



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**Crenças parentais no desenvolvimento de uma criança
com paralisia cerebral**

Estudo de caso

Ana Catarina da Silva Martins (email: catarinamartins@live.com.pt)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia
(área de especialização de Psicologia da Educação, Desenvolvimento
e de Aconselhamento) sob a orientação da Professora Doutora Ana
Cristina Ferreira de Almeida

Crenças parentais no desenvolvimento de uma criança com paralisia cerebral: Estudo de caso

Resumo

O caso individual que mereceu a nossa atenção mediante um estudo de caso que, segundo Stake (2012) se caracteriza como instrumental, porque a partir dele procuramos responder a um problema de investigação, é de uma menina de 12 anos com paralisia cerebral. O problema reporta à compreensão da influência que as crenças parentais acerca do desenvolvimento podem exercer sobre o próprio desenvolvimento. O caso visado pode também ser considerado um estudo intrínseco, porque consistiu num caso de acompanhamento efetuado em prática de estágio curricular, cujas prioridades para promoção do desenvolvimento se identificaram ao nível das atitudes parentais na relação com a filha. Mais especificamente, procurou identificar-se crenças dos progenitores passíveis de, inadvertidamente, limitarem o potencial de desenvolvimento da criança, designadamente, em termos socioemocionais. Uma vez desenhado e implementado um plano de intervenção dirigido à promoção de competências da criança, mas também dos pais, relativamente à modificação sustentada das suas conceções em relação à filha, o objetivo é aprender, através deste estudo, como pode ser importante a intervenção sistémica focada na alteração dos padrões de comportamento da criança para alterar as crenças dos pais, ao mesmo tempo que, ao intervir diretamente com os pais, o efeito educativo na promoção de competências e modelação do comportamento da filha se pode traduzir em melhorias no bem-estar socioemocional da menina.

Os resultados obtidos através da intervenção psicológica numa análise qualitativa demonstraram que as crenças dos pais exerciam efetivamente influência nas limitações socioemocionais da criança, diríamos, de maior peso do que as limitações da própria afetação da paralisia cerebral.

Foi ainda importante perceber a carência que existe de uma intervenção precoce junto das crianças com paralisia cerebral e das suas famílias, de modo a contornar o impacto do diagnóstico, e dessa forma moderar o impacto das crenças parentais no desenvolvimento socioemocional destas crianças.

Palavras-Chave: Paralisia cerebral, crenças parentais, desenvolvimento socioemocional

The influence of parental beliefs in the development of a child with cerebral palsy: A study case

Abstract

The individual case that got our attention, through a study case that, according to Stake (2012) is characterized as instrumental, because from it we seek to answer to an investigation problem reported to the understanding of the influence that parental beliefs about the development may have on the development itself, is, in this particular case, of a 12 year old girl with cerebral palsy. May the referred case still be considered an intrinsic study, because it consisted on a case of monitoring performed during the internship, whose priorities for the developmental promotion were identified as the parental behaviour in the relationship with their daughter. More specifically, we sought to identify the parents's beliefs that could inadvertently limit the potential development of their child, particularly her socio-emotional development. Once designed and implemented an intervention plan for the promotion of skills for the child, but as also for the parents, regarding the sustained change in their conceptions about their daughter, the goal is to learn, through this study, how can systemic intervention focused on changing the behavior patterns of the child to change the beliefs of the parents be important, while, at the same time, direct intervention with the parents, may have the educational effect in promoting skills and modeling the daughter's behavior and this can be translated into improvements in the girl's socioemotional welfare.

The obtained results through the psychological intervention on a qualitative analysis showed that parents' beliefs effectively exerted influence on socioemotional child's limitations, we would say, of greater weight than the limitations of his own affectation of cerebral palsy.

It was also important to understand that there is a shortage of early intervention with children with cerebral palsy and their families in order to circumvent the impact of the diagnosis, and thus moderate the impact of parental beliefs in socio-emotional development of these children.

Key words: Cerebral Palsy, parental beliefs, socioemotional development

Agradecimentos

Por me acompanharem na persecução deste sonho, agradeço...

Ao meu pai, por me permitir crescer ao lado de um Homem tão bom.

À minha mãe, por nunca deixar de me dar colo.

Ao Nuno, por toda a paciência, pelo amor e por ser desde sempre o meu
companheiro e o meu melhor amigo.

