

# A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO TRABALHO DE REABILITAÇÃO DA CRIANÇA COM MICROCEFALIA

Alex Sandro da Silva Barbosa<sup>1</sup>

Leidiane da Silva Santos<sup>2</sup>

Anne Flávia Silva Galindo Santana<sup>3</sup>

Laíssa Fonseca Tatajuba Monteiro<sup>4</sup>

Fisioterapia



**cadernos de  
graduação**  
ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

## RESUMO

A microcefalia é caracterizada por uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. As crianças que apresentam problema neurológico e possuem o perímetro cefálico significativamente abaixo da média. Na microcefalia existe uma má formação em nível da estrutura óssea do crânio evidenciando o crescimento/desenvolvimento anormal do cérebro. O objetivo do estudo foi analisar a importância da participação da família no trabalho de reabilitação da criança com microcefalia e identificar as dificuldades em relação ao tratamento e evolução. Realizou-se um estudo descritivo exploratório, com um grupo de crianças com microcefalia, de ambos os sexos, com idades entre dois (2) e vinte quatro (24) meses, utilizando uma abordagem transversal e quantitativa. A amostra foi não probabilística, composta por crianças em atendimento no setor de fisioterapia infantil da Associação Pestalozzi de Maceió e da Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (Adefal). Os responsáveis legais foram informados de todos os objetivos e etapas da pesquisa e submetidos a um questionário próprio (Anexo I). Conclui-se que a participação no trabalho de reabilitação da criança com microcefalia é indispensável e que carece que os pais deem continuidade em casa. Colaborando para que a família vivencie esse momento de forma plena, buscando sempre esse momento de afetividade e cuidado.

## PALAVRAS-CHAVE

Microcefalia. Reabilitação. Fisioterapia.

## ABSTRAC

Microcephaly is characterized by a congenital malformation in which the brain does not develop properly. The children who present neurological problem and have the cephalic perimeter significantly below the average. In microcephaly there is a poor formation in the bone structure of the skull evidencing the abnormal growth / development of the brain. The objective of the study was to analyze the importance of family participation in the rehabilitation work of the child with microcephaly and to identify the difficulties regarding treatment and evolution. An exploratory descriptive study was carried out with a group of children with microcephaly of both sexes, aged between two (2) and twenty-four (24) months, using a transversal and quantitative approach. The sample was non-probabilistic, composed of children in care in the children's physiotherapy sector of the Pestalozzi Association of Maceió and the Association of Physically Disabled of Alagoas (Adefal). The legal guardians were informed of all the objectives and stages of the research and submitted their own questionnaire (Annex I). It is concluded that the participation in the rehabilitation work of the child with microcephaly is indispensable and that it is necessary that the parents continue at home. Collaborating so that the family can live this moment fully, always seeking this moment of affection and care.

## KEYWORDS

Microcephaly. Rehabilitation. Physiotherapy.

## 1 INTRODUÇÃO

A microcefalia é caracterizada por uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). As crianças que apresentam problema neurológico e possuem o perímetro cefálico significativamente abaixo da média. Elas são diagnosticadas, mais frequentemente, no nascimento ou durante os exames de rotina dos bebês. Na microcefalia existe uma malformação em nível da estrutura óssea do crânio, evidenciando o crescimento/ desenvolvimento anormal do cérebro (HARRIS, 2013).

A microcefalia costuma ser causada por uma variedade de fatores genéticos e ambientais, tais como a síndrome de Down, exposição a drogas, álcool ou toxinas no útero, toxoplasmose, sífilis, herpes ou rubéola, citomegalovírus e o vírus Zika durante a gravidez (WHO, 2016).

A maioria dos casos de microcefalia é acompanhada de alterações motoras e cognitivas que variam de acordo com o grau de acometimento cerebral. Cada paciente poderá ter comprometimentos diferentes, dependendo da área e da extensão do cérebro que foi atingida pela doença, podendo a criança apresentar atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), déficits auditivos, físicos, intelectuais, cognitivos e visuais (COFFITO, 2016).

