

CAPÍTULO II. PARALISIA CEREBRAL

2.1. Introdução

A criança com Paralisia Cerebral (PC) possui um atraso de desenvolvimento neuropsicomotor por uma lesão no Sistema Nervoso Central (SNC), podendo causar comprometimento na área motora, sensorial e/ou cognitiva, implicando em alterações do tónus muscular, qualidade do movimento, percepção, capacidade de aprender e interpretar os estímulos ambientais (Rotta, 2002). A investigação demonstra ainda, que muitas vezes as sequelas da PC se agravam pelas dificuldades que essas crianças apresentam em explorar o meio e em comunicar com o mundo externo (Rotta, 2002).

Segundo Diament (1996), Geralis (2008) e Rotta (2002), foi Little, em 1843, quem descreveu, pela primeira vez, a encefalopatia crónica da infância. Definiu-a como uma patologia ligada a diferentes causas e caracterizou-a, principalmente, por “rigidez muscular”. Já anos mais tarde em 1862, Little associou a esse quadro o nascimento com complicações, a prematuridade e o desenvolvimento de deformidades, definindo-a como “uma desordem não progressiva da postura e do movimento causada por dano cerebral” (Marcondes, 1994 citado em Fontes, 2008).

Freud, em 1897, sugeriu a expressão Paralisia Cerebral que, mais tarde, foi consagrada por Phelps, ao se referir a um grupo de crianças que apresentavam transtornos motores mais ou menos severos devido a uma lesão do SNC (Rotta, 2002). De acordo com Phelps a função motora é afectada por uma lesão estática, de extensão variada, que ocorre no cérebro ainda imaturo, comprometendo o desenvolvimento e a capacidade de uma criança de explorar e aprender activamente no seu espaço. Embora a lesão seja estática, as consequências são variadas, causando limitações funcionais crónicas, que criam dificuldades nas actividades quotidianas (Rotta, 2002). De acordo com Rosenbaum (2003, citado em Oliveira, 2010), estas crianças não têm todas exactamente o mesmo tipo e/ou grau de PC.

O trabalho desenvolvido com crianças com Paralisia Cerebral é notoriamente complexo e diversificado, não só pelos diferentes tipos e graus de PC de que padecem estas crianças, mas também pelo leque de profissionais que directa ou indirectamente, se relacionam com esta problemática (Levitt, 2001).

Como consequência desta complexidade e diversidade, a PC têm vindo a ser encarada sob perspectivas diversas e apesar das inúmeras investigações (ao nível da educação) neste campo (Fontes, 2008; Jiménez, 1997; Levitt, 2001), continuam por esclarecer algumas questões básicas, quando se pretende actuar com segurança no apoio destas problemáticas, nomeadamente ao nível da inclusão em contexto escolar (Nogueira, 2009). Tendo em linha de conta que o funcionamento destas crianças quer em termos académicos, quer em termos cognitivos se desvia em relação à média da população escolar em geral (Souza, 2005), é normal que crianças com PC tenham uma elevada probabilidade de vir a apresentar dificuldades na sua aprendizagem escolar (Monteiro, 2000) e que, para além disso, venham a manifestar algumas perturbações do comportamento que interfiram com a sua adaptação escolar e social, dado o seu valor próprio ser constantemente posto em causa (Souza, 2005), quer pelos professores como pelos colegas, que continuam a pensar e a tratá-los como os “coitadinhos” como nos refere Sousa (2007). Com efeito, não só quando há comprometimento motor, como nos casos em que a criança apresenta também comprometimento cognitivo, as pessoas de uma forma geral continuam a vê-la e a tratá-la, demonstrando sempre muita pena (Geralis, 2008)

Em Portugal, na maioria dos casos estes problemas têm sido vistos como um problema de educação especial e não como um problema geral da educação (Monteiro, 2000).

