

O QUE É SER MÃE DE UM FILHO PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL

Zildamara Bezerra Lima, Joseane Rodrigues,
Karen Andréa Comparin, Keila Okuda Tavares (orientadora/UNIOESTE),
e-mail: kotavare@hotmail.com

Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Cascavel - PR.

Palavras-chave: paralisia cerebral, mãe, criança.

Resumo

A Paralisia Cerebral apresenta-se como consequência de uma lesão estática, afetando o Sistema Nervoso Central em fase de maturação estrutural e funcional. É uma disfunção sensório-motora, envolvendo distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária. O objetivo deste estudo foi compreender o que é ser mãe de um filho com Paralisia Cerebral, através do olhar dessas mulheres. Fizeram parte da população de estudo, sete mães de crianças com Paralisia Cerebral, atendidas na Clínica de Fisioterapia, no Setor de Pediatria da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Às mães foi feita a seguinte pergunta orientadora: “O que é ser mãe de um filho com Paralisia Cerebral?”. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra. Após várias leituras dessas falas, pontos comuns nos discursos das mães foram destacados, os quais foram agrupados em três categorias. Levando em consideração o que foi relatado nas entrevistas, compreende-se que ser mãe de uma criança com Paralisia Cerebral é ter o anseio de conceber o filho idealizado durante a gestação, não correspondido; é vivenciar uma situação difícil devido ao diagnóstico inesperado da criança; é visualizar seu filho como uma criança normal.

Introdução

O termo Paralisia Cerebral (PC) foi sugerido por Freud, em 1897, e consagrado alguns anos depois por Phelps, referindo-se a um grupo de crianças que apresentavam transtornos motores devido a uma lesão no Sistema Nervoso Central (SNC) (PIOVESANA, 1998).

Essa afecção recebe também outras denominações como, “encefalopatia crônica não progressiva da infância” ou “dismotria cerebral ontogenética” e apresenta-se como consequência de uma lesão estática, ocorrida no período pré, peri ou pós-natal, afetando o SNC em fase de maturação estrutural e funcional (RATLIFFE, 2000).

Mancini (2002) se refere a essa disfunção como sendo predominantemente sensório-motora, envolvendo distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária. Tal comprometimento pode

interferir na função, dificultando o desempenho de atividades realizadas freqüentemente por crianças com desenvolvimento normal.

A PC pode apresentar como etiologia: suscetibilidade hereditária diante de outros fatores de risco; fatores maternos (ingestão de álcool, fumo e uso de entorpecentes); problemas placentários; malformações cerebrais; prematuridade; fatores perinatais traumáticos. O baixo peso ao nascer e a anóxia grave durante o parto, também são considerados importantes fatores de risco atualmente (SHEPERD, 1996).

O diagnóstico é essencialmente feito de forma clínica, porém exames como a Tomografia Computadorizada ou a Ressonância Magnética, são necessários para validar o exame clínico ou para excluir outras causas de problemas motores (FERRARETTO e SOUZA, 2003).

Existem três aspectos principais no quadro clínico: retardo no desenvolvimento de habilidades motoras esperadas para idade cronológica da criança; persistência de comportamentos imaturos em todas as funções, incluindo reações reflexas primitivas; e por fim, desempenho de todas as funções em padrões nunca encontrados em bebês e crianças normais (LEVITT, 2001).

Segundo Miller e Clark (2002), a PC é classificada de acordo com o tipo e localização da anomalia motora. As várias formas podem ser divididas em espásticas, discinéticas, atáxicas, atônicas e mistas. O comprometimento neuromotor devido à encefalopatia crônica não progressiva pode envolver partes distintas do corpo, resultando em classificações topográficas específicas como, a quadriplegia, hemiplegia e diplegia (MANCINI, 2002).

Na PC, a região danificada do cérebro relaciona-se com o movimento, porém outras áreas, associadas a outras funções, podem ser atingidas. Os indivíduos podem ainda apresentar epilepsia, danos visuais, auditivos, problemas de fala e linguagem. Todas essas alterações podem interferir no processo de reabilitação (BAX, 2000; FERRARETTO e SOUZA, 2003).

Crianças que apresentam essa patologia apresentam grande necessidade de acompanhamento por profissionais da saúde. É muito importante a participação dos pais no tratamento, já que a mesma permanece a maior parte do tempo em sua residência, sendo auxiliadas em suas atividades de vida diárias pelos familiares (YASUE, RUEDELL e GUBIANI, 2006).