À Maria Inês, por me ensinar uma nova forma de amor.

À Cláudia e à Renata, por crescerem comigo nestes 5 anos.

À Dr^a Cristina Almeida, por todo o apoio e preocupação.

Mas principalmente, não posso deixar de agradecer de forma especial à minha irmã. A pessoa a quem eu mais devo amor. A ela agradeço por ser a minha maior influência no trabalho e na vida, por ser a minha maior ‘base segura’ e por ser a principal ‘culpada’ pela minha paixão pela psicologia. Obrigada por todos os conselhos mas especialmente por este que me deste há 8 anos atrás: *Não sigas por caminhos feitos. Abre antes o teu caminho e deixa um trilho* (Muriel Strode).

Índice	
Introdução	1
I- Enquadramento Teórico Conceptual	3
Paralisia Cerebral.....	3
Prevalência.....	4
Causas	5
Perturbações Associadas.....	6
Classificações da paralisia cerebral	7
Crenças parentais.....	8
A influência das crenças parentais no desenvolvimento de uma criança com paralisia cerebral	10
II – Objetivos	11
III- Metodologia	12
Apresentação do caso	12
Avaliação do Caso.....	13
Procedimentos e instrumentos de avaliação	13
Contextualização do caso	15
História Pessoal.....	15
Dinâmica e Relações Familiares	16
Dinâmica e Relação Interpessoal com Pares	17
Percurso Escolar	18
Funcionamento psicossocial e emocional.....	19
Observação Comportamental.....	20
Plano de intervenção.....	21
IV- Resultados	28
V- Discussão	32
VI- Conclusão	36
VII- Referências bibliográficas	389
VIII- Anexos	49

Introdução

A Paralisia Cerebral é uma doença, que como outras doenças crônicas, ainda que apresente lesões ligeiras, afeta o desenvolvimento do indivíduo portador da patologia em várias áreas da sua vida. Desta forma, ainda que os sintomas médicos associados à paralisia cerebral possam ser alvos de intervenção e possam de alguma forma sofrer melhorias, alguns deles permanecem constantes durante toda a vida do sujeito. No entanto, a forma como a criança e a sua família percebem a doença, a maneira como lidam com ela, o apoio recebido dos familiares e profissionais médicos e educativos é variável e pode ser determinante na forma como a paralisia cerebral afeta a sua qualidade de vida (Geralis, 2007).

Partindo destes aspetos, a relação entre a pessoa com deficiência e o meio, que nele reconhece a deficiência, precisa de ser analisada como parte de um fenómeno maior (Omote, 1995). É necessário compreender que a complexidade deste diagnóstico afeta o desenvolvimento da criança mas também as suas relações familiares.

Quando os pais têm um filho com paralisia cerebral, este bebé requer cuidados e atenção especial durante um período de tempo bastante superior àquele que um bebé que nasce em condições normais de desenvolvimento requer. Para além destes cuidados físicos acrescidos, acresce ainda o medo e a insegurança face ao desconhecido e até mesmo a pressão social das reações das pessoas perante a presença de um bebé com características diferentes (Omote, 2010).

Deste modo, estas famílias veem os seus problemas intensificados pelas condições impostas pela deficiência. Portanto, quando deparados com este diagnóstico, precisam de se reajustar para se tornarem aptos ao cuidado do seu filho e para lhe proverem o apoio necessário (Brito, 2003). Durante este processo de reajustamento, os pais vão organizando um sistema de crenças parentais que tem por base um conjunto de expectativas e concepções que influenciam e determinam as atividades do quotidiano, os julgamentos, as escolhas e decisões que tomam. A partir deste sistema de crenças, estes cuidadores definem os seus modelos e estilos parentais (Lighfoot & Valsiner, 1992; Suizzo, 2002). Desta forma, os seus filhos crescem envoltos num contexto familiar e social repleto de expectativas, crenças, valores e metas que acabam por determinar os limites e potencialidades seu desenvolvimento (Moura, 2005).

Face a estas implicações, e sendo a família a principal fonte da prestação de cuidados na doença e/ou na deficiência (Brito, 2002), é natural que a qualidade das relações entre crianças com paralisia cerebral e os seus progenitores se torne determinante para o seu desenvolvimento socioemocional.

