

COMO A FAMÍLIA PODE ESTIMULAR A CRIANÇA COM MICROCEFALIA?

Stefhanne Lorrane Silva Parente¹, Layena Alice Bento de Sousa¹, Daniela Maristane Vieira Lopes Maciel².

RESUMO

A microcefalia é uma doença congênita que impede o crescimento normal do crânio da criança, quando comparadas a outras de mesma idade e sexo. Esta doença cursa com crescimento insuficiente do cérebro o que pode evoluir com diversas sequelas como atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldade visual e auditiva, atraso mental, retardo na função motora seguido de disfunção da sensibilidade, fala, concepção e comportamento, hiperatividade, déficits de equilíbrio e coordenação, alterações faciais e respiratórias, acarretando transtornos musculoesqueléticos como deformações e contraturas. O objetivo deste estudo é levantar as estratégias que podem ser usadas pela família para potencializar o desenvolvimento da criança com microcefalia, por meio de uma revisão de literatura de caráter descritivo e qualitativo. Para isso foi realizado um levantamento nos manuais do Ministério da Saúde e em artigos científicos publicados entre 2008 e 2018, por meio de bases de dados como SciELO, LILACS e Google Acadêmico, entre outubro de 2017 e outubro de 2018. Percebe-se que a família deve ter ação ativa na estimulação precoce da criança com microcefalia, através de estímulos táteis, auditivos, visuais, proprioceptivos, vestibulares, motores, e também ser encorajada a integrar-se a grupos de apoio à família, a fim de romper as barreiras do medo, angústia e da informação acerca do contexto que envolve seu filho. Os grupos de apoio à família auxiliam os pais a enfrentar as emoções e fortalecer as suas relações afetivas.

Palavras-chaves: Estimulação Precoce; Desenvolvimento Infantil; Parentela,

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil pode ser determinado como um procedimento integral e multidimensional, que inicia desde a concepção e integra o crescimento físico, o desenvolvimento comportamental, cognitivo, sensorial, linguagem e a maturação neurológica, tal como as relações socioafetivas, tornando a criança capacitada a responder suas necessidades e as do seu meio. Entre as condições biológicas de risco para um desenvolvimento infantil adequado estão: prematuridade, hemorragia intraperiventricular, displasia broncopulmonar, asfixia perinatal, microcefalia, entre outros¹.

A microcefalia é uma doença congênita que impede o crescimento normal do crânio da criança, quando comparada a outras de mesma idade e sexo, que cursam com crescimento insuficiente do cérebro^{2,3}. A maior parte das ocorrências de microcefalia é seguida de alterações motoras e cognitivas, as quais alteram de acordo com grau de agressão cerebral⁴.

¹ Acadêmica de Fisioterapia. Instituto Educacional Santa Catarina, Guará – TO, Brasil.

² Mestre em Ciências da Reabilitação, Especialista em Fisioterapia Intensiva, Clínica Hospitalar Pediátrica e Neonatal, Docente e Supervisora de estágio do curso de Fisioterapia. Instituto Educacional Santa Catarina, Guará – TO, Brasil. E-mail: daniela.marciel@iescfag.edu.br.

Ela pode ser classificada de duas formas: microcefalia congênita e a pós-natal. A congênita ou à primária é quando o crânio não adquiri o seu desenvolvimento normal no decorrer dos sete primeiros meses de gestação, é ocasionada por mudança genética podendo ser recebida de maneira recessiva ou dominante; ou por transformação causada por deleções cromossômica, translocações e trissomias. Já a pós-natal ou secundária é sucedida durante o tempo de desenvolvimento normal do crânio e, futuramente, acaba vivendo certo tipo de danificação mudando o seu crescimento dentro do útero, podendo ser contraído no decorrer das últimas fases de gestação, sendo de origem pré-natal, perinatal ou pós-natal ⁵.

Existem diversos fatores relacionados à microcefalia, podendo ir desde a desnutrição da mãe, excesso de drogas, raios ionizantes, contato com substância químicas, medicamentos teratogênicos e inclusive contaminações no decorrer da gestação como sífilis, citomegalovírus e toxoplasmose, herpes e rubéola ^{6,7}. Diversas anomalias, síndromes metabólicas ou genéticas, abusos ambientais e motivos desconhecidos são capazes de lesar o crescimento do cérebro e agregar-se à patologia. A infecção materna pelo *Zika* (ZIKAV) vírus contaminado pelo *Aedes aegypti* é responsável recentemente pela epidemia de microcefalia no Brasil ⁸.

O vírus *Zika* é da família dos flavivírus foi isolado pela primeira vez em macacos, em Uganda, ano de 1947. A infecção humana foi confirmada pela primeira vez em 1953 na Nigéria. Em 2007 houve, na Micronésia, o aparecimento de uma epidemia (primeira fora da África e Ásia) e, entre 2013 e 2014, surgiu uma epidemia também na Polinésia Francesa e em outras ilhas do Pacífico Sul ⁹.