O desenvolvimento bio-psico-social da criança advém de experiências que a mesma vivencia e realiza, e que vão desde a percepção do próprio corpo através dos órgãos dos sentidos, ao conhecimento e exploração do meio onde vive. Essas percepções são organizadas e interpretadas em um processo cumulativo e evolutivo de aquisições (RIZZO, 1998).

Quanto mais especializadas forem as aquisições motoras, intelectuais, sociais e de linguagem, maior será o domínio da criança frente ao meio, e a si mesma. A criança que sofre uma lesão cerebral poderá apresentar prejuízos em seu desenvolvimento, estrutura de personalidade e de processo adaptativo (RIZZO, 1998).

Ninguém espera gerar uma criança com deficiência. Os pais esperam que seus bebês sejam saudáveis, bonitos e inteligentes. Portanto, é natural se

mostrarem angustiados quando o bebê nascido não corresponde ao esperado e idealizado por eles (NELSON, 1994; RIZZO, 1998; BAVIN, 2000). A maneira como, os pais se ajustam a esta situação aparentemente trágica, é imprescindível para o futuro não só do bebê, mas de toda a família (BAVIN, 2000).

De acordo com Burke (2007), o período inicial após o diagnóstico é altamente estressante para os pais, pois os mesmos enfrentam emoções dolorosas e conflituosas, podendo ser dominados por intensa raiva, rejeição, culpa ou pesar. Podem ver-se inundados por várias emoções ao mesmo tempo, e não se sentirem seguros dos seus sentimentos. Porém, na realidade, todas essas reações frente a informação de que seu filho tem PC são normais. A adaptação consiste em um processo complicado e permanente. Muitos pais administram com sucesso a passagem do momento do diagnóstico.

De acordo com Figueiredo e Schermann (2001), é muito importante a interação mãe-filho no desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança, pois os bebês apresentam uma capacidade de percepção bastante desenvolvida, a qual pode ser ainda mais estimulada pela mãe ou cuidador primário. Em uma criança que apresenta alguma afecção crônica, esse processo interativo pode sofrer alterações.

Considerada uma situação de crise, a doença em uma pessoa da família pode ser enfrentada de maneira difícil ou menos difícil, dependendo de como ela é vivenciada, da sua severidade, da relação pais-filho e da resposta da criança frente à reação dos pais (FIGUEIREDO e SCHERMANN, 2001).

Geralmente, as pressões provindas da sociedade geram sentimentos desagradáveis, levando os pais a limitarem as atividades culturais de seus filhos deficientes, bem como os contatos com amigos, parentes e vizinhos. Alguns estudos demonstram níveis altos de estresse em progenitores de crianças com deficiência, com as mães apresentando níveis superiores aos dos pais (SILVA e DESSEN, 2001).

Sendo assim, a pesquisa de característica qualitativa pode ser empregada para conhecer a vivência de mães de crianças que apresentam PC. É um método através do qual é possível conhecer quais são seus reais sentimentos e os sentidos que as mesmas dão aos objetos e às ações sociais que desenvolvem (GONÇALVES, PARADA e BERTONCELLO, 2001).

A realização deste estudo é importante na tentativa de conhecer o que é ser mãe de uma criança com Paralisia Cerebral, através do olhar dessas mães. Ao compreender esta realidade, o profissional da saúde envolvido no tratamento desta criança poderá promover alternativas adequadas para melhorar este tratamento, promovendo maiores esclarecimentos e auxílio, aumentando a adesão e a interação da família com este processo, devido ao fato que as mães influenciam diretamente o desenvolvimento neuropsicomotor da criança e a sua interação com o meio social. O seu objetivo é compreender o que é ser mãe de um filho com Paralisia Cerebral, através do olhar dessas mulheres.

Materiais e Métodos

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratória, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) (Parecer 161/2008). A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos; um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 1994).

Para atingir o objetivo proposto, foram realizadas entrevistas com as mães de crianças com idades entre 8 e 12 anos de idade, portadoras de Paralisia Cerebral, atendidas na Clínica de Fisioterapia da UNIOESTE, no Setor de Pediatria, do Campus de Cascavel-PR.

A pesquisadora entrou em contato com essas mulheres, e após uma apresentação, relatou a sua motivação em relação ao estudo, esclarecendo-as sobre sua importância, justificando o motivo e sua forma de realização. As mães que concordaram em participar leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 196/96 - MS, que trata das normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2000).