2.2. Problemática Específica do Aluno - Paralisia Cerebral

2.2.1. Etiologia

Toda a criança é um ser em desenvolvimento que, em contacto com o outro, comunica, interage e desenvolve as suas capacidades, tornando-se deste modo um membro participativo e activo na sociedade. No entanto, existem algumas crianças, nomeadamente as portadoras de PC, que estão limitadas a vários e diferentes níveis, comprometendo o seu desenvolvimento global e a sua participação na vida em sociedade.

A Paralisia Cerebral foi descrita pela primeira vez em 1843, quando William John Little, um ortopedista inglês, observou e descreveu 47 crianças portadoras de rigidez espástica (Fontes, 2008; Levitt, 2001). O termo PC foi introduzido por Freud enquanto estudava a “Síndrome de Little”. Segundo Freud (1897, citado em Rotta, 2002), o termo PC refere-se a

“uma desordem do movimento e da postura, persistente, porém variável, surgida nos primeiros anos de vida pela interferência no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central, causada por uma desordem cerebral não progressiva” (p.51).

Tal como nos referem Ferrareto e Souza, (1998), ao citar Hagberg (1989):

“Paralisia Cerebral é o termo usado para designar um grupo de desordens motoras, não progressivas, porém sujeitas a mudanças, resultante de uma lesão no cérebro nos primeiros estágios do seu desenvolvimento”. (p.56)

Esta definição foi proposta por Hagberg em 1989, e aceite na sociedade internacional de Paralisia Cerebral, mantendo-se até à actualidade.

“O que termo paralisia cerebral (PC) designa uma sequela de carácter não-progressivo, que compromete o sistema nervoso central (SNC) imaturo e em desenvolvimento, ocasionando défices posturais, tónicos e na execução dos movimentos (Chagas, P.S.C., Defilipo, E.C., Lemos, R.A., Mancini, M.C., Frônio, J.S., Carvalho, R.M., 2008, p.410).”

Segundo estes autores, a definição de PC mais actual propõe que as desordens do desenvolvimento motor, advindas da lesão cerebral primária, são de carácter permanente e mutável, ocasionando alterações músculo-esqueléticas secundárias e limitações nas actividades.

O termo PC é usado para descrever um grupo de disfunções dos movimentos e da coordenação motora. Contudo, actualmente, é considerado por muitos autores como um termo inadequado, pois significaria uma ausência total de actividades físicas e mentais, o que não ocorre nestes quadros (Oliveira, 2010). De facto, o termo “*Paralisia Cerebral*”, usado universalmente, é muito controverso, pois num grande número de casos não existe uma patologia de paralisia, também porque engloba um número de

situações com etiologias muito diferentes e, ainda, porque este termo é redutor para a criança ou jovem e para a família, podendo sugerir um cérebro inactivo, o que não corresponde à realidade (Andrada, 2000).

A Paralisia Cerebral, segundo Dimitrijević e Jakubi (2005), é uma encefalopatia estática causada por uma agressão ao cérebro durante os períodos pré, péri e pós-natal (até aos dois, três anos). A PC pode levar a uma disfunção global, mas, inclui sempre problemas motores. É uma perturbação do controlo neuromuscular, da postura e do equilíbrio provocada por uma lesão cerebral estática que afecta o cérebro em período de desenvolvimento (Dimitrijević e Jakubi, 2005). Esta deficiência está incluída no âmbito das Deficiências Neuromotoras Graves e apresenta uma grande variedade de situações neurológicas irreversíveis e não progressivas, visto que, na maioria dos casos, os diagnósticos são diferentes uns dos outros, quer na gravidade, quer nos aspectos afectados, quer nas marcas sócio-afectivas que deixam em cada indivíduo (Ferreira, Ponte & Azevedo, 1999). Logo podem estar afectadas em graus diferentes, uma ou várias áreas, sendo a área motora inevitavelmente afectada e estando também normalmente afectada a área da comunicação (Miller, G. & Clark, G.D., 2002). Os sentidos e a inteligência poderão ser algumas das áreas igualmente afectadas (Miller, F., 2005).

