omoplatas e úmero, osso do braço). Sua evolução é sempre lenta e insidiosa, marcada frequentemente por períodos de completa estabilização. Também é hereditária e sem predominância de sexo. Os pacientes em geral têm um ritmo de vida normal, ficando impossibilitados mais tardiamente.

1.5 - Distrofia do Tipo Distal:

Há muitos anos, Goures e, mais recentemente, Welander, chamaram a atenção para pacientes com atrofia, lentamente progressiva, dos músculos das mãos e dos pés. A doença manifesta-se na mocidade e progride lentamente. Dá à mão o aspecto mencionado por alguns autores como "mão de macaco". Welander pôde estabelecer a existência de uma transmissão autossômica dominante em algumas famílias que estudou.

- Distrofia Muscular Ocular:

Ao instalar-se causa o comprometimento de vários músculos oculares, provocando quedas das pálpebras ou dificuldades para a movimentação dos olhos. Estes dois últimos tipos de DMP são as mais raras e, por isso mesmo, ainda não perfeitamente caracterizadas.

1.6 - Síndromes de Werding-Hoffmann:

Esta é uma doença rara que usualmente se desenvolve na segunda metade do primeiro ano de vida em uma criança aparentemente normal; pode afetar muitos irmãos (irmãs) e é caracterizada por uma progressiva fraqueza, atrofia muscular e um término fatal. A anomalia tem sido também descrita sob a designação de atrofia muscular espinhal hereditária e doença de Werding-Hoffmann. Werding e Hoffmann descreveram a doença pela primeira vez em 1891 e 1893, respectivamente.

Como na forma adulta de atrofia muscular progressiva, a principal patologia da atrofia muscular espinhas progressiva, das crianças, localiza-se nas grandes células motoras dos ventrículos anteriores da medula espinhal e pode também envolver os núcleos motores dos nervos cranianos correspondentes.

São as seguintes as características neuropatológicas da doença: degeneração das células do ventrículo anterior e raízes anteriores, que é uma forma disseminada de atrofia neurogênica na qual os músculos apresentam atrofia com perda da estriação cruzada; aumento dos núcleos sarcolêmicos e tecidos conectivos; e substituição, por gordura, das grandes fibras musculares, o que pode obscurecer a atrofia.

Neste caso, ambos os sexos parecem ser afetados com igual frequência. O ataque normalmente é distinguível, pois ocorreu em crianças de nascimento normal e com normal desenvolvimento, o ataque da doença é marcado por perda e fraqueza dos músculos. Estas mudanças são normalmente verificadas quando a

criança já está com vários meses de idade, mas pode aparecer mais cedo. Fraqueza e atrofia se desenvolvem muito rapidamente, primeiro nos músculos das costas e nos rotadores da pélvis e ombros; mais tarde são atingidos os músculos próximos aos membros e os intercostais e bulbar. Em casos mais avançados, pode haver completa paralisia, exceto no diafragma, nos músculos faciais e nos músculos que permitem mexer os dedos dos pés e das mãos.

A paralisia é o tipo flácido, com diminuição ou perda dos reflexos profundos dos músculos.

A atrofia muscular espinhal progressiva das crianças é uma doença progressiva; a sobrevivência pode ser medida em meses; o relato de idade mais avançada alcançado foi de seis anos. A morte usualmente devida à infecção intercorrente ou devido a envolvimento bulbar progressivo. Na doença de Weding-Hoffmann, o tratamento é baseado em cuidados especiais de enfermagem, evitando-se infecções intercorrentes.

1.7 - Síntese Complementar:

Embora possuam nomes próprios e características aparentemente independentes, as formas de atrofia muscular progressiva não são, todavia, perfeitamente definidas e separadas entre si. Na realidade, a doença é uma só e cada um dos tipos apresentados pode mostrar características de outro.

De maneira geral, a DMP caracteriza-se por uma deficiência motor-muscular que evolui num crescendo, ora acompanhada de atrofias musculares. O comprometimento dos músculos, é na mai

oria dos casos, bilateral e, portanto, simétrico.