No Brasil, o vírus foi detectado pela primeira vez em maio de 2015 com o primeiro surto na região nordeste. A partir de 29 de janeiro de 2016, a transmissão local foi detectada em pelo menos em 22 países ou territórios, sendo o primeiro a ter uma associação entre o vírus e a complicação grave de bebês com microcefalia ^{10,11}. Após o início do surto do *Zika*, foi constatado um aumento do número de casos de recém-nascidos com microcefalia no Brasil, na ordem de 1.248 novos casos suspeitos no ano de 2015, o que representou um aumento cerca de vinte vezes mais em relação aos últimos anos ¹².

As consequências da microcefalia vão decorrer de sua origem e da idade que aconteceu o caso, cada paciente pode apresentar comprometimentos distintos ¹³. Visto que, quanto mais a doença for precoce, mais complicadas serão as lesões do Sistema Nervoso Central (SNC). A microcefalia expõe-se de diferentes alterações, tornando-se as mais constantes o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, paralisia cerebral, dificuldade de deglutição, epilepsia, irregularidades dos sistemas auditivo e visual, como também distúrbio do comportamento (TDAH e autismos)¹⁴. Depois da criança ser diagnosticada e clinicamente equilibrada, métodos de intervenção precoce necessitam ser estabelecidos, com finalidade de minimizar e prevenir deformidades ¹⁵.

Quando um recém-nascido apresenta grande comprometimento desde o nascimento ou desenvolve microcefalia nos primeiros meses de vida, o impacto na vida dos pais é significativo, pois eles aguardavam um bebê saudável, bem diferente daquele que nasceu. Consequentemente, pais e familiares mais próximos passam a enfrentar sentimentos conflitantes de angústia, medo e incertezas. Esse sentimento de incerteza quanto à sobrevivência, desenvolvimento da criança, desconhecimento sobre a doença e os cuidados que terá que realizar, além do sentimento de culpa, impotência e dependência dos outras pessoas passa a ser difícil de administrar. Tal contexto tem potencial de gerar angústia, ansiedade e estresse aos cuidadores diretos, nem sempre centrados nas representações materna e paterna originais, aquelas sobre o filho imaginado e desejado ^{15,16}.

Para corresponde a esta nova demanda a família deverá receber muito apoio e orientação. Uma das estratégias é ser acompanhada pelo fisioterapeuta e iniciar uma intervenção precoce englobando regiões sensoriais (olfativa, visual, tátil, auditiva,

cinestésica, vestibular e proprioceptiva), sem submeter à percepção natural da maturidade do SNC, possibilitando assim o desenvolvimento completo da criança e sua capacidade neuropsicomotora. Quanto mais precoce for a intervenção, mais chances um cérebro imaturo e em crescimento terá de adquirir sensações naturais e de assumir elas corretamente ao longo do seu desenvolvimento ^{17,18}.

Programas destinados à saúde infantil devem ser adaptados a realidade de cada região e ambiente no qual a criança convive, pois, é nele que ela se estrutura como um ser individual e social. Diante disso, o papel da família é sem dúvida de suma importância no tratamento complementar da criança com microcefalia, principalmente nas conquistas e independências que terá no decorrer de sua vida ^{15,19}.

Muitos estudos versam sobre a estimulação da criança com microcefalia pela equipe multiprofissional, mais poucos abordam a importância da família neste contexto. Com isso, o objetivo desse estudo é realizar uma revisão bibliográfica para levantar as estratégias que podem ser usadas pela família para potencializar o desenvolvimento da criança com microcefalia.

O estudo caracteriza-se como revisão bibliográfica, baseado em documentos governamentais nacionais e internacionais e análise de artigos científicos publicados entre 2008 e 2018. Para isso, foram consultadas bases de dados on-line como SciELO, LILACS e Google Acadêmico entre outubro de 2017 e outubro de 2018. Os Descritores em Ciências da Saúde (DCS) protagonizados foram “Estimulação Precoce”, “Desenvolvimento Infantil”, “Parentela”.