Importa conhecer as causas que originaram a lesão cerebral o mais precocemente possível, de forma a uma adequada e atempada actuação, podendo se desenvolver certas capacidades e prevenir complicações futuras. Citando Fontes (2008),

“sabe-se que a origem genética não se verifica nesta problemática, pelo que não existe a transmissão de pais para filhos. Estimando-se que quase sempre sejam factores exógenos ao indivíduo a provocar a lesão, que pode acontecer em três períodos distintos da vida da criança (pré, péri ou pós-natal)”. (p.16)

A etiologia destas agressões inclui causas, de que damos alguns exemplos de acordo com Jiménez (1997) e Miller (2000 citado em Fontes, 2008).

a) Factores Pré-natais (antes do nascimento)

- Hipóxia (falta de oxigénio);

- Infecciosas (intra-uterinas, rubéola, sífilis, entre outros);
- Tóxicas (medicamentos);
- Anóxia (ausência de oxigénio);
- Tensão alta, entre outros.

b) Factores Péri-natais (no momento do parto)

- Hipóxia ou anóxia;
- Prematuridade (nascer antes do tempo);
- Trabalho de parto demorado;
- Traumatismo durante o parto;
- Separação da placenta ou placenta prévia, entre outros.

c) Factores Pós-natais (depois do nascimento)

- Vasculares (acidentes cardiovasculares);
- Metabolismo;
- Icterícia do recém-nascido devido a incompatibilidade sanguínea feto materna;
- Traumáticas (traumatismo craniano);
- Meningite, entre outros.

A patogenese da PC envolve causas multifactoriais mas, ainda muito há para descobrir segundo Dimitrijević e Jakubi (2005). Segundo estes autores, os diferentes mecanismos da patogenese são associados ao grupo de crianças nascidas a pré-termo e a termo.

2.2.2. Classificação da Topográfica e neurológica da Paralisia Cerebral

A criança com um comprometimento leve (grau I) pode saltar e correr, apesar de forma desajeitada. No entanto, nas crianças comprometidas de forma grave / severa (grau IV),

a postura é limitada. As suas limitações funcionais são frequentemente notáveis no que se refere à mobilidade e equilíbrio, podendo ser evidentes ao nível das incapacidades, no tempo que levam a desenvolver uma actividade/tarefa e na ajuda que precisa para completar as actividades diárias (Mascarenhas, 2008, citado em Oliveira, 2010).

Embora, o comprometimento seja estático e a condição se defina como não-progressiva, as manifestações periféricas da PC estão longe de serem estáticas (Miller, F., 2005). A fala também é frequentemente afectada, bem como, dificuldades na deglutição de alimentos, levando em alguns casos mais graves ao uso de medicamentos e da alimentação por sonda nasogástrica ou por sonda peg (gastrostomia endoscópica percutânea). Tanto a incontinência como a epilepsia, frequentemente acompanham o quadro de muitas destas crianças que em alguns casos são totalmente dependentes nas suas necessidades. Estes problemas provocam por vezes problemas emocionais graves (Duncan et al. 2004, citado em Oliveira, 2010).

O tipo de incapacidade e funcionalidade da Paralisia Cerebral demonstram o grau e o nível da lesão, que varia entre o leve, o moderado e o grave/severo (Geralis, 2008). Algumas crianças apresentam alterações leves, quase imperceptíveis, que as descoordenam no andar, no falar ou no uso das mãos. Outras são gravemente afectadas com uma incapacidade motora grave, impossibilitando-as de andar, de falar, escrever entre outras características associadas tais como: défice na área cognitiva com prejuízo na aprendizagem, deficit sensorial (visão e/ou audição), crises convulsivas, além de outras características comportamentais e clínicas (Basil, 1995, citado em Andrada, 2000). Entre estes dois extremos existem casos mais variados (Braga, 1999; Oliveira, 2010). Estas incapacidades vão provocar na criança limitações na sua interacção com o meio envolvente, não lhes permitindo possuir uma evolução normal nas várias áreas de desenvolvimento, pelo que se verifica um atraso no desenvolvimento que resulta do facto da criança ter pouco controlo sobre o meio que a rodeia e a sociedade em geral (Nogueira, 2009).