O tratamento nem sempre se reveste de completo êxito. Mais importante é a prescrição de ginástica adequada para forçar a movimentação da musculatura, acompanhada de fisioterapia orientada. Tais medidas visam protelar ao máximo as contraturas musculares e as posições viciosas que podem impedir a livre movimentação do doente. Paralelamente procede-se à reeducação muscular, na qual os músculos sadios substituem a ação daqueles já alterados.

Fator positivo e de vital importância para os pacientes seria o correto aconselhamento médico e a adequada orientação psicológica à família, para melhor relacionamento família/afetado.

II - ELEMENTOS RELACIONADOS À ORIENTAÇÃO DE PAIS

A família cujo um dos membros é excepcional, o surgimento de problemas emocionais aparecem pois, esta criança representa novas e difíceis situações para seus familiares.

"A maioria dos pais pouco sabem das condições que acarretam uma deficiência, e os meios de que dispõem para compreendê-la são também escassos. Essa falta de compreensão pode suscitar sentimentos desalentadores que os levam as inatividades, ao desapontamento e a autorecriminação, impedindo-os de tratar adequada e eficazmente o filho deficiente." ⁴

Embora a criança nasça com certa herança ou potencial, a exploração destas aptidões inatas depende da força constante e do apoio que a criança recebe dos pais.

"A família é uma unidade de personalidades interagindo, cada uma depende das demais para satisfazer suas necessidades econômicas, biológicas, psicológicas e sociais." ⁵

É na família que a criança deficiente desenvolverá uma personalidade madura e integrada. Cabe a família educar, sustentar economicamente, proteger e socializar seus membros, inclusive a criança excepcional.

"O simples fato do defeito requerer que a criança excepcional obtenha suas maiores alegrias em grande parte de seus próprios pais, portanto, sua dependência dos pais é mil vezes aumentada."⁶

Os pais experimentam vários sentimentos naturais de medo, dor, desapontamento, culpa, sensação geral de incapacidade e impotência, em relação ao filho deficiente.

A medida em que os pais compreendem seus sentimentos para com o filho deficiente tem início um novo processo onde percebem aspectos positivos, que devem ser procurados não na deficiência, mas no portador dela.

"Os pais precisam ser informados da realidade porque só ela poderá li -

4. BUSCAGLIA, Leo F. - O Papel Importantíssimo da Família na Reabilitação da Criança Deficiente, O Correio da Unesco, Rio de Janeiro, Ano 9, Nº 8, Agosto, 1981, p. 1-34

5. FLEMING, Juanita W. - A Criança Excepcional - Diagnóstica e Tratamento, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976.

6. ROUCEK, Joseph et al¹ - A Criança Excepcional - Coleção de Estudos, São Paulo, Ibrasa, 1973.

bertá-los de seus sentimentos e incutir-lhes a sensibilidade necessária à participação na educação de seu filho." 7

Em suma, os pais para efetiva participação, necessitam de informações precisas a respeito das possibilidades e limitações do filho deficiente. O processo de reabilitação é longo e árduo. O apoio e a orientação aos pais, favorece e acelera o desenvolvimento das aptidões e potencialidades.

Assim, o primeiro passo é ajudar os pais em que pese seus sentimentos de inibição, a aceitarem os fatos e participem ativamente dos esforços para remediá-los. .

A orientação a pais de excepcionais, particularmente, portadores de DMP deve basear-se nas seguintes reflexões:

- É preciso que os pais entendam suas reações para com o filho deficiente, pois estes sentimentos podem estar impedindo que compreendam o processo terapêutico e colaborem plenamente com ele;
- Os pais precisam ter uma avaliação honesta, sensata e completa das condições físicas, sociais, psicológicas, educacionais e intelectuais da criança;
- Os pais precisam receber informações pormenorizadas sobre os programas de educação ou reabilitação recomendadas para seus filhos;

- Os pais precisam ser estimulados a assumirem um papel ativo na reeducação do filho e ter acesso a meios que lhes permitam avaliar a eficácia do programa em cada fase de sua aplicação.