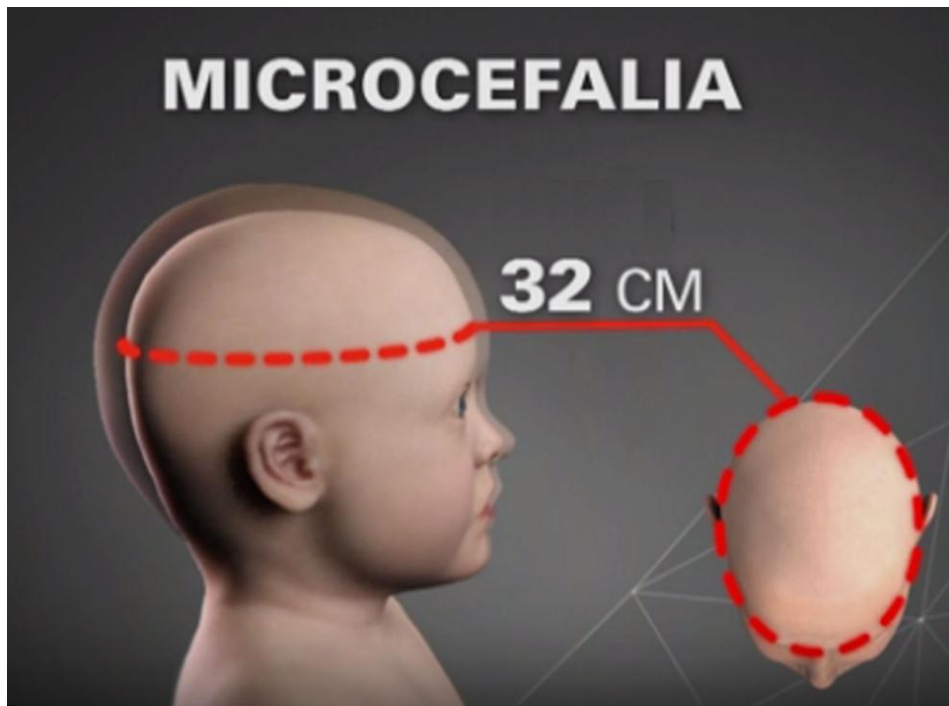
REVISÃO DE LITERATURA

Desenvolvimento Motor da Criança com Microcefalia

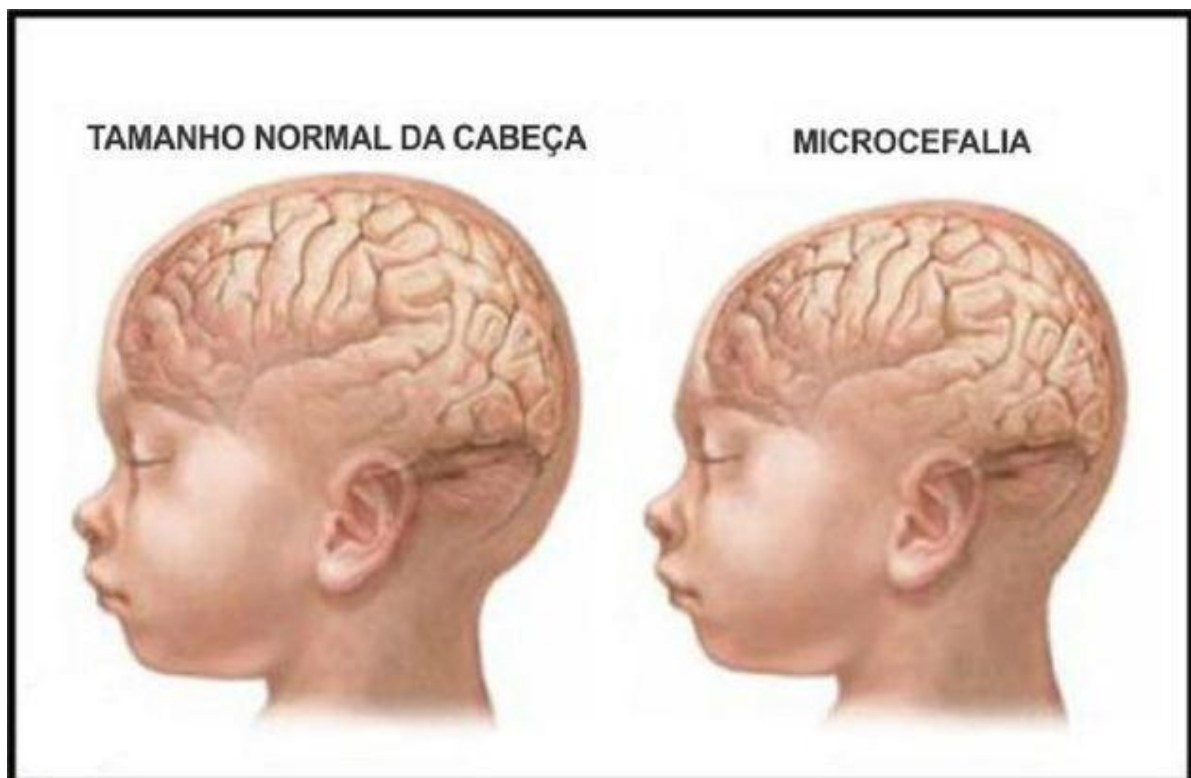
A microcefalia é uma doença congênita que expõe alterações na função e estrutura do sistema neurológico, que caracteriza-se através da medida do perímetro cefálico, que é realizada logo após o nascimento da criança, considerando que um resultado menor que o esperado para o sexo e idade gestacional, seja um parâmetro de fundamental importância para diagnosticar essa anomalia ¹⁰. Em 2015 houve um significativo aumento no número de notificações de RN portadores de microcefalia, sendo superior em 20 vezes aos últimos anos, fazendo com que o Ministério da Saúde brasileiro declarasse uma situação de emergência em saúde pública de importância nacional ²⁰.

A medida do perímetro cefálico é um método bastante popular na assistência clínica do recém-nascido, tendo à finalidade de identificar prováveis enfermidades neurológicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS), determina que esse exame terá de ser executado, pelo menos, 24 horas após o seu nascimento e no decorrer de sua primeira semana de vida. A medida é efetuada, com o posicionamento de uma fita métrica não-extensível na testa, contornado à na cabeça, mantendo a reta permanecendo junta a região superior das orelhas. Os resultados poderão ser exibidos, em porcentagem, desvios padrão (DP) ou em centímetros. Logo após, os resultados são anotados nos gráficos específicos do crescimento craniano, facilitando assim o acompanhamento da evolução do recém-nascido ⁵.