Com base nestas conceptualizações, é fundamental assumir a pertinência do estudo destas crenças e da forma como afetam e determinam a vida de um indivíduo com paralisia cerebral. Desta forma, este estudo tem o objetivo de verificar se a influência das crenças parentais pesam mais do que as limitações do próprio diagnóstico e em que medida afetam o desenvolvimento ‘normal’ da criança em termos socioemocionais.

Sendo que o desenvolvimento infantil é um processo extremamente complexo que envolve inúmeras variáveis e o acesso aos valores e crenças dos pais é bastante indireto, a investigação neste campo exige a adoção de métodos de pesquisa qualitativos para garantir a precisão dos dados. Portanto a presente investigação tem por base a descrição e o estudo exaustivo de um único caso de uma jovem com paralisia cerebral.

Para dar resposta à questão colocada, o presente estudo demonstra um processo de intervenção psicológica que procura alterar os padrões de comportamento da criança no que diz respeito às suas dificuldades socioemocionais, para assim alterar as concepções dos pais em relação a ela. Simultaneamente, procura-se trabalhar com os pais a desmistificação das suas crenças, de modo a que estes se tornem por sua vez modeladores do comportamento da filha.

Isto, tendo em conta que os resultados obtidos poderão não se verificar em todos os casos de paralisia cerebral, uma vez que existe uma grande variabilidade em termos de intensidade e gravidade dos sintomas. De qualquer das formas, este estudo permitirá compreender a influência do fenómeno das crenças e servirá de prova à necessidade de um acompanhamento psicológico precoce na área da psicologia da educação, desenvolvimento e aconselhamento à criança com deficiência e à sua família que os permita criar competências para se tornarem praticantes de uma parentalidade consciente e promotora das potencialidades individuais dos seus filhos.

I- Enquadramento Teórico Conceptual

Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral é uma doença crónica não progressiva resultante de uma lesão no sistema nervoso central (Capute & Accardo, 1996; Wood & Rosenbaum, 2000; Carr *et al.*, 2005; Rosenbaum *et al.*, 2006; Ravn *et al.*, 2009).

Segundo Lau, e Lao (1999); Ferreira (2007); Piovesana (1998); Rotta, (1983 /1997) e Silva, (2008), terá sido William John Little, um cirurgião ortopédico, quem descreveu esta patologia pela primeira vez denominando-a então de rigidez espática em 1843.

Em 2004, Schwartzman propõe que a denominação de paralisia cerebral seja empregue em casos em que, ainda que acompanhados de outros sintomas, os défices motores sejam a principal característica da patologia. Propõe ainda que nos quadros em que o grau de comprometimento motor seja equivalente ao intelectual, sendo igualmente severo, deverão ser utilizadas outras denominações diagnósticas, como a de encefalopatia crónica não progressiva.

Esta patologia é considerada uma perturbação neurodesenvolvimental (*e.g.* Capute & Accardo, 1996; Cascio, 2010; Mahone & Slomine 2008;) e é essencialmente caracterizada por um conjunto de problemas motores, como alterações do tónus muscular, postura e movimento, que podem interferir no desempenho das atividades funcionais e no desenvolvimento global do indivíduo. Apesar de se tratar de uma perturbação neurodesenvolvimental e não de uma lesão do sistema músculo-esquelético, pelo facto de afetar o sistema nervoso central, esta perturbação provoca um enorme impacto a nível motor (Winter, 2007) e nos movimentos do sistema muscular (Bobaths, 1984; Harper & Peterson, 2000; Mantovani, 2007).

Alguns autores defendem que este dano cerebral se dá antes do primeiro ano de vida, ou, pelo menos, durante os três primeiros anos (Capute & Accardo, 1996). Outros apoiam a ideia de que, tal ocorrência se dá em três períodos específicos, que determinam a subdivisão desta patologia em três grupos: os que a lesão se dá no período pré-natal, no período perinatal ou no período pós-natal (Mahone & Slomine, 2008; Mantovani, 2007;).

A paralisia cerebral não tem cura, persistindo durante toda a vida do indivíduo. No entanto, a perturbação e os problemas a ela associados não agravam com o passar do tempo (Miller & Clark, 1998; Bax, 2000; Clayton *et al.*, 2003; Koman, 2004; Bax *et al.*, 2005), podendo inclusive existir melhorias e aumentar exponencialmente a qualidade de vida dos sujeitos, através de uma intervenção precoce devidamente estruturada.