III - PROPOSIÇÃO À ORIENTAÇÃO A PAIS DE PORTADORES DE DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA - UM ROTEIRO

É o conhecimento das causas e efeito do diagnóstico , que proporciona aos pais compreenderem as limitações e potencialidades dos filhos portadores de DMP. Conhecer as reais condições de seu filho, propicia aos pais a reflexão sobre os seus sentimentos com relação a deficiência; acarretando a participação consciente e ativa no processo de reabilitação. E não apenas a obrigação social de criar um ser nascido imperfeito.

Através da análise dos fatores relacionados anteriormente, no exame dos capítulos, conclui-se que a orientação a pais de portadores de DMP, deveria basear-se em três aspectos:

1. Conhecimento dos pais das causas e efeitos da deficiência dos filhos;
2. Esclarecimentos sobre as potencialidades e limitações dos filhos;
3. Informações aos pais quanto a forma adequada de atendimento de seus filhos no lar.

De acordo com este pressuposto foi elaborado o seguinte roteiro para dirigir a orientação a pais de portadores de Distrofia Muscular Progressiva, dividido em três etapas:

1ª Etapa:

Esclarecer os pais quanto ao diagnóstico e prognóstico

da doença e avaliar as potencialidades e limitações do filho portador de DMP. Operacionalização:

1º- Estudo Diagnóstico: Exame médico com especialistas (neurologista, geneticista, pediatra e ortopedista), avaliação terapêutica com profissionais ligados a reabilitação (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social);

2º- Informações aos Pais: Reunião com os pais e equipe técnica para esclarecimentos das condições físicas, psicológicas e sociais do deficiente;

Entrevista com os pais para análise de seus sentimentos, reações e emoções com relação a deficiência de seu filho.

2ª Etapa:

Orientar os pais quanto a forma de atendimento no lar.

Operacionalização:

- . Levantamento dos recursos disponíveis pela família para atendimento ao deficiente em casa;
- . Levantamento de recursos comunitários que possam fornecer o atendimento do deficiente fora do ambiente escolar;
- . Orientação dos exercícios e atividades que deverão ser desenvolvidas pelos pais com o filho no lar.

3ª Etapa:

Avaliar junto aos pais a eficácia da orientação.

Operacionalização:

- . Acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos pais com o deficiente no lar;
- . Reunião com os pais e equipe técnica para análise das atividades e resultados obtidos.

3.1 - Observações Complementares:

Optou-se inicialmente pela abordagem individual, prestada aos pais, por serem estas etapas determinadas pelo conhecimento das características bio-psico-sociais de seus filhos deficientes, portanto exclusivas a cada caso.

Propõem-se, após ultrapassadas as três etapas, que o acompanhamento aos pais, seja realizado através de "Grupo de Pais". A formação deste grupo poderá possibilitar a troca de informações e experiências vivenciadas no cotidiano com o deficiente e as dificuldades sentidas pelos pais com problemas que se assemelham.

Assim, o grupo virá complementar as orientações individuais prestadas anteriormente, favorecendo o relacionamento eficaz entre pais e filhos portadores de Distrofia Muscular Progressiva.

CONCLUSÃO

A paternidade é talvez a maior e mais complexa responsabilidade humana. Muito mais difícil ainda é tornar-se pai de uma criança deficiente; precisa-se de apoio e orientação. É com o conhecimento, a compreensão de que o filho é uma criança como as outras, porém ao mesmo tempo é uma criança única, não só pelo fato de que ela é em si, mas também pelas possibilidades ilimitadas que poderão fluir com a ativa participação dos pais.

Portanto, a orientação sistemática e metódica, pode possibilitar aos pais o apoio necessário, oferecendo meios para que a natural interação entre pais e filhos, possa propiciar um clima favorável, para a habilitação do deficiente.