Pela curva de Felton, a medida do PC da criança com microcefalia, seria menor que dois desvios-padrões equivalentes a 31cm após o nascimento. A OMS acredita que é menor que três desvios-padrões 30 cm, são consideradas de riscos. E o Ministério da Saúde (MS) junto com os municipais de Saúde e as secretarias estaduais, adotaram a medida do perímetro cefálico de 32 cm, para provável identificação de portadores da microcefalia ⁵.



Fonte: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/11/microcefalia-saiba-o-que-e-o-que-cause-e-como-identificar.html>



Fonte: <https://www.todamateria.com.br/microcefalia/>

Além do exame físico executado após o nascimento do bebê, é realizado pelo médico por meio de assistência de exames neurológicos e de imagem, à Tomografia Computadorizada, Ecografia Transfontanelar e a Ressonância Magnética, para determinar o tipo de malformação e o nível de comprometimento cerebral, auditivo, visual entre outros. Dentre as irregularidades neurológicas exibem-se a hipertonia global grave com hiperexcitabilidade, hiperreflexia excitabilidade e choro exagerado. No período neonatal as crises convulsivas manifestam-se em poucas crianças, à um crescimento destas crises no

decorrer do desenvolvimento da criança, sendo mais evidentes a partir dos três meses de idade ¹⁴.

Além disso, os bebês diagnosticados ou com suspeita de microcefalia são submetidos desde os primeiros meses de vida a intervenções de várias áreas, como fisioterapia, fonoaudiologia, otorrinolaringologia e oftalmologia, até porque a extensão das restrições neurológicas e musculoesqueléticas são desconhecidas e iram se manifestar ao longo do tempo ²¹. No intuito de agir preventivamente nos atrasos neuroevolutivos é preciso intervir precocemente na janela biológica de até três anos de idade, a fim de reduzir, portanto, o nível de comprometimento causado pela malformação ²².

As crianças com microcefalia podem manifestar deformações craniofacial proveniente do transtorno, decorrência da irregularidade que ocorre entre o aumento da cabeça e a face desenvolvendo se regularmente. As sequelas que eles apresentam são crânio estreito, couro cabeludo frouxo e meio rugado, testa pequena e estendida para trás, rosto e orelhas enormes ²³.

Outras alterações podem surgir como atraso do desenvolvimento neuropsicomotor em decorrência da desaceleração no crescimento do cérebro, dificuldade visual e auditiva, atraso mental, retardo na função motora seguido de disfunção da sensibilidade, fala, concepção e comportamento, hiperatividade, déficits de equilíbrio e coordenação, alterações faciais e respiratórias, acarretando transtornos musculoesqueléticos como deformações e contraturas ^{24,25}.

Perante esses conjuntos de alterações, os pais precisam de assistências e orientações, com a finalidade de ajudar com métodos produtivos para um bom desenvolvimento do bebê portador de microcefalia ²⁶.

Os cuidadores necessitam da ajuda do fisioterapeuta, com a finalidade de compreender a importância, que seu filho precisa de estímulos específico, para descobrir o seu ambiente e ganhar as capacidades motoras e outras funções que as demais crianças percebem com pequenos auxílios. Os pais têm que desenvolver métodos eficientes para evitar comportamento anormais ²⁷.

A intervenção precoce pelo fisioterapeuta deve ser intensificada até três anos de idade, pois esta é a fase em que o cérebro se desenvolve de forma mais rápida, abrindo janelas de oportunidades para o estabelecimento das fundações que refletirão em uma boa saúde e produtividade no futuro. Isto não quer dizer que ela seja interrompida após este período ¹.

O desenvolvimento motor segue um desenvolvimento cronológico dentro da normalidade com etapas distintas e esperadas, caracterizadas por mudanças nas habilidades e nos padrões de movimento que ocorrem durante a vida. No entanto, este desenvolvimento pode sofrer interferências de fatores no pré, peri e pós-parto, repercutindo com alterações na aquisição de habilidades motoras, cognitivas e psicossociais, causando limitações nas aquisições neurofuncionais, interferindo nas tarefas de autocuidado como alimentação e banho independentes, atividades de mobilidade como levantar da cama e ir ao banheiro com independência, além de tarefas de função social como ir à escola e interagir com outras crianças ²⁸.

A chegada de uma criança interfere em toda a rotina da família, muitas vezes envolvendo sentimentos como angústia, ansiedade, medo e insegurança. Esses sentimentos podem se tornar mais intensos quando a criança apresenta alguma deficiência. Preocupações em relação à sobrevivência e ao futuro dessas crianças, sensação de culpa, ineficácia, dependência e acima de tudo o desconhecimento de como cuidar, trazem enormes transtornos a essa família, tornando necessário a atenção das equipes de saúde e o apoio psicossocial mais específico a essas famílias ²⁹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), propõe incentivar o desenvolvimento da criança com microcefalia para amenizar as sequelas neurológicas desencadeadas pela doença. O primeiro ano de idade é a fase mais favorável ao desenvolvimento da

neuroplasticidade cerebral, é um estágio de crescentes transformações e crescimento das redes neuronais. Por isso, é fundamental que a família ofereça estímulos por meio de tarefas do dia a dia e brincadeiras lúdicas, ou seja, além do acompanhamento com a equipe multiprofissional é necessário o envolvimento da família ²⁵.