Segundo Bax *et al.* (2005) a “(...) *Paralisia Cerebral descreve um grupo de perturbações permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações nas atividades que são atribuídas a perturbações não-progressivas, que ocorrem num cérebro em desenvolvimento, durante o desenvolvimento fetal ou na primeira infância. As perturbações motoras da Paralisia Cerebral são muitas vezes acompanhadas por perturbações na sensação, cognição, comunicação, percepção, e/ou comportamentos, e/ou por uma perturbação na apreensão*”.

Como tal, em termos de sintomatologia, os sujeitos com paralisia cerebral apresentam pouca coordenação, falta de equilíbrio, movimentos anormais, membros em flexão ou extensão constante, pés equinos ou “tortos” (para dentro ou para fora), dificuldade em permanecer numa mesma postura por muito tempo, dificuldades na motricidade fina, dificuldade em permanecer em pé e numa postura ereta, entre outras demais características (Butler & Darrah, 2001; Carr *et al.*, 2005;; Capute & Accardo, 1996; Finnie, 2000; Levitt, 2001; Umphred, 1994). Este tipo de limitações, por sua vez, implica falhas em áreas como a comunicação e interação com os outros, acarretando problemáticas a nível psicossocial (Cascio, 2010).

Em alguns casos, estes sintomas só se tornam realmente evidentes por volta dos 18 meses de vida. No entanto, na generalidade dos casos, tendo já surgido algum tipo de problema de saúde que tenha requerido a atenção médica, os pais já se encontram informados acerca do diagnóstico da criança antes mesmo das alterações do funcionamento motor serem nitidamente evidentes (Bax *et al.*, 2005; Platt *et al.*, 2007).

Prevalência

Devido aos avanços da medicina, aos crescentes cuidados médicos e consciencialização dos progenitores para uma gravidez segura, existe uma percentagem cada vez maior dos casos de sobrevivência de bebés prematuros. Deste modo, sendo estes bebés, bebés de risco, houve também um conseqüente aumento da percentagem de

crianças diagnosticadas com paralisia cerebral após partos demasiado precoces. Este fenómeno teve grande impacto no aumento do índice de pessoas com paralisia cerebral no final do Século XX (Holditch-Davis *et al.*, 1999; Platt *et al.*, 2007).

Atualmente, a incidência mundial de indivíduos com paralisia cerebral tem-se mantido entre 1,5 a 2,5 por mil nascidos vivos (e.g., Arnaud *et al.*, 2008; Cansa *et al.*, 2008; Miller & Clark, 1998; Morris, 2007; Platt *et al.*, 2007; Winter, 2007).

A paralisia cerebral é a deficiência motora mais frequente na infância (Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, 2009; Krageloh-Manna & Cansab, 2009; Platt *et al.*, 2007; Ravn *et al.*, 2009) afetando cerca de 2,8% dos nados-vivos europeus (Vigilância Nacional de Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade, 2009).

Segundo os dados apresentados por Cansa *et al.* (2008), a paralisia cerebral é a incapacidade mais frequente depois da deficiência mental.

Causas

A paralisia cerebral é resultado de um dano cerebral, por ausência de oxigênio ou trauma ao cérebro imaturo, antes ou depois do nascimento da criança, onde poderão ocorrer alterações motoras e cognitivas leves ou severas de acordo com o local afetado e grau da lesão.

Os fatores de risco deste dano cerebral estão ligados a causas pré, peri ou pós-natais, com etiologia multifatorial. Segundo MacDonald e Burns (1999) estes fatores são o desenvolvimento anormal do cérebro da criança ainda no útero, hipoxia, hemorragia intracraniana, icterícia neonatal patológica, traumatismo ou um processo infeccioso.

De entre as causas pré natais, destacam-se o desenvolvimento congénito anormal do cérebro, particularmente do cerebelo; (Diament,1996; Krageloh-Mann, 2005; Resende, Nascimento & Leite, 2005; Piovesana, 2002); as infeções adquiridas pela mãe durante a gravidez (e.g. rubéola, toxoplasmose, sífilis, etc.), a incompatibilidade sanguínea causada pelo fator *Rh* ou por outros fatores; a exposição a raios X (e.g. Camargo, 1986; Pellegrino, 1997; Bax, 2000); a redução da pressão parcial do oxigênio; redução da concentração de hemoglobina; redução da superfície placentária; alterações da circulação materna; tumores uterinos; nós no cordão; cordão curto; ou malformações no cordão (Rotta, 2000). Estas causas justificam

aproximadamente 44% dos casos de paralisia cerebral (*e.g.* Bax, 2000; Camargo, 1986; Pellegrino, 1997).