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, baseada em uma pergunta orientadora, visando compreender o que é ser mãe de um filho com Paralisia Cerebral, através do olhar dessas mulheres. As entrevistas foram baseadas na seguinte questão: "O que é ter um filho com Paralisia Cerebral?". Elas foram gravadas, utilizando-se um gravador digital e transcritas (na íntegra) para posterior análise.

Os textos das entrevistas transcritas foram identificados por letras, e sua análise se baseou em alguns direcionamentos, propostos por Minayo (1994):

- Leitura exaustiva e repetida das falas transcritas;
- Identificação das idéias centrais dos discursos, ou seja, das informações relevantes contidas nas falas das participantes (se baseando na pergunta orientadora);
- Agrupamento das falas e expressões (em torno de um mesmo conceito), estabelecendo desta forma as categorias;
- Análise das categorias buscando estabelecer articulações entre os dados coletados e o referencial teórico do estudo.

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas sete mães com idade variando entre 28 a 47 anos. Em relação ao estado civil, cinco mães eram casadas, uma viúva e uma solteira. No que diz respeito à escolaridade, duas tinham o ensino médio completo, uma o ensino médio incompleto, duas o ensino fundamental completo, uma o ensino fundamental incompleto e uma não era alfabetizada. Quando questionadas se possuíam outros filhos, apenas uma

mãe respondeu que não. Das seis mães restantes, quatro disseram que tinham mais um filho, uma possuía mais dois filhos e a última tinha mais quatro filhos. As crianças tinham idades compreendidas entre 8 e 12 anos, quatro eram quadriplégicas, duas diplégicas e uma hemiplégica.

Após a transcrição das entrevistas gravadas, leitura exaustiva e repetida das falas transcritas, foi possível observar pontos comuns nos discursos das mães, os quais permitiram o agrupamento dessas falas em três categorias: A) Ter o anseio não correspondido; B) Vivenciar uma situação difícil; C) Visualizar o filho com PC como uma criança normal.

A - Ter o anseio não correspondido

Nenhuma mãe espera ter um filho com algum tipo de deficiência. Através das falas das mulheres entrevistadas, percebe-se que elas foram surpreendidas ao receber a notícia de que seus filhos apresentavam PC. Surgiram diversos tipos de emoções, vivenciados de maneira diferente por cada uma, neste processo de adaptação a nova realidade.

Almejar ter um filho é uma etapa muito importante na vida de um casal. Uma gestante quando procura um hospital para dar a luz ao seu filho, não está preparada emocionalmente para o nascimento de uma criança com algum tipo de deficiência. Essa idéia pode até lhe passar pela cabeça, porém é logo esquecida, pois as chances dela ter uma criança “normal”, como ela idealizou, são muito grandes (BUSCAGLIA, 2006).

Isso pode ser evidenciado ao se observar as seguintes falas:

“[...] quando você engravida, você pensa que vai ter um filho normal, aí ele nasce com problemas [...]” (Mãe 1).

“[...] na verdade a gente não espera, né ? [...]” (Mãe 6).

“Na verdade ninguém esperava... eu tinha 16 anos na época e não esperava ter um filho com problema.” (Mãe 7).

O que toda mãe e pai desejam é ter um filho sadio, inteligente. O final da gestação é assinalado por grande preocupação e ansiedade, levando a mãe a uma grande angústia quando, após o nascimento, o bebê concebido não corresponde ao esperado (RIZZO, 1998).

Uma mãe não está pronta, para receber a notícia de que seu filho vai conviver com uma deficiência pelo restante de sua vida. Essa conscientização pode trazer uma grande decepção e uma dor profunda (BUSCAGLIA, 2006). Diante do problema desconhecido e inesperado, pode se desencadear períodos de crises e adaptações que passam pela negação, culpa, depressão e raiva (LIMA, 2006).

Tomar conhecimento da deficiência é uma experiência traumática, a qual modifica diretamente o estado emocional dos componentes da família. A partir do momento que a notícia é declarada, se inicia uma busca pela adaptação, afim de recuperar o equilíbrio. Apesar de um único membro da família ter a deficiência, todos são afetados (BARBOSA, CHAUD e GOMES, 2007).

Segundo Castro e Piccinini (2002), a doença crônica na infância tem uma prevalência elevada, com implicações no desenvolvimento da criança e

na relação familiar. Ela é um fator estressor que interfere tanto no desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança quanto nas relações sociais dentro do sistema familiar.