Para isso, o âmbito familiar necessita ser estimulante, a cada troca de trajes, troca de posicionamento, banho, oferta de brinquedos, deve ser auxiliado de estímulos táteis e verbais. O bebê precisa estar sempre junto dos pais, protetores sempre que provável, durante o trabalho, dialogando, brincando ou se alimentando. Sempre participando da dinâmica do domicílio¹⁵. As causas psicoafetivas oferecem auxílios para todo o procedimento de recuperação, é evidente o fato da qualidade e quantidade de estímulos obtidos pela criança em sua residência serem fundamental ³⁰.

As brincadeiras são fundamentais para o desenvolvimento da criança, pois através da diversão a criança é capaz de alterar e mostrar novos sentidos, expressando sua maneira ativa, no decorrer do seu desenvolvimento ³¹. O brincar é importante para o desenvolvimento infantil, pois essas atividades contribuem para a mudança na afinidade do bebê com objetos, podendo dar outros significados aos brinquedos, seja de sua imaginação ou ação. Por meio das brincadeiras que a criança desenvolve sua criatividade ^{32,33}.

Através do brincar e das atividades do dia a dia, a criança aumenta o desempenho afetivo, motor, sensorial e cognitivo e a curiosidade do mundo em sua volta. Para que pais explore mais seu bebê, devem utilizar-se um espaço agradável e calmo, organizando uma rotina com várias dinâmicas para que ambos efetuem ³⁴.

As estratégias utilizadas pela família exercem um papel de suporte complementar ao desenvolvimento da criança com microcefalia devem ser exercidas numa perspectiva global atuando desde a estimulação auditiva, linguagem, visual, vestibular, proprioceptiva, tátil, motora até mesmo a inclusão e participação de familiares em grupos de apoio.

Estimulação Auditiva e da Linguagem

A estimulação da audição inicia com a excitação da mente, por meio da concentração e repetição de sons verbais e lúdicos, possibilitando à criança a emissão de diversos sons e balbúcias ¹. A criança precisa ser estimulada progressivamente e de acordo com sua idade para melhorar suas habilidades auditivas através de estímulos com objetos sonoros; chocalhos, sinos, teclado musical, sons de diferentes animais e verbalizações de familiares e cuidadores pronunciando as palavras de forma correta e bem articulada, evitando infantilizá-la como brincadeira-brincadeira, bolinha-bola, dedeira-mamadeira, princesinha-princesa enquanto se comunicando com o bebê. Essa estimulação também pode ser através de canção de ninar e roda, contar histórias incentivando o acompanhar da cabeça em direção aos sons emitidos ²⁹.

No decorrer do dia a família deve apreciar ações que incentivam a audição: estalos de dedos e língua, sons de risadas, barulhos de beijos e aplausos. Os sons devem ser efetuados em várias direções fazendo com que o bebê busque a direção dos ruídos, esperar a resposta da criança sempre quando for executar a alguma tarefas. A medida que a criança for crescendo a linguagem pode ser estimulada com as vogais demoradas: aaaa, eee, iiiii, ooo, uuu, repetir sílabas como tutu, caca, papa, pipi, mama, xixi, baba. Os cuidadores devem usar expressões curtas como "Vamos brincar", "Vamos cantar" dentre outras ³⁴.

Estimulação Visual

A estimulação visual da criança pode ser realizada através do brincar. Os pais podem estar utilizando objetos grandes e coloridos mantendo uma distância de aproximadamente

20 cm do bebê. Os brinquedos precisam ser posicionados a frente da criança em sua linha média, fazendo sempre lentos movimentos em seu meio visual para que o observe ¹.

O período mais adequado para a família realizar dinâmicas visuais de auxílio ao progresso da criança é no momento em que estiver ativa e calma. É sugerido objetos brilhantes ou atividades na luz natural do ambiente, realizando a proteção contra a luminosidade excessiva nos olhos, especialmente as que apresentam crises convulsivas. Para ampliar o contraste e reduzir a distração do bebê no período da estimulação, pode ser utilizado fundo escuro nos primeiros meses e depois a introdução de objetos coloridos, estes precisam ser colocados sobre um tecido liso para dar mais contraste até a criança desenvolver maturidade e visão em cores ^{29,34}.

Estimulação Tátil

A estimulação tátil da criança pode ser trabalhada de diversas formas e para que isso aconteça a família precisa incentivá-la, fazendo com que explore e desenvolva o tato ¹⁵. É preciso que o cuidador faça com que ela sinta objetos com variados tamanhos, formas e texturas como algodão, espuma de barbear, escova de bebê, geleia, grama, areia, tintas, massinhas de modelar, espojas macias, grãos de feijão e farinhas, essas diferentes sensações experienciadas vão ajudá-la a diferenciar e trabalhar seu desenvolvimento neuropsicomotor e tato epicrítico e protopático ³⁵.

Estimulação do Olfato e Paladar

Os bebês que recebem aleitamento materno apresentam melhor vitalidade e defesa contra micro-organismos, contribuindo para o crescimento pondero estrutural adequado, além de aumentar o vínculo e laços entre mãe e filho. Quando iniciar a introdução dos alimentos é importante ofertá-los de forma diversificada para treinar o olfato e paladar da criança. Os pais devem conversar com a criança explicando tudo que for realizar com ela na hora das refeições permitindo a vivência com alimentos que apresentem texturas, aromas e sabores variados, evitando cheiros fortes e ofensivos. Os alimentos moles e as frutas podem ser inseridos desde os 6º meses de vida, deixando-o perceber os gostos dos sabores amargos, azedos, doces e salgados o deixem à vontade para utilizar as mãos com intuito de descobrir os alimentos ¹.