Segundo Andrada (2000), a PC é um termo que engloba um grupo de situações de incapacidade ou disfunção neuromotora grave, não progressiva, mas muitas vezes alterável, secundária a uma lesão cerebral ou anomalia do desenvolvimento das estruturas cerebrais que ocorre nos estádios precoces do desenvolvimento da criança. Estas variam desde perturbações motoras ligeiras a graves, cuja alteração motora as impede de realizar, praticamente, qualquer movimento voluntário; com inteligência normal ou superior, com uma deficiência mental extremamente grave, com ou sem

distúrbios sensoriais de visão, audição, entre outras problemáticas associadas (Basil, 1995, citado em Andrada, 2000). Parafrazeando Neilsen (1999), a paralisia cerebral

“engloba um conjunto de desordens caracterizadas por disfunções de carácter neurológico e muscular que afectam a mobilidade e o controlo muscular. O termo cerebral reporta-se às funções do cérebro e o termo paralisia às desordens de movimento ou postura” (p. 95).

A Paralisia Cerebral (PC) apresenta-se como um conjunto de sintomas que se manifesta como uma alteração do movimento que pode mudar a apresentação, o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo, provocando deformidades posturais, como um baixo controle selectivo das actividades dos grupos musculares perante a habilidade diminuída para aprender diferentes movimentos, reflexos exagerados ou hiperactivos, desequilíbrios musculares, geração de força insuficiente, extensibilidade do tecido anormal e contraturas musculares (Kott & Held, 2003, citado em Oliveira, 2010). Segundo Mascarenhas (2008 citado em Oliveira, 2010),

“o comprometimento do Sistema Nervoso Central, em casos da Paralisia Cerebral, decorre de factores endógenos e exógenos que, em diferentes proporções, estão presentes em todos os casos. Deve-se considerar, dentre os factores endógenos, o potencial genético herdado, ou seja, a susceptibilidade maior ou menor do cérebro para se lesionar.” (p.5)

Entre os factores exógenos, considera-se que o tipo de comprometimento cerebral vai depender do momento em que o agente actua, da sua duração e da sua intensidade (Rotta, 2001).

No momento da fecundação, o novo ser formado carrega um contingente somático e psíquico que corresponde à sua espécie, à sua raça e aos seus antepassados (factores genéticos). O indivíduo herda, portanto, um determinado ritmo de evolução do sistema nervoso junto com as potencialidades de sua actividade motora e, também, com a capacidade de adaptação, ou seja, a plasticidade cerebral, que é a base da aprendizagem (Potasz, 2010; Rotta, 2002).

A classificação da PC pode ser feita por avaliação clínica e pela distribuição da lesão do corpo (Ferrareto & Souza, 1998) e também pelo envolvimento neuromuscular (Tabith,

1980, citado em Tabaquim, 1996). A classificação por avaliação clínica tenta descrever o tipo de alteração de movimento que a criança apresenta (Geralis, 2008). Existem várias classificações para a PC, que se distinguem de acordo com a informação que disponibilizam, incluindo o tipo de tónus, e nível de independência (Potasz, 2010). Entre as alterações tónicas, a mais comum é, de acordo com Chagas e colaboradores (2008) a espasticidade,

“sendo que 75% das crianças com PC apresentam tónus elevado, exacerbação dos reflexos e da resistência à movimentação passiva rápida. As crianças espásticas, de acordo com a classificação topográfica, podem ser: quadriplégicas, diplégicas, e hemiplégicas” (p.411).

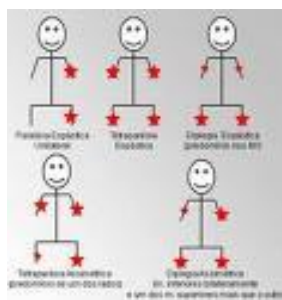


Figura 2.1. Classificação da PC consoante a localização e gravidade neurológica. (Panteliadis, P. & Strassburg, H., 2004, pp.17)

Como confirmam Dimitrijević e Jakubi (2005), a avaliação clínica é feita de acordo com a classificação topográfica (Anexo I – Figura 2.2. Classificação Topográfica) usada actualmente que define as seguintes categorias principais de desordem motora:

- Quadriplegia (tetraplegia) (10% a 15% dos casos): Todas as quatro extremidades são afectadas de igual forma ao longo do tronco; envolvimento dos dois membros superiores e dos dois membros inferiores.