Os distúrbios motores são frequentemente acompanhados de distúrbios de sensibilidade, percepção, cognição, comunicação e comportamento, bem como de epilepsia. Além disso, secundariamente, podem levar a distúrbios musculoesqueléticos como contraturas e deformidades (PANTELADIS et al., 2015, ROSENBAUM et al., 2007; BAX et al., 2005).

Quando confirmado o diagnóstico de microcefalia, os pais podem se sentir confusos e sem orientação adequada, interferindo em seu vínculo com o bebê e, sobretudo, no que diz respeito às expectativas, podendo influenciar o processo de aceitação ou rejeição do filho (LEMES; BARBOSA, 2004).

No primeiro estágio de impacto ou choque, a família terá que enfrentar a realidade decorrente do diagnóstico da doença, mantendo as atividades habituais. Os estágios seguintes consistem na reorganização e na integração dessa criança no seio familiar, com suas limitações e adaptações, tentando preservar a rotina familiar e a integridade com os demais membros da família (DANTAS et al., 2010).

Segundo Gondin e Carvalho (2009), será imprescindível que a família estabeleça conhecimentos sobre as necessidades especiais de seus filhos, construa padrões de enfrentamento dos sentimentos e das necessidades como um todo, na tomada de decisões e na busca dos recursos para o bem estar da criança e da família. É de suma importância que os profissionais desenvolvam relações interpessoais saudáveis e respeitadas, garantindo assim maior eficácia no alcance de seus objetivos.

Nunes (2007) ressalta que o tratamento de reabilitação se concentra na conservação da flexibilidade, promoção de força, facilitação das habilidades funcionais, tais como sentar ou andar, promoções de padrões normais de movimento, induzir o desenvolvimento motor e promover a independência na mobilidade, autocuidado e atividades de lazer. As dificuldades que a criança apresenta na execução das atividades, podem ser auxiliadas por intermédio de tecnologia assistiva.

De acordo com Rotta (2002), a participação e a colaboração familiar são extremamente importantes para a reabilitação dessas crianças que apresentam algum tipo de alteração no desenvolvimento motor e, em especial, quando se trata de crianças com microcefalia. Dessa forma este estudo verifica a participação da família na reabilitação de crianças com microcefalia e identifica as dificuldades em relação ao tratamento empregado.

## **2 METODOLOGIA**

Estudo descritivo exploratório, em um grupo de crianças com microcefalia, de ambos os sexos, com idades entre dois e vinte quatro meses, utilizando uma abordagem transversal e quantitativa.

A coleta de dados ocorreu de março a maio de 2017, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes, sob número de CAEE: 658833175.0000.5641. A amostra foi não probabilística, composta por crianças em atendimento no setor de fisioterapia infantil da Associação Pestalozzi de Maceió e da Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL).

O instrumento utilizado para obtenção dos resultados foi um questionário elaborado e aplicado pelos próprios pesquisadores, o qual abrangia questões relacionadas à participação da família na reabilitação, as expectativas sobre o tratamento oferecido nas associações e os benefícios deste para a criança.

Os critérios de inclusão foram: a) crianças que apresentavam microcefalia e que estavam cadastradas nas associações; b) ter idade entre dois a vinte quatro meses. Foram excluídos os responsáveis que não tinham condições cognitivas de responder as perguntas solicitadas.

Os responsáveis legais foram informados de todos os objetivos e etapas da pesquisa e submetidos a um questionário próprio (ANEXO I) com perguntas relacionadas aos aspectos pré, peri e pós-natais da criança, à participação da família no processo de reabilitação e às suas dificuldades em relação ao tratamento.

Em atendimento à Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, após a coleta, os responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), para participar deste estudo, ficando uma cópia para si e outra com os pesquisadores.

Os dados obtidos nas entrevistas foram categorizados e digitados em uma base de dados do programa Excel, versão do Office 2010, Microsoft 2010. Utilizou-se a estatística descritiva com média e porcentagem.

### 3 RESULTADOS

Foram selecionadas 16 crianças com microcefalia, procedentes do Município de Maceió (13) e as demais (3) de cidades circunvizinhas de Alagoas. A maioria do sexo feminino (56%); em relação ao critério idade, a média observada foi de 14 meses (um ano e dois meses). Todas as crianças tiveram a genitora como responsável para as respostas do questionário.