É natural que os hábitos da família sejam alterados, devido as novas exigências, incessantes consultas ao médico e outros profissionais, medicações e hospitalizações. Esses acontecimentos acabam por afetar todas as pessoas que convivem com a criança, em vários níveis: ocupacional, financeiro, pessoal e na interação social quer fora da família, quer dentro dela (SANTOS, 1998; CASTRO e PICCININI, 2002).

Vivenciar essa situação causa uma confusão de sentimentos e emoções na mãe, que, embora esteja passando por uma circunstância adversa, deseja em meio a todos esses sentimentos, dar seqüência a seu ser-mãe de uma criança deficiente, procurando alternativas de adaptação a essa realidade. Estudos demonstram que as mães desenvolvem um luto pela “morte” do filho tão almejado (BARBOSA, CHAUD e GOMES, 2007).

B - Vivenciar uma situação difícil

Apresentar algum tipo de deficiência pode ser interpretado como uma situação difícil e inaceitável, baseando-se nos padrões de normalidade impostos pela sociedade (LIMA, 2006). Segundo Vieira et. al (2008), a primeira dificuldade encontrada pelas mães é o conhecimento de que o filho é “doente”, depois surge a superação do choque inicial, e o posterior aprendizado para saber lidar com as limitações. Este fato pode ser observado nas seguintes falas:

“É difícil porque quando você engravida, você pensa que vai ter um filho normal, aí ele nasce com problemas e até você descobrir que ele tem problemas, você sofre e ele sofre” (Mãe 1).

“É difícil por que eu descobri o L. já tinha 8 meses e foi um baque [...]” (Mãe 2).

“Ah! Pra mim, assim, no começo foi difícil, né? Porque primeiro filho, né? Na verdade a gente não espera, né?” (Mãe 6).

“No começo foi complicado [...]” (Mãe 7).

De um modo geral, a deficiência é definida como uma incapacidade. O conceito do indivíduo forte, inteligente, produtivo, e de proporções harmoniosas, referências na cultura ocidental, foi concebido pelas modificações socioculturais ao longo da história da humanidade (BUSCAGLIA, 2006). As “deficiências” dão origem a diversos preconceitos e modos de reação (MACIEL, 2000).

A mãe de uma criança com PC se depara com a discriminação das pessoas. Ela se ressentida com os comentários, atitudes e a curiosidade manifestada pelos olhares frente a sua presença e à do filho, em lugares que frequenta (BARBOSA, CHAUD e GOMES, 2007).

Segundo Barbosa, Chaud e Gomes (2007), percebendo que a sociedade não aceita e não abre espaço ao diferente, a mãe toma pra si o padrão de normalidade imposto, de forma a reforçar seus próprios

sentimentos de vergonha em relação às diferenças do filho e às vezes podendo até preferir não expô-lo publicamente.

De acordo com Maciel (2000), há casos onde as mães vencem seus próprios “preconceitos”, promovendo a integração do filho na sociedade, superando as depreciações e discriminações, minimizando o problema frente à sociedade.

Na maioria dos casos é a mãe que assume os cuidados da criança, como a tarefa de levá-la aos atendimentos e realizar as orientações dos profissionais de saúde em casa (SOUZA e PIRES, 2003). Percebe-se isso através das seguintes frases:

“No começo foi complicado [...] mas a gente tem que fazer o melhor pra ele continuar melhorando e se desenvolver cada vez mais” (Mãe 7).

“[...] eu levo ele na fisioterapia três vezes na semana, eu estou fazendo minha parte [...] eu creio dessa maneira” (Mãe 6).

“Aí você descobre que ele tem problemas e tem que correr atrás, ficar parado pode dar mais problema ainda. É difícil!” (Mãe 1).

A mãe de um filho com PC deve aprender a cuidar de uma criança “diferente”, com necessidades especiais, devido a um acometimento complexo. É natural surgir a idéia de que tudo é mais complicado e trabalhoso. As tarefas de higiene, alimentação e transporte da criança são as mais referidas como as que requerem grande esforço físico da mãe (SOUZA e PIRES, 2003).

Em um estudo de Lima (2006), as mães relataram dificuldades ao realizar as atividades de vida diária da criança; ao transferir a criança de um lugar para outro devido ao seu tamanho; para compreender e interpretar seu filho; para levá-lo ao tratamento; e para conversar com ele sobre sua deficiência.