- Diplegia (30% a 40% dos casos): Lesão motora principalmente de um membro inferior; as extremidades inferiores foram mais gravemente afectadas que as extremidades superiores.

- Hemiplegia ou Hemiparesia (20% a 30% dos casos): O envolvimento afecta uma parte do corpo incluindo o braço e a perna; compromete um hemi-corpo.
- Monoplegia (rara): O envolvimento é observado num membro, braço ou perna.
- Triplegia: três membros envolvidos.
- Monoplegia: envolvimento de um só membro.

E o tipo de défice motor (classificação fisiológica) que é classificado como:

- Espástico ou piramidal (70% a 80% dos casos): verifica-se quando há aumento ou excesso do tónus muscular.
- Atetóide ou extrapiramidal (10% a 15% dos casos): Esta perturbação caracteriza-se pela ocorrência de movimentos involuntários contínuos, lentos e incorrectos.
- Atáxica ou cerebelosa (< 5% dos casos): Caracteriza-se pela diminuição do tónus muscular manifestando-se através da ausência de coordenação e desequilíbrio.
- Formas mistas (mais comum: espasticidade e atetose)
(menos comum: atáxica e atetóide).
- Hipotónico: Caracteriza-se por falta de força e baixa /ausência de tónus.

O comportamento motor normal desenvolve-se, desde o início, pela expansão de um sistema total de reacção. Todos os padrões de movimento da criança estão constantemente a passar por uma organização do desenvolvimento (Fontes, 2008).

O dano prévio efectuado ao SNC (Sistema Nervoso Central) resulta em deficiências físicas crónicas e, vulgarmente, incluem deficiência sensorial (Levitt, 2001). A agressão ao cérebro veio produzir alterações na musculatura, nos reflexos do músculo liso, nos reflexos primitivos e nas reacções posturais (Jiménez, 1997). Outros sintomas agregados podem ser secundários, associados à agressão ocorrida (atraso mental, pronúncia, problemas visuais e auditivos, perturbações perceptuais e epilepsia). Cerca de 54%, das crianças tem mais do que uma deficiência associada (Levitt, 2001).

2.2.3. Diagnóstico e Tratamento

O reconhecimento precoce da PC é extremamente difícil (Rotta, 2002). Muitas das vezes, e na maior parte dos casos, é impossível diagnosticar a PC em crianças com idades inferiores aos quatro meses de idade, ou até mesmo em crianças com seis meses, com um comprometimento neurológico ligeiro. Como acabámos de referir, nos primeiros meses de vida, a maioria dos bebés com PC não mostram muitos sinais de comprometimento como sendo definitivos (durante os primeiros dois, três anos de vida), mas antes, sinais de atraso em relação aos outros bebés “ditos normais” (Dimitrijević & Jakubi, 2005).

Em termos de tratamento, no caso das crianças com PC, não há medicamentos nem operações que possam tratar definitivamente uma paralisia cerebral, havendo, porém, diversas e inovadoras possibilidades de melhorar e/ou minimizar os efeitos (Potasz, 2010). Estes progressos não são imediatos, muito pelo contrário, são muito demorados, avançando progressivamente e dependendo sempre dos mais diversos recursos, como o uso da Informática na Educação e dos recursos terapêuticos colocados à disposição da comunidade (Bobath, B. & Bobath, K. 1989; Souza, 2005). As crianças com PC têm muitos problemas, mas nem todos estão relacionados com as lesões cerebrais (Fontes, 2008).

As características da espasticidade estão relacionadas com os diversos tratamentos indicados, pelos médicos, que vão desde o cirúrgico e farmacológico, até ao fisiátrico e o terapêutico através da terapia ocupacional ou psicomotricidade (Gerais, 2008). O principal objectivo dos diferentes tipos de tratamento prende-se com a melhoria e manutenção da estabilidade postural (Slonk, 1999, citado em Dimitrijević & Jakubi, 2005).