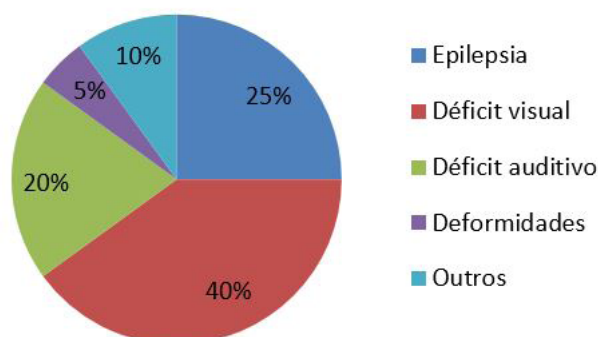
O questionário utilizado continha, considerando a possibilidade de intercorrências gestacionais, perguntas sobre a existência de complicações na gestação, onde apenas uma entrevistada citou ter sofrido deslocamento de placenta, ou seja, em 94% dos casos não foi identificada complicação gestacional. As mães afirmaram ter realizado o pré-natal e 56% relataram estar vivenciando a primeira gestação. A maioria dos partos foram através de cesarianas (56%) e apenas 13% expuseram complicações perinatais.

Durante a gestação, 57% das mães afirmaram não ter sofrido nenhuma doença. As acometidas por situações patológicas apresentaram: infecção pelo vírus Zika (25%), gripes (6%), infecções renais (6%) e outras (6%), com um caso de febre. Arubéola, citomegalovírus, toxoplasmose não foram pontuadas.

Além da microcefalia, as crianças em estudo apresentaram outros comprometimentos, tais como: epilepsia (25%), déficit visual (40%), déficit auditivo (20%), deformidades (5%) como a artrogripose, outros (10%). Os dados estão dispostos no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Percentual dos problemas associados de crianças com microcefalia

## Problemas associados



Fonte: Dados da pesquisa.

O acometimento mais frequente foi o déficit visual, com oito casos (40%). Entre as outras patologias citadas, durante a entrevista, estão: síndrome de Horner (1), síndrome de West (1) e estrabismo (1). Também foi relatada, por duas mães, a presença de espasmos constantes. Foram levantadas pelos pesquisadores questões sobre o tratamento ofertado aos seus filhos. As perguntas realizadas estão dispostas na Tabela 1, assim como os percentuais de resposta.

Tabela 1 – Percentual das considerações sobre o tratamento

Sobre o tratamento	SIM (%)	NÃO (%)
Você teve conhecimento que seu (sua) filho (a) é especial?	56%	44%
Você tinha noção de que seu (sua) filho (a) precisaria fazer Fisioterapia e outros tratamentos?	69%	31%
Desde que nasceu ele (ela) já foi encaminhado para a Fisioterapia?	63%	38%
Desde que começou o tratamento, você notou alguma melhora?	94%	6%
Desde que começou o tratamento, você notou alguma piora?	0%	100%
Você está satisfeita com o tratamento que ele (ela) recebe aqui?	88%	13%
Você sente a necessidade de complementar os exercícios ou o tratamento (realizado pelo fisioterapeuta) na sua casa?	75%	25%
O fisioterapeuta passa alguma atividade fisioterapêutica para a criança fazer em casa?	88%	13%
Você se sente preparado (a) para realização dessas atividades em casa?	81%	19%
Você está satisfeita com o desempenho de sua criança?	37%	63%

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se que a maioria dos pais (56%) tinha conhecimento sobre a patologia de seu (sua) filho (a). A maioria das genitoras respondeu ter noção de que seus filhos precisariam de fisioterapia e outros tratamentos. Dentre as crianças, 63% foram encaminhadas para a reabilitação logo após o nascimento. Concomitante às demais atividades de reabilitação, todas são acompanhadas por terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

A média de vivência na terapia foi de 9 (nove) meses. Em relação à evolução do quadro geral, 94% das mães afirmaram melhora. Todas relataram que não houve nenhuma piora desde o início do tratamento da fisioterapia. A maior parte das entrevistadas (88%) apresentou-se satisfeita com o trabalho oferecido pelas associações. Com relação à fisioterapia, 12 (75%) das responsáveis afirmaram que a continuidade os exercícios realizados pelo fisioterapeuta em casa seria eficaz para evolução do quadro clínico da criança. Outras 4 (25%) afirmaram não sentir a necessidade deste complemento.