Com o passar do tempo a mãe procura saber mais sobre a doença crônica do seu filho, e manter-se atualizada, pois essa atitude auxiliará no desenvolvimento da criança. Ela busca conhecer todos os tratamentos disponíveis, visando a melhora das condições de seu filho (DAMIÃO e ANGELO, 2001).

C - Visualizar o filho com PC como uma criança normal

Para aceitar o filho real, com sua deficiência, a mãe precisa vivenciar o processo de luto, o qual envolve vários sentimentos: choque, dor, raiva, pena, tristeza, negação. Apesar de ter o sentimento de anseio não correspondido, sentir dificuldades ao tomar conhecimento do diagnóstico e ter que aprender a conviver com um filho com deficiência, ela assume a problemática, se “livra” da culpa e alcança o re-equilíbrio, e passa a ter confiança em sua capacidade de cuidar da criança (FERRARI e MORETE, 2004).

Pode-se observar através de algumas falas, que algumas mães não acham que seu filho com deficiência seja diferente, quando comparado a outra criança sem deficiência.

“Ela é normal, igual ao meu menino mesmo” (Mãe 3).

“[...] às vezes eu nem considero que ela tem doença porque ela é bem normal” (Mãe 4).

“[...] ela é tipo uma menina normal” (Mãe 5).

“Ela é normal igual a gente mesmo” (Mãe 5).

De acordo com Ferrari e Morete (2004), as mães, devido o impacto da notícia do filho deficiente, apresentam reações emocionais e sentimentais a fim de se readaptarem e reorganizarem psicologicamente, para cuidar dessa criança.

São desenvolvidas estratégias de enfrentamento. O termo “enfrentar” significa confrontar-se com uma condição, adaptar-se a uma situação adversa. O enfrentamento se caracteriza por atos e pensamentos flexíveis, que buscam administrar o stress e evitar o desenvolvimento da angústia (KOHLSDORF, 2008).

Segundo Beltrão et. al (2007), as estratégias de enfrentamento no caso de mães cujos filhos apresentam um diagnóstico de doença crônica, compreendem a busca por informações sobre a doença, a formação de rede de apoio emocional (familiares, equipe de saúde, amigos) e apego a crenças religiosas.

A atitude de negar as “diferenças” pode também ser uma estratégia utilizada para eliminar a ansiedade que o “estranho” provoca, com intuito de minimizar a rejeição social e a discriminação, facilitando assim, as relações interpessoais. A negação diante do diagnóstico de PC seria um mecanismo de defesa temporário, que é logo substituído por outras defesas até ser alcançada uma aceitação parcial (LIMA, 2006).

As mães entrevistadas podem não achar que seus filhos sejam diferentes, também pelo fato dessas crianças não possuírem uma forma grave de PC. Duas das crianças apresentavam diplegia com boa capacidade funcional e a última apresentava hemiplegia com acometimento maior em membro inferior esquerdo.

Quando o grau de acometimento é leve, a criança consegue adquirir maior independência em suas atividades da vida diária e da escola, consegue se comunicar com outras pessoas sem dificuldades e sua aparência se assemelha ao padrão considerado normal pela sociedade.

Outro fator relevante é a convivência e a familiaridade entre mãe-filho, que faz com que ela preste mais atenção em outras características da criança, desviando seu olhar da deficiência em si.

Conclusões

Levando em consideração o que foi relatado nas entrevistas, compreende-se que ser mãe de uma criança com Paralisia Cerebral é ter o anseio de conceber o filho idealizado durante a gestação, não correspondido; é vivenciar uma situação difícil devido ao diagnóstico inesperado da criança; é visualizar seu filho como uma criança normal.

Mães não esperam ter um filho com deficiência, elas almejam um filho sadio, bonito e inteligente. Após tomar conhecimento do diagnóstico, elas vivenciam uma situação bastante difícil, pelo fato de não esperarem essa

notícia. Porém, após superar o choque inicial, aprendem a lidar com as restrições da criança e têm consciência de que seu filho necessita de tratamento específico. São elas as pessoas mais envolvidas com o tratamento, sendo as responsáveis por levar a criança aos atendimentos e pelos cuidados em casa. Todo esse envolvimento e convivência fazem com que elas visualizem essas “limitações”, como normais.

Sabendo disto, os profissionais da saúde poderão fornecer informações e esclarecimentos a respeito da doença crônica, auxiliando a mãe a superar o impacto do diagnóstico e aceitar a nova situação. Mães interessadas e conscientes apresentam condições de dar continuidade ao tratamento no ambiente domiciliar, através das orientações fornecidas pela equipe de saúde envolvida.