Os pais precisam ser informados da realidade por que só ela poderá libertá-los de seus sentimentos, incentivando-lhes a sensibilidade e a calma.

Assim, poderão assumir as atividades necessárias na participação da educação e formação do filho. A realidade favorecerá aos pais possibilidades de compreenderem a situação realisticamente, tornando-os mais conhecedores e aptos integrantes do processo de reabilitação.

Em suma, o presente trabalho pretendeu, em rápida análise, abordar o tema - Orientação a pais de portadores de Distrofia Muscular Progressiva - na tentativa de que alguns aspectos mencionados pudessem ser utilizados por profissionais ligados ao atendimento aos portadores de D.M.P. ou mesmo deficientes físicos em geral.

Salienta-se que o trabalho não objetivou esgotar o tema quer pela sua abrangência, quer por apresentar vários aspectos, de caráter formativo.

Esse estudo tornou possível transpor experiências práticas, em embasamento teórico relacionado a orientação a pais.

Como intenção metódica foi sugerido um roteiro para orientação de pais com crianças portadoras de Distrofia Muscular Progressiva baseado em aspectos do aconselhamento a pais de criança excepcionais, bem como nas características patológicas da própria distrofia.

Possibilitou, ainda, a reflexão sobre uma possível intervenção, apresentando elementos para análise e aprimoramento.

Em síntese, procurou-se neste estudo demonstrar a importância de orientar-se pais com filhos portadores de D.M.P..

Pode-se complementar afirmando que o fundamental da orientação é oferecer meios aos pais para que possam aceitar as características individuais de seu filho.

NOTAS DE REFERÊNCIA

¹BARNARD, Kathryn E.. Como Educar Crianças com Problemas de Desenvolvimento. Porto Alegre, Globo, 1978, p. 146

²BOLSANELLO, Aurélio. Genética Médica Prática. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos Editora, 1978, p. 235, 238

³FUSTIONONNI, Oswaldo. Semiologia del Sistema Nervoso. Buenos Aires, Libéria el Ateneo, 1974, p. 320

⁴BUSCAGLIA, Leo F.. O Papel Importantíssimo da Família na Reabilitação da Criança Deficiente. O Correio da Unesco, Rio de Janeiro, Ano 9, Nº 8, Agosto, 1981, p. 1-34

⁵FLEMING, Juanita W.. A Criança Excepcional - Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976

⁶ROUCEK, Joseph et alü. A Criança Excepcional - Coletânea de Estudos. São Paulo, Ibrasa, 1973

⁷BUSCAGLIA, Leo F.. O Papel Importantíssimo da Família na Reabilitação da Criança Deficiente. O Correio da UNESCO, Rio de Janeiro, Ano 9, Nº 8, P. 1-34

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASHCROFT, Samuel C. - Crianças Excepcionais: Seus Problemas, Sua Educação, Rio de Janeiro, Livro Técnicos e Científicos, 1976
2. BARNARD, Kathryn E.; ERICKSON, Marcene L. - Como Educar Crianças com Problemas de Desenvolvimento, Porto Alegre, Globo, 1978
3. BOLSANELLO, Aurélio - Genética Médica Prática - Rio de Janeiro, Livro Técnicos e Científicos, Editora, 1978
4. Correio da Unesco, Editora Brasileira, Ano 1, Janeiro, 1973
5. CRUICKHANK, Willian M. - El Niño con Daño Cerebral in la Escuela, en el Hogar, en la Comunidad, Rio de Janeiro, Livro Técnico e Científicos, 1976
6. FLEMING, Juanita W. - A Criança Excepcional - Diagnóstico e Tratamento, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978
7. FUSTIONONI, Oswaldo - Semiologia del Sistema Nervoso, Buenos Aires, Libéria El Ateneo, 1974
8. Medicina e Saúde
9. ROUCEK, Joseph alú - A Criança Excepcional - Coletânea de Estudos - São Paulo, 1973
10. ROUTEDGE, Linda - El Niño con Deficiências Físicas - Barcelona, Editorial Médica y Técnica, 1981