De acordo com Slonk (1999, citado em Dimitrijević & Jakubi, 2005) o tratamento deve começar apenas quando os sinais de tônus muscular se mostram anormais e os padrões de desenvolvimento forem observados. Como nos dizem Dimitrijević e Jakubi (2005), este processo deve ser feito por uma equipe médica multidisciplinar. Na maioria dos casos, esta observação ocorre após um longo período, durante o qual nenhum tratamento é necessário, mas se os sinais suspeitos se desenvolverem, o tratamento deve começar de imediato. Os primeiros sintomas podem aparecer imediatamente a seguir, ou durante um período pré-natal tumultuoso (Dimitrijević & Jakubi, 2005). Em alguns casos, os

sintomas podem ter ocorrido devido a algumas anomalias durante a gravidez, seguido de um período pré-natal relativamente calmo, de duração variável. Estes casos devido à sua complexidade, podem apresentar problemas no seu diagnóstico. Por isso, existe muita dificuldade fazer o despiste e em diferenciar a patologia, dos sinais existentes de desvio do desenvolvimento normal (Dimitrijević & Jakubi, 2005). Tendo em conta todas estas situações, para não se fazer um diagnóstico errado que possa vir a comprometer o desenvolvimento do bebé, é muito importante repetir os exames e registar o seu nível de desenvolvimento (Dimitrijević & Jakubi, 2005) Especialmente, em bebés abaixo dos quatro meses de idade (Dimitrijević & Jakubi, 2005). Num bebé com suspeita de dano cerebral, os intervalos entre consultas devem ser curtos e nunca para além das três ou quatro semanas, após os primeiros sinais suspeitos (Dimitrijević & Jakubi, 2005). Durante o primeiro ano de vida do bebé, o seu desenvolvimento é muito rápido e os sinais ligeiros podem-se tornar em sinais marcados após um curto período de tempo (Rotta, 2002).

O diagnóstico precoce, segundo Dimitrijević e Jakubi (2005), é possível em muitos casos devido à fácil diferenciação dos sinais primitivos de atraso de natureza patológica. Os sinais primitivos podem ser definidos como padrões de actividade, pertencendo a estágios muito primários da vida de um bebé pós-natal. Os sinais patológicos são padrões motores não vistos em nenhum estágio de desenvolvimento de um bebé normal pós-natal (Levitt, 2001).

Quando uma lesão no SNC ocorre antes, durante ou logo após o nascimento induz em risco os efeitos funcionais posteriores. É durante os primeiros meses de vida que o SNC tem a melhor hipótese de compensar o défice funcional ao promover a reconstrução substituta de ligações neuronais devido à sua grande plasticidade (Levitt, 2001).

O despiste e tratamento precoce da PC, tem como objectivo tratar as crianças com PC, ou outras condições envolvendo o neurónio-motor superior do SNC, sem ter em conta a etiologia. Uma vez que, o que se pretende com o tratamento é proporcionar-lhes o maior grau de independência possível, e assim prepará-los para uma vida adolescente e adulta o mais normal possível. Este é o objectivo em todos os locais de tratamento (Basil, 1995, citado em Andrada, 2000).

Presentemente ainda não existem intervenções clínicas que tratem com sucesso o dano existente nas áreas do cérebro que controlam a coordenação muscular e o movimento. As opções de tratamento existentes incluem fisioterapia, terapia da fala e ocupacional, ortóptica, actividades assistidas, intervenções farmacológicas e procedimentos

ortopédicos e neurocirúrgicos (Andrada, 2000). De acordo com este autor, as intervenções clínicas que se têm com a criança são sempre feitas em articulação com as diferentes áreas ou especialidades da área da saúde. Este trabalho é sempre feito através de um programa específico para cada criança, na qual, as formas de intervenção quer seja em fisioterapia ou outras especialidades são partes essenciais para a reabilitação e desenvolvimento de autonomia da criança. (Andrada, 2000; Levitt, 2001; Potasz, 2010) Existe uma variedade de técnicas de tratamento, segundo Dimitrijević e Jakub (2005) e Potasz (2010):

- o método de Vojta;
- o método de Bobath;
- terapia integrada;
- musicoterapia;
- terapia constringida de indução do movimento;
- integração sensorial;
- treino da força;
- hidroterapia;
- hipoterapia, entre outros.