No que diz respeito às causas peri-natais, podem ser subdivididas em fatores maternos, fatores fetais e fatores do parto (Rotta, 2000). Quanto aos fatores maternos podem ser, a idade da mãe; problemas ao nível céfalo-pélvico; anomalias da placenta; anomalias da contração uterina; narcose e anestesia. Relativamente aos fatores fetais podem ser a primogenitura; a prematuridade; a imaturidade; a gemelaridade; malformações fetais; e macrossomia fetal. Já os fatores do parto poderão ser o parto instrumental; anomalias de posição; a duração de trabalho de parto; ou anoxia perinatal (Souza & Ferrareto, 1998). Estes fatores representam 27% das causas para os casos de paralisia cerebral (*e.g.* Bax, 2000; Camargo, 1986; Pellegrino, 1997).

Já em relação às causas pós-natais, encontramos fatores como a lesão traumática do cérebro no momento do nascimento, geralmente decorrente de trabalho de parto prolongado ou uso de fórceps; acidentes vasculares; anoxias por causas diversas; meningites; hidrocefalia; alterações vasculares (*e.g.* Bax, 2000; Camargo, 1986; Pellegrino, 1997; Rotta, 2000); ou infeções cerebrais (encefalite) (Diament, 1996; Krageloh-Mann, 2005; Piovesana, 2002; Resende, Nascimento & Leite, 2005). Estas problemáticas justificam cerca de 5% dos casos de paralisia cerebral (*e.g.* Bax, 2000; Camargo, 1986; Pellegrino, 1997).

À parte dos fatores acima enunciados 24% das causas deste diagnóstico são desconhecidas (*e.g.* Bax, 2000; Camargo, 1986; Pellegrino, 1997).

É ainda importante referir que em 2001 Ferrareto e Souza descreveram a existência de outros fatores predispositores ao desenvolvimento da paralisia cerebral. Tais como, a existência de uma história materna de abortos, ciclos menstruais muito longos e irregulares, doenças genéticas, atraso no crescimento fetal, gestação gemelar e apresentação fetal anómala.

Perturbações Associadas

Para além dos sintomas associados diretamente à paralisia cerebral, esta patologia comporta outras problemáticas de saúde física e mental. Assim, mais do que o distúrbio sensorio motor, característico da paralisia cerebral, a lesão cerebral poderá afetar outras áreas do cérebro.

Em termos médicos, mais relacionados com a saúde física, o sujeito poderá ser afetado em termos do seu desenvolvimento global apresentando problemas de audição, fala e linguagem, episódios de epilepsia, problemas de alimentação e salivação, nomeadamente disfagia, problemas na dentição e problemas nos intestinos e bexiga (Finnie, 2000; Levitt, 2001; Stokes, 2000).

Outros problemas relacionados com a insuficiência cerebral poderão surgir e manifestar-se em termos cognitivos e psicológicos. Estes são maioritariamente de natureza neurológica, desenvolvendo assim diagnósticos como a epilepsia, a deficiência mental, problemas de aprendizagem e distúrbio de hiperatividade e défice de atenção (Bax *et al.*, 2007; Liptak & Accardo, 2004; Miller & Clark, 1998; Rosenbaum *et al.*, 2006).

No que diz respeito ao diagnóstico diferencial, é importante excluir todos os casos que, apresentando problemas de postura e movimento, sejam de curta duração e provenham de uma doença progressiva ou associados à deficiência mental (Bax *et al.*, 2005; McLaughlin, 2007). Do mesmo modo, não se poderá considerar o diagnóstico de paralisia cerebral, casos em que os problemas motores surgem após os 5 anos de idade. Isto porque, nestas circunstâncias, os problemas motores apresentam características significativamente diferentes dos problemas motores da paralisia cerebral (Miller & Bachrach, 1995).