Estimulação Vestibular e Proprioceptiva

Para oferecer estímulos vestibulares e proprioceptivos à criança, a família precisa promover atividades para treinar o equilíbrio, percepção e localização das partes do corpo no espaço. Há várias formas de incentivar o bebê, como sentá-lo no colo movimentando as pernas, fazer movimentos de lateralidade do tronco, sentá-lo em um colchonete ou no chão posicionando o brinquedo à frente da criança estimulando a pegá-lo. A fim de trabalhar sua reação de proteção, a família poderá utilizar instrumentos como cavalinho upa upa, bola, balanço, superfícies estáveis e instáveis, caminhar em areia vencendo obstáculos ³⁶.

Como Segurar o Bebê

É de grande importância carregar a criança de maneira correta. Em seu braços, o bebê pode permanecer com corpo completamente deitado, ficando de lado ou para cima, mas com uma das suas mãos apoiando o crânio do bebê. Também pode está colocando ele mais ereto, firmando a cabeça em seu ombro. Nesse posicionamento, segure com um de seus braços nas costas da criança e com uma das suas mãos o crânio, a outra mão intensifique a proteção da parte inferior das costas. Além disso, ele pode ser posicionado

para frente, apoiando as costas em você, sustente sua mão por baixo do bumbum e com a outra mão segure o tórax pela frente, de maneira que parecesse que ele está sentado em uma cadeirinha ¹.

Estimulação Motora

Para que os pais trabalhem a parte motora da criança é preciso fazer com que ela movimente-se, e perceba seu lugar no ambiente e sua existência corporal. A mobilidade precisa ser trabalhada e adaptada em diferentes movimentos para favorecer o tônus e a força dos músculos. É importante priorizar a parte do corpo mais acometida, trabalhando com o alongamento, estimulação e massagens relaxantes. A criança não pode ser forçada e nem entediada, pois nessa relação é indispensável ter conhecimento de seus deveres e da medida adequada de estímulos para suprir suas necessidades ¹.

Com objetivo de incentivar o equilíbrio cefálico, o cuidador pode estar posicionando o bebê em decúbito ventral apoiado sobre um rolo, em sua coxa ou sentado no abdômen, também pode utilizar uma bola suíça, brinquedos ou objetos coloridos e fazendo estímulos para que ela levante e sustente a cabeça. Para promover o rolar da criança deve-se posicioná-la em decúbito dorsal colocando o braço ao lado do corpo, dando impulsos no quadril ou utilizando brinquedos para chamar sua atenção, fazendo com que vire-se sozinho ³⁷.

Para promover o sentar da criança é preciso que tenha força muscular cervical e abdominal, a mãe pode estar posicionando-a em seu colo ou encostada em travesseiros, ofertando brinquedos à sua vista para que ela possa pegá-lo, provocando desequilíbrios para frente, lado e para traz, para a criança realize contração muscular concêntrica e ganhe força muscular no tronco. Pode também, posicioná-la em decúbito dorsal segurando os seus braços, levantando lentamente realizando uma flexão de tronco. A medida que seu abdômen for se tornando mais forte, os pais precisam sentá-la sem suporte dorsal, não deixando sem cuidados até que ela consiga sentar sozinha ²⁹.

Para fortalecer os músculos do ombro a criança deve ser colocada sobre a bola, rolo ou apoiada em sua própria coxa, fazendo com que descarregue a força sobre as mãos. Os pais podem também estar utilizando lençol e toalhas em volta de seu abdômen proporcionando o descarregamento da força exata nos membros, ou realizar brincadeiras como carrinho de mão, estimular a dissociação de cinturas escapular e pélvica estimulando o engatinhar ¹.

Para que a criança desenvolva o caminhar ela precisa ter sustento cefálico, de tronco, força de abdômen, quadril e membros inferiores resistentes para sustentar o peso do próprio corpo. Mesmo que a criança não seja apta a andar, é importante que estimulem a posição em pé, com o objetivo de fortalecer os ossos descarregando o peso nas pernas ¹².

Há diversas maneiras da família estimular a marcha com apoio e a marcha independente. O cuidador ou os pais podem estar segurando o corpo da criança estimulando-a ficar em pé. É importante estimular a preensão palmar com objetos variados e o alcance dos objetos, coloque os braços apoiada sobre a bola, rolo ou cadeira, calmamente empurre o objeto para frente, com a finalidade de mover o quadril e as pernas. Os pais podem estar segurando a criança pelas mãos ou quadril chamando sua atenção com estímulos verbais ou objetos induzindo a caminhar e adquirir marcha independente ²⁹.

Família inserida em Grupos de Apoio a Crianças com Microcefalia

Antes do nascimento da criança ocorrem mudanças nas vidas dos pais, incluindo obtenção de novas responsabilidades. No decorrer desse tempo, os pais fazem programações e sonha ansiosos como será o seu bebê ¹⁶.