Nenhuma técnica pode curar a PC mesmo se a criança efectuar o tratamento precocemente, nem nenhuma técnica pode mudar todos os casos para uma forma mínima de PC (Basil, 1995, citado em Andrada, 2000). Contudo, se o tratamento começar antes dos padrões anormais de movimento estarem estabelecidos (nível Desordem de Coordenação Central - DCC) pode ajudar a criança a organizar as suas capacidades potenciais naquilo que for para ela a forma mais normal possível (Dimitrijević & Jakubi, 2005).

Nenhuma técnica é adequada para todas as crianças. Um plano sistemático e adequado requer uma avaliação precisa de cada criança. Por outro lado, pode-se perder tempo que é precioso efectuando tarefas que não são importantes e não lidam com os problemas principais (Levitt, 2001; Oliveira, 2010).

Existem muitas razões para explicar porque é que as crianças com PC ou DCC beneficiam mais com o tratamento precoce do que com o tratamento efectuado numa idade mais tardia. O tratamento precoce, por volta do primeiro ao quarto mês de idade, é importante devido à grande adaptabilidade e plasticidade do cérebro infantil. Durante os

primeiros 18 meses da vida da criança, ocorre um grande e rápido desenvolvimento, e em nenhuma outra altura do crescimento a criança consegue aprender tão depressa. É uma altura em que o potencial não é só o mais alto mas, o mais ajustado para a PC ou DCC (Dimitrijević & Jakubi, 2005).

Além disso, como o tratamento e o lidar com o bebé são mais fáceis para a mãe e para o terapeuta, a mãe pode assim mais facilmente ser instruída e treinada na melhor forma de como lidar com o seu filho (Dimitrijević & Jakubi, 2005). O seu envolvimento na gestão e no tratamento vai ajudar ao estabelecimento de uma boa relação entre mãe e filho, e fornecer-lhe suporte encorajando-a. Isto vai ajudar a prevenir uma protecção excessiva tal como previne a rejeição (Andrada, 2000). O treino e o auxílio à mãe ou aos pais na gestão familiar é da maior importância. Segundo Andrada (2000), Sanches e Santos (2004), os pais devem de ser vistos como membros de uma equipa de terapeutas, pois a criança está apenas com o terapeuta por um período limitado, passando a maior parte do tempo em casa. É fundamental acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, orientando sempre os pais para que estes estejam atentos a todo o tipo de alterações que aconteçam, pois só assim, poderá ser possível fazer-se um diagnóstico precoce de infecções do SNC que possam vir a ocorrer e encaminhar a criança o mais rápido possível para tratamento com uma equipa multidisciplinar (Rotta, 2002). É importante ressaltar que esta equipa deve estar apta a perceber que aquela criança com Paralisia Cerebral tem necessidades especiais, complicações associadas e que o seu papel é estar presente no seu tratamento, orientar e tratar as condições associadas à Paralisia Cerebral, informando aos pais correctamente sobre o estado clínico do seu filho (Levitt, 2001).

Em suma, o diagnóstico da Paralisia Cerebral deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar o mais precocemente possível. A articulação desta equipa multidisciplinar com a família é importante. A comunicação entre os membros desta equipa é crucial para uma boa evolução e o melhor tratamento é a prevenção, isto é, a assistência e os cuidados no período pré e pós nascimento com recursos para reduzir o número de crianças com PC que sem terem qualquer culpa são um problema social e familiar e, sobretudo, são as maiores vítimas, muitas vezes com uma mente sã presa num corpo com disfunção motora que não se pode ou consegue expressar estando sujeito a uma variedade de desordens associadas, à dor e à angústia (Sousa, 2007).