Classificações da paralisia cerebral

Na literatura, várias são as propostas apresentadas no que diz respeito à forma como a paralisia cerebral pode ser classificada. No entanto, podemos dizer que a generalidade dos autores chega a consenso no facto de que esta classificação poderá ser feita tendo em conta os seguintes fatores: a qualidade do tónus muscular ou do movimento, o padrão de comprometimento motor, a localização anatómica, ou a topografia do sintoma da lesão.

Até recentemente, esta classificação era na maioria dos casos, feita de acordo com a topografia e qualidade da incapacidade motora (Bax, 2000; Shevell *et al.*, 2009). No entanto, chegou-se à conclusão de que esta distinção era pouco fiável.

Como tal, foram feitas pesquisas baseadas na população e nos registos de paralisia cerebral, comparando informações de diversos centros. Desta forma, foi possível chegar a unanimidade entre diferentes profissionais. Assim, de modo a

promover a standardização da classificação dos tipos de paralisia cerebral foram distinguidos quatro subtipos principais da patologia: o unilateral espástico, o bilateral espástico, o disquinético e o atáxico (Cansa *et al.*, 2008).

Criou-se assim um sistema de classificação do sistema motor, o *Sistema de Classificação do Funcionamento do Sistema Motor* (GMFCS) que permitiu a standardização e deu um importante passo para uma definição universal da paralisia cerebral (Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral, 2007; Morris *et al.*, 2006; Shevell *et al.*, 2009; Wood & Rosenbaum, 2000; Wu *et al.*, 2004).

No entanto, existe grande variabilidade de um indivíduo para o outro em termos de capacidade motora, coordenação e grau de severidade dos demais sintomas e portanto, não existe um perfil normativo que se adapte eficazmente à generalidade dos indivíduos com este diagnóstico. Isto obriga a que os técnicos das várias áreas que trabalham com pessoas com paralisia cerebral adotem uma abordagem centralizada na individualidade de cada sujeito.

Crenças parentais

A família é o primeiro espaço onde a criança se integra e onde vai estruturar a sua personalidade. É a primeira instituição social que assegura e responde a determinadas necessidades tais como amor, carinho, afeto, alimentação, proteção e socialização (Relvas, 1996). É assim a estrutura social básica que possibilita o processo de sobrevivência do indivíduo (Cervený & Berthoud, 1997; Soifer, 1982). Portanto, ao olhar ‘a família’, ‘a psicologia’ tem de o fazer como um todo, perante uma perspetiva holística. Só assim este sistema pode verdadeiramente ser compreendido.

Posto isto, é necessário compreender que a família, enquanto sistema, enquanto estrutura, nunca é estática, encontra-se em constante mutação. Parte dessa mutação, deve-se à ‘entrada e saída’ de novos membros. Como tal, o nascimento de um filho transforma a família, ou seja, a paternidade e maternidade é uma mutação fulcral no ciclo de vida familiar já que, ainda que o casal possa eventualmente separar-se, este sistema sobrevive, fazendo com que a família avance uma geração (Carter & McGoldrick, 2001).

A espécie humana é caracterizada pelo instinto de cuidar e pelo investimento dos progenitores no bem-estar físico e psicológico dos seus descendentes (Lordelo,

2002). Desta forma, é absolutamente pertinente que se compreenda as crenças parentais e o modo como estas determinam as práticas educativas dos pais para com os seus filhos (Goodnow, 1996).

As crenças são estruturas cognitivas básicas que fundamentam as atitudes, intenções e comportamentos de um indivíduo e que representam as informações que este tem acerca de um objeto, associando este objeto a um atributo. O objeto da crença poderá ser uma pessoa, um grupo de pessoas, um comportamento ou uma situação (Freitas & Andrade, 2004).

Dentro do seio familiar, a perspetiva do nascimento de um filho, faz com que os pais organizem um sistema de crenças parentais ou etnoteorias. Este sistema tem por base um conjunto de expectativas e conceções que influenciam e determinam as atividades do quotidiano, os julgamentos, as escolhas e decisões que os pais tomam. A partir deste sistema de crenças, estes cuidadores definem os seus modelos e estilos parentais (Lighfoot & Valsiner, 1992; Suizzo, 2002).

Desta forma, através das suas crenças sobre o que é pessoal ou socialmente desejável, os pais estabelecem objetivos e determinam as suas ações e as suas escolhas ao longo do processo de desenvolvimento dos filhos como forma de persecução desses mesmos objetivos (