Quando a criança é diagnosticada com microcefalia, os pais podem se sentir confusos e desorientados, fazendo com que o seu vínculo com o bebê seja interferido, podendo influenciar no processo de aceitação ou rejeição do filho. No primeiro estágio de choque ou impacto, a família terá que enfrentar a realidade do diagnóstico dessa doença, tentando manter suas atividades corriqueiras. Os próximos estágios incidem na integração e reorganização dessa criança no meio familiar, mesmo com suas limitações ou adaptações, tentando preservar e manter a rotina da família e a integridade com os demais membros que a ela pertencem ¹³.

O distanciamento dos pais tem a possibilidade de provocar desordens no desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança, influenciando nas mudanças de comportamentos ²³.

É importante que a família estabeleça conhecimentos sobre as necessidades especiais de seus filhos, enfrente seus sentimentos e as necessidades como um todo, principalmente na tomada de decisões e na busca de recursos para o bem-estar da criança e da família. É de fundamental importância que os profissionais de saúde desenvolvam relações interpessoais respeitadas e saudáveis, garantindo uma melhor eficácia no alcance de seus objetivos ¹³.

Diante dos aspectos envolvidos com a microcefalia, foi observado um aumento bastante significativo no abandono dos pais após o diagnóstico de microcefalia. Portanto, vê-se a necessidade de implantar para esses pais uma assistência personalizada, através de informações e treinamentos em grupos de apoio ¹⁶.

A equipe multiprofissional deve incentivar as mulheres a se envolverem e a convidarem uma pessoa de confiança (companheiro, familiar ou amigo) para participar de sessões de acompanhamento junto a grupos de apoio à criança com microcefalia. O profissional deve discutir e detalhar a necessidade da mãe ou responsável a decidir de que forma querem fortalecer seu suporte social, por exemplo, conversando com alguém, obtendo ajuda mais prática, tal como ajuda para cuidar de outras crianças da família, realizar tarefas rotineiras ou conectar-se a outras organizações, ou comunidades. Pode também ser auxiliada a identificar membros da família, amigos e membros da comunidade confiáveis e solidários e pensar sobre como cada um pode estar envolvido em ajudar ³.

Os grupos de apoio à família auxiliam os pais a enfrentar das emoções e fortalecem as relações afetivas. O conhecimento dos profissionais tranquiliza os cuidadores e ajudam a encarar os problemas. Os pais são capacitados pela equipe de saúde sobre como fazer as atividades de estimulação motora, cognitiva e de linguagem em casa, fazendo com que leve para o seu dia a dia de forma lúdica e prazerosa. Além de compartilhar experiências e dirimir dúvidas sobre a doença e o desenvolvimento do seu filho ⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de fundamental importância o envolvimento da família na sua residência para complementar as ações do fisioterapeuta e demais profissionais que acompanha esta criança. A família deve ter participação efetiva na estimulação precoce da criança com microcefalia, através de estímulos táteis, auditivos, visuais, proprioceptivos, vestibulares, motores, e também ser encorajada a integrar-se a grupos de apoio à família, a fim de romper as barreiras do medo, angústia e da desinformação acerca do contexto que envolve seu filho. Mas estudos são necessários para avaliar o grau de comprometimento da família e cuidadores, além de estratégias para otimizar o desenvolvimento com qualidade dessas crianças com microcefalia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília; 2016.
2. Sá LMSMP. Intervenção Precoce e Microcefalia Estratégias de Intervenção Eficazes. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor. Lisboa: Escola de Ensino Superior João de Deus; 2013.
3. ONU. Organização Mundial da Saúde. Apoio Psicossocial para mulheres grávidas e famílias com microcefalia e outras complicações neurológicas no contexto do Zika vírus: Guia preliminar para provedores de cuidados à saúde, Genebra, Suíça; 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo zika vírus. Brasília; 2016.
5. Oliveira BCC. A microcefalia no Brasil e os fatores recorrentes a doença. Brasília: Centro Universitário de Brasília – UNICEUB; 2016.
6. Vargas A, Saad E, Dimech GS, Santos RH, Sivini MAVC, Albuquerque LC et al. Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. Revista Epidemiologia Serviço e Saúde. 2016; 25(4): 691-700.
7. Sobrosa PS. Diagnóstico pré-natal de microcefalia e desfecho perinatal (Dissertação). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Centro Hospitalar de S. João; 2018.
8. Reis RP dos. Aumento dos casos de microcefalia no Brasil. Revista Médica de Minas Gerais. 2015; 25(6): 88-91.
9. Abreu TT, Novais MCM, Guimarães ICB. Crianças com microcefalia associada a infecção congênita pelo vírus Zika: características clínicas e epidemiológicas num hospital terciário. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2017; 15(3): 426-433.
10. Sá FE, Cardoso KVC, Jucá RVBM. Microcefalia e Vírus Zika: do padrão epidemiológico à intervenção precoce. Revista Fisioterapia & Saúde Funcional. 2016; 5(1): 2-5.
11. Pereira VM. Aborto de fetos com microcefalia: análise sobre a (in)constitucionalidade de sua descriminalização. Revista de Direito UNIFACEX. 2018; 7(1): 59-85.
12. Flor CJDV, Guerreiro CF, Motta JL Dos A. Desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com microcefalia associado ao zika vírus. Revista Pesquisa em Fisioterapia. 2017; 7(3): 313-318.
13. Barbosa ASS, Santos LS, Santana AFSG, Monteiro LFT. A participação da família no trabalho de reabilitação da criança com microcefalia. Revista Ciências Biológicas e da Saúde. 2017; 4(2): 189-202.