Referências

- Barbosa, M. A. M. B.; Chaud, M. N.; Gomes, M. M. F. Experiences of mothers of disabled children: a phenomenological study. *Acta Paul. Enferm.* 2008, 21, 46.
- Bavin, J. Os problemas dos pais. In: Finnie, N. R. *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral*. São Paulo: Manole, 2000.
- Bax, M. Aspectos clínicos da paralisia cerebral. In: *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral*. Finnie, N. R. Ed: Manole. São Paulo, 2000, 8-17.
- Beltrão, M. R. L. R.; Vasconcelos, M. G. L.; Pontes, C. M.; Albuquerque, M. C. Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. *J. Pediatr.* 2007, 83, 562.
- BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- Burke, R. Adaptando-se à deficiência de seu filho. In: *Crianças com paralisia cerebral: guia para pais e educadores*. Geralis, E. Ed: Artmed. Porto Alegre, 2007, 35-48.
- Buscaglia, L. *Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento*. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- Castro, E. K.; Piccinini, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicol. Reflex. e Crit.* 2002, 15, 625.
- Damião, E.; Angelo, M. A experiência da família ao conviver com a doença crônica da criança. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2001, 35, 66, 2001.
- Ferraretto, I., Souza, A. M. C. Paralisia cerebral. In: *Ortopedia e traumatologia: princípios e prática*. HEBERT, S., XAVIER, R. Ed: Artmed, São Paulo, 1998, 792-818.
- Ferrari, J. P., Morete, M. C. Reações dos pais diante do diagnóstico de paralisia cerebral em crianças com até 4 anos. *Cad. de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvol.* 2004, 4, 25.

Figueiredo, C. K. B., Schermann L. Interação mãe-criança e problemas de comportamento infantil em crianças com hipotireoidismo congênito. *Psicol. Reflex. Crit.* 2001, 14, 487.

Gonçalves, S. D., Parada, C. M. G. L., Bertocello, N. M. F. Percepção de mães adolescentes acerca da participação paterna na gravidez, nascimento e criação do filho. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2001, 35, 406.

Kohlsdorf, M. Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, 2008.

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

Lima, R. A. B. C. Características determinantes do envolvimento materno no tratamento fisioterapêutico de crianças portadoras de deficiência: compreendendo dificuldades e facilitadores. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Federal de Minas Gerais, 2006.

Maciel, M. G. C. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. *São Paulo Perspec.* 2000, 14, 51.

Mancini, M. C. et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2002, 60, 446.

Miller, G.; Clark, G. D. *Paralisias cerebrais: causas, conseqüências e conduta.* São Paulo: Manole, 2002.

Minayo, M. C. de S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes, 1994.

Nelson, C. A. Paralisia cerebral. In: *A Fisioterapia neurológica.* Umphred, D. Ed: Manole. São Paulo, 1994, p.237-256.

Piovesana, A. M. S. G. Paralisia Cerebral: contribuição do estudo por imagem. In: *Associação brasileira de paralisia cerebral. Paralisia cerebral: aspectos práticos.* Souza, A. M. C., Ferraretto, I. Ed: Mennon. São Paulo, 1998, 237-256.

Ratliffe, K. T. *Fisioterapia na clínica pediátrica: guia para a equipe de fisioterapeutas.* São Paulo: Santos, 2000.

Rizzo, A. M. P. P. Psicologia em paralisia cerebral: experiência no setor de psicologia infantil da AACD. In: *Associação brasileira de paralisia cerebral - Paralisia cerebral: aspectos práticos.* Souza, A. M. C., Ferraretto, I. Ed: Menon. São Paulo, 1998, 297-305.

Sheperd, R. B. *Fisioterapia em pediatria.* São Paulo: Santos, 1996.

Silva, N. L. P., Dessen, M. A. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psico: Teor. e Pesq.* 2001, 17, 133.

Sousa, S. C. B., Pires, A. A. P. Comportamento materno em situação de risco: mães de crianças com paralisia cerebral. *Psic., Saúde & Doenças.* 2003, 1, 111.

Vieira, et. al. O cotidiano de mães com crianças portadoras de paralisia cerebral. *RBPS.* 2008, 1, 55.

Yasue, M. M.; Ruedell, A. M.; Gubiani, M. *Paralisia cerebral: trabalho domiciliar do fisioterapeuta. Cascavel: Coluna do Saber, 2006.*