Verificou-se que 88% das mães seguem as orientações do fisioterapeuta para serem feitas em casa. Por unanimidade, também são elas que realizam essas atividades domiciliares e não outros membros da família. Entre as que se sentem preparadas para a realização destes exercícios contou-se 81%. Contudo, é possível observar que apenas 38% seguem todas as orientações do fisioterapeuta para realização destes. A frequência da realização dessas atividades é demonstrada na Tabela 2.

Tabela 2 – Percentual de frequência das atividades realizadas em casa

<b>Frequência das atividades</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
1 vez ao dia	67%
2 vezes ao dia	13%
3 vezes ao dia	20%

Fonte: Dados da pesquisa.

Com sete casos descritos, a principal dificuldade de realizar dos exercícios é a rigidez nos membros inferiores e superiores que a criança com microcefalia apresenta, em três casos é acompanhado de choro. Como razão para não realizarem tais atividades, duas mães alegaram falta de tempo.

Ao finalizar o questionário, as mães eram indagadas sobre estarem ou não satisfeitas com a condição apresentada por seus filhos no momento da entrevista, apenas 37% justificaram a satisfação por entender a gravidade do acometimento, mas a maioria (63%) das entrevistadas mostrou insatisfação na evolução de seus filhos em relação a outras crianças.

## 4 DISCUSSÃO

Um estudo realizado com 22 crianças com PC matriculadas no ensino regular de Florianópolis (REBEL et al., 2010), constatou-se que as crianças do sexo feminino, perfazendo 63,3% (n=14) assim como no estudo de Mancini (2002), onde o sexo femi-

nino representou 54% (n=18) das crianças participantes da pesquisa, dados esses que harmonizam significativamente dos encontrados neste estudo, levando em consideração crianças com alterações neurológicas.

Em 2016, no Centro Especializado em Reabilitação (CER) III da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), na cidade de Maceió-AL, foi elaborado um relato de caso, com uma criança diagnosticada com Síndrome Congênita do Zika Vírus, onde foi aplicado um protocolo de investigação que consistia de avaliação dos estados de comportamento, dos reflexos, tolerância e adaptação ao manuseio, tônus muscular, postura adotada e desenvolvimento motor (BARBOSA et al., 2016). Para este estudo foi escolhida a elaboração do questionário devido à necessidade encontrada de se investigar, não só a condição da criança, mas as expectativas e a importância da participação da família no tratamento de reabilitação da criança com microcefalia.

Neste estudo, observou-se que a maioria das mães (94%) não identificou nenhuma complicação gestacional e teve acompanhamento durante o pré-natal. Mesmo com acompanhamento gestacional, poucas mães tinham a informação de que seu filho era especial. Para Sanches e outros autores (2011), tal situação não deve acontecer, pois durante o pré-natal o médico pode encontrar indícios clínicos de que algo não está bem. Nessa fase, são comuns indicativos médicos que levantam a suspeita de malformações, infecções ou síndromes que levam à deficiência.

É importante ressaltar que a identificação precoce de uma circunferência craniana menor que o esperado para a idade gestacional durante o pré-natal pode proporcionar maior êxito nas ações de esclarecimento das suspeitas epidemiológicas relacionadas à microcefalia, bem como, preparar melhor e orientar de maneira adequada a família para o nascimento de um recém-nascido com malformação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Todas as crianças investigadas apresentavam microcefalia, porém apenas quatro mães relataram ter apresentado a infecção pelo vírus Zika, sendo comprovado o que foi escrito por Petersen e outros autores (2016) de que a incidência da infecção em gestantes pelo vírus Zika ainda é pouco conhecida, assim como os dados sobre as gestantes infectadas são limitados, não existindo evidências que esse grupo seja mais susceptível a infecção ou que a gravidade seja maior nesse período. Com relação ao tipo de parto, foram predominantes as cesarianas (56%), todavia, segundo o Ministério da saúde (2015), a infecção pelo vírus Zika ou presença de microcefalia não é indicativo de cesariana.

Ao considerar as características da criança verificadas no questionário, a maioria delas além da microcefalia, apresentou outros comprometimentos, o mais frequente foi o déficit visual (40%). Comparando ao estudo de Sari e colaboradores (2008), os déficits visuais comprometeram oito crianças com paralisia cerebral (29%) e estão associados à epilepsia, microcefalia e hidrocefalia, fato que demonstra predominância de crianças com esse tipo de déficit em ambos os casos. Neste estudo para Sanches e outros autores (2011) independentemente da deficiência da criança, o atendimento deve ser acompanhado por profissionais capacitados e ser oferecido orientações

quanto ao encaminhamento para outros profissionais e/ou instituições especializadas. No presente estudo, a maioria das crianças (63%) foi encaminhada para reabilitação logo após o nascimento e todos foram orientados.

Em pesquisa realizada no município de Sobral (Ceará), onde a fisioterapia participa diretamente no programa de saúde da família, foi constatado que 67% das atividades fisioterapêuticas se relacionam com a promoção de saúde e geram um alto índice de satisfação popular (BRASIL et al., 2005). Assim como os autores Leite e Varellis (2016) revelaram, quanto maiores os estímulos com fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, melhores poderão ser os resultados e o desenvolvimento da criança. Os resultados obtidos confirmam o tratamento oferecido nas associações visitadas.

A maioria das crianças já fazia terapia em média há nove meses, o que demonstra o início precoce do tratamento e a adesão da família. Para Maria-Mengel e Linhares (2007), o acolhimento e o cuidado a essas crianças e a suas famílias são essenciais para que se conquiste o maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida.

Sobre o tratamento realizado nas associações, apesar de satisfeitas, as mães encontraram necessidade de continuar os exercícios em casa, orientados, neste caso, pelo profissional fisioterapeuta. Diante do até então analisado, vê-se que os pais precisam receber informações a respeito do estado de saúde do filho, diagnóstico, tratamento e prognóstico (SABATES; BORBA, 2005). Este resultado concorda com Carvalhaes e Benicio (2002), os quais afirmam que as informações fornecidas pelos profissionais não parecem estar sendo suficientes. Nos estudos de Guiller (2007), algumas mães não dispunham de conhecimentos sobre a patologia e/ou deficiência, mas passaram a buscar informações e aprender por meio de outras fontes, devido à necessidade de conviver com a criança.

Bee (2003) revela que o fato de que, na maioria dos casos, foram às mães que receberam orientações e que realizam as atividades fisioterapêuticas no domicílio; revela por um lado, que a mulher tem uma participação mais efetiva na interação profissional/família durante o processo de reabilitação da criança. Como anteriormente informado neste estudo, as mães aparecem como as únicas responsáveis por manter a continuidade do tratamento em casa. Em outro estudo realizado com as mães de crianças com PC, foi encontrado que todas as mães explanaram a importância de sua participação no tratamento do seu filho, quer seja nos cuidados diários, ou realizando práticas orientadas pelos profissionais (GRAÇÃO, 2008).

Neste estudo, 75% das mães concordam com a continuidade desse tratamento realizado pelo fisioterapeuta em casa. Para o autor Levitt (2001) devemos conscientizar a família da importância de sua participação no tratamento e avaliação da evolução e proporcionar a extensão do tratamento fisioterapêutico em casa, ressaltando os benefícios. De acordo com Finnie (2000), sabe-se que apenas as sessões de fisioterapia realizadas em ambulatório são insuficientes para os estímulos de desenvolvimento necessários a essa criança. Tal fato torna fundamental o papel da família no processo de reabilitação.



Foi constatado, em estudo denominado Expectativa dos pais de crianças com patologias neurológicas em relação à fisioterapia, realizado em Giruá (RS), no ano de 2012, que a maioria dos pais segue as orientações recebidas pelos profissionais. Estes dados concordam com Ortiz (2004), ao relatar que a família que é participante dos atendimentos de seu filho se reconhece como integrante de um trabalho fisioterapêutico e isso o motiva pela credibilidade depositada sobre ela estar sendo membro ativo de um tratamento para o desenvolvimento do próprio filho (LEVANDOWSKI; CARRILHO, 2014). Contudo, os resultados deste estudo mostraram que a participação das mães na realização dos procedimentos em casa foi insuficiente.

Em estudo realizado no município de Maringá, Estado do Paraná, foi observado que os pais têm dificuldades para realizar as orientações propostas em seu domicílio, não interagindo de maneira completa com o tratamento do seu filho (CARVALHAES; BENICIO, 2002), constatação que harmoniza com os resultados apresentados ao longo desta pesquisa, onde os responsáveis alegaram ter dificuldades em realizar os exercícios devido à rigidez apresentada pelas crianças com microcefalia.

No presente estudo, no entanto, pode-se descrever que a família necessita do apoio profissional, de orientação e também de ser ouvida em suas dúvidas e necessidades. Segundo Marchese (2002), as famílias devem receber apoio para se estruturarem e se ajudarem mutuamente, auxiliadas por uma equipe multiprofissional para amparar suas necessidades. E, defronte a incapacidade, deve-se estimular e incentivar a família para a realização das atividades no seio familiar, pois o ambiente, o carinho e atenção da família são benéficos para reforçar o vínculo com a criança, o que por sua vez favorece o seu desenvolvimento.

O acompanhamento da puerpera e do recém-nascido (RN) com microcefalia por uma equipe multiprofissional especializada é primordial para garantir acolhimento, apoio e informação a família, bem como oferecer estimulação precoce ao RN, a fim de reduzir os possíveis atrasos no desenvolvimento e socialização. O Ministério da Saúde (2016) publicou um protocolo com diretrizes para esse acompanhamento, e anunciou a capacitação de profissionais e ampliação dos serviços especializados. No entanto, a garantia de acesso e qualidade desse acompanhamento para todos os RN com microcefalia e família, certamente será um grande desafio para o Brasil e demais países acometidos.

## 5 CONCLUSÃO

O nosso estudo concluiu que a maioria das famílias é incentivada a dar continuidade ao tratamento em casa, até diante às dificuldades. Além disso, a participação na reabilitação das crianças com microcefalia foi considerada indispensável assim como as atividades realizadas pelos profissionais nas associações e a participação da família. Sugerimos a realização de novos estudos, possivelmente com amostra de maior tamanho, para maiores esclarecimentos.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, A.P. *et al.* O uso da cif como proposta para o acompanhamento das crianças com síndrome congênita do zika vírus: relato de um caso. **Revista Científica CIF Brasil**, v.6, n.6, p.18-33, 2016.

BAX, M. *et al.* Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy. Proposed definition and classification of cerebral palsy April 2005. **Dev Med Child Neurol.**, v.47, n.8, p.571-576, 2005.

BEE, H. A criança em desenvolvimento. In: Bee H. (Org.). **Desenvolvimento atípico**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BRASIL, A.C.O. *et al.* O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, Fortaleza, v.18, n.1, p.3-6, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce**: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 123 p: il.

CARVALHAES, M.A.B.L.; BENICIO, M.H.D. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.188-97, abr. 2002.

COFFITO. Sistema COFFITO/CREFITOs. **Diagnóstico**: Microcefalia. E agora? 2016, 12p. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/site/files/noticias/2016/CartilhaMicrocefalia\\_Final.pdf](http://www.coffito.org.br/site/files/noticias/2016/CartilhaMicrocefalia_Final.pdf)>. Acesso em: 4 jun. 2016.

DANTAS; MERYELI *et al.* Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.19, n.2, p.229-37, abri-jun. 2010.

FINNIE, N.R. A importância da comunicação entre os pais e profissionais. In: Finnie NR (Org.). **O manuseio em Casa da Criança com Paralisia Cerebral**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2000. p.3-7.

GONDIM, K. *et al.* Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia. In: HARRIS, S.R. Congenital idiopathic microcephaly in an infant: congruence of head ize with developmental motor delay. **Dev Neurorehabil**, v.6, n.2, p.129-32, 2013.

GRACAO, D.C.; SANTOS, M.G.M. A percepção materna sobre a paralisia cerebral no cenário da orientação familiar. **Fisioterapia Mov.**, v.21, n.2, p.107-113, 2008.

GUILLER, C.A. et al. Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.1, p.18-23, 2007.

LEITE, C.N.; VARELLIS, M.L.Z. Microcefalia e a odontologia brasileira. **Journal Health NPEPS**, v.1, n.2, p.297-304, 2016.

LEMES L.C; BARBOSA, M.A.M. Comunicando a mãe o nascimento do filho com deficiência. **Acta Paul Enfermagem**, v.20, n.4, p.441-445, 2007.

LEVANDOWSKI, Maire; CARRILHO, Lisandra. Expectativa dos pais de crianças com patologias neurológicas em relação à fisioterapia. **Saúde Integrada** 2014. Biomedicina. Indd.

LEVITT, S. **O tratado da paralisia cerebral e do retardo motor**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2001.

LOPES, G.B. *et al.* Os pais das crianças com deficiência: reflexões acerca da orientação em reabilitação motora. **Psicologia: teoria e pratica**, São Paulo, v.4, n.2, p.67-72, 2002.

MARIA-MENGEL, M.R.S.; LINHARES, M.B.M. Risk factors for infant developmental problems. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v.15, p.837-842, 2007.

NUNES, A.M.S. O perfil do cuidador da criança portadora de Paralisia Cerebral. **Revista Meio Ambiente Saúde**, v.2, n.1, p.1- 21, 2007.

MANCINI, M.C. *et al.* Comparison of functional activity performance in normally developing children and children with cerebral palsy. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.60, n.2B, p.446-452, 2002.

MARCHESE, D.M.A. **O nascimento do cidadão diferente: Prognóstico ou Julgamento?** 2002. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de vigilância e resposta a ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika**. Versão 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

ORTIZ, V.K.B.; FAVARO, J. Identificação de alguns fatores motivacionais que levam à família a adesão ao tratamento terapêutico de crianças com deficiência. **Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.4, n.1, p.35-45, 2004.

PANTELIADIS, C.P. *et al.* Cerebral Palsy: A Lifelong Challenge Asks for Early Intervention. **Open Neuro**, v.9, p.45-52, 26 jun. 2015.

PETERSEN, E.E. *et al.* **Interim Guidelines for Pregnant Women During a Zika Virus Outbreak**. United States, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6502e1>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

REBEL, MF *et al.* Prognóstico motor e perspectivas atuais na paralisia cerebral. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.** 2010; 20(2): 342-350.

ROSENBAUM, P. *et al.* A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. **Dev Med Child Neurol Suppl.**, v.109, p.8-14, feb. 2007. Erratum in: *Dev Med Child Neurol.*, v.49, n.6, p.480, jun. 2007.

ROTTA NT. Paralisia Cerebral, novas perspectivas terapêuticas. **J Ped** 2002; 78 (supl.1): 48-54.

SABATES, L.A.; BORBA, R.I.H. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização de seu filho. **Revista Latino am. Enfermagem**, v.13, n.6, p.968-973, nov-dez. 2005.

SANCHES, L. *et al.* Relatos maternos sobre o impacto do diagnóstico da deficiência dos filhos. **Caderno de Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.366-374, 2011.

SARI, F.L.; MARCON, S.S. Participação da Família no Trabalho Fisioterapêutico em Crianças com Paralisia Cerebral. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v.18, n.3, p.229-239, 2008.

WHO. World Health Organization. **Briefing notes on Zika and Microcephaly**. 2016. Disponível em: <<http://reliefweb.int/report/world/briefing-notes-zika-and-microcephaly>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

---

**Data do recebimento:** 15 de Junho de 2016

**Data da avaliação:** 25 de setembro de 2016.

**Data de aceite:** 6 de janeiro de 2017

---

---

1 Acadêmico do 10º período de Fisioterapia – UNIT/AL.

Email: alexsander72@gmail.com

2 Acadêmica do 10º período de Fisioterapia – UNIT/AL.

Email: leidinhafisio@gmail.com

3 Mestra; Professora do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.

E-mail: anefsg@hotmail.com

4 Especialista; Professora do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.

E-mail: laissatatajuba@hotmail.com