14. Eickmann SH, Carvalho MDCG, Ramos RCF, Rocha MAW, Linden VD, Silva PFS. Síndrome da infecção congênita pelo zika vírus. *Revista Caderno de Saúde Pública*. 2016; 32(7): 1-3.
15. Norbert AA de F, Ceolin T, Christo V de, Strassburger SZ, Bonamigo ECB. A importância da estimulação precoce na microcefalia. In: XXIV Seminário de iniciação científica, XXI Jornada de pesquisa, XVII Jornada de extensão, VI Amostra de iniciação científica júnior e VI Seminário de inovação e tecnologia. Anais. Ijuí: UNIJUI; 2016: 1-6.
16. Vale PRLF. Experiências de Famílias de Crianças com Microcefalia por Zika Vírus (Dissertação). Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana Departamento de Saúde Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva; 2018.
17. Defilipo EC, Frônio JS, Teixeira MTB, Leite ICG, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LR. Oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor. *Revista Saúde Pública, São Paulo*, v.46, n.4, p.633-41, 2012.
18. Rabelo AB, Veríssimo TCRA. A eficácia da estimulação precoce em crianças com microcefalia – uma revisão de literatura (Dissertação). Brasília: CEAFl; 2016.
19. Bertuoli N. Microcefalia: experiências e expectativas junto à realidade materna (Monografia). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba Centro de Ciências da Saúde Departamento de Terapia Ocupacional Curso de Terapia Ocupacional; 2016.
20. Oliveira MC, Sá SM. A experiência parental após o diagnóstico da microcefalia por zika vírus: um estudo de caso. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2017; 7(4): 64-70.
21. Sousa FLF. Redes de atenção à saúde e a epidemia do zika vírus: avaliação da gestão do cuidado materno e infantil no estado do maranhão. In: II Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba. São Luís. Rer. Inter. Ciênc. Saúde. 2018: 1-257.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz e Centro de Telessaúde HC-UFG e Centro Universitário Newton Paiva. Estimulação precoce da criança com microcefalia de 0 a 3 anos. Brasília; 2017: 1-24.
23. Melo DGS, Silva HF, Moura ITT, Barbosa SS. Aceitação paterna diante o diagnóstico de microcefalia. *Psicologia PT*. 2017: 1-14.
24. Dias DS, Verornez, MHG. Direito à saúde e à educação das crianças microcéfalas. *Revista Unisantia Law and Social Science*. 2017; 6(2): 145-162.
25. Floriani MAB. O efeito zika vírus e suas implicações na educação infantil. *Revista Maiêutica*. 2017; 5(1): 83-87.
26. Veiga AS, Nunes CDR, Andrade CCF. Assistência de enfermagem à criança com microcefalia. *Revista Científica Interdisciplinar*. 2017; 2(10): 1-174.

27. Carvalho MVP. O desenvolvimento motor normal da criança de 0 a 1 Ano: orientações para pais e cuidadores (Dissertação). Volta Redonda: Fundação Oswaldo Aranha - Centro Universitário de Volta Redonda; 2011.
28. Hallal CZ, Marques NR, Braccialli LMP. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. 2008; 18(1): 27-34, 2008.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Apoio psicossocial a mulheres gestantes, família e cuidadores de crianças com síndrome congênita por vírus Zika e outras deficiências: guia de práticas para profissionais e equipes de saúde. Brasília; 2017: 1-28.
30. Sári FL, Marcon SS. Participação da família no trabalho fisioterapêutico em crianças com paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2008; 18(3): 220-239.
31. Pereira BS. Efeitos de um roteiro de estimulação sensório motora empregando o jogo e o brincar na terapêutica de uma criança com atraso no DNPM. Santa Cruz do Sul. *Revista Saúde Santa Maria*. 2015; 41(2):1-270.
32. Queiroz NLN, Maciel DA, Branco AU. Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. *Paidéia*. 2006; 16(34): 169-179.
33. Nepomuceno S, Alcantara EF, A psicopedagogia em busca de ajuda à geração microcefalia. *Rev. Episteme Transversalis*. 2017; 8(2): 107-118.
34. Unicef. Metodologia para Multiplicadores: Estimulação de crianças com alterações no desenvolvimento domiciliar e escola. Brasília; 2017: 1-64.
35. Souza SEP, Matos SS. Percepção de profissionais de saúde sobre reabilitação para crianças com síndrome congênita do Zika Vírus em uma unidade de Vitória de Santo Antão Pernambuco. *Revista Idealogando*. 2018; 2(1): 138-148.
36. Reis JC, Santos PS, Barrata MFO, Falcão IV. Abordagem da terapia ocupacional a bebê com microcefalia: uma experiência no estágio curricular. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. 2018; 2(1): 212-227.
37. Hupe Policlínica Piquet Carneiro UERJ. Cuidados posturais e estimulação do desenvolvimento motor em domicílio para bebês e crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor – apoio aos bebês portadores de microcefalia pelo Zika vírus. Rio de Janeiro; 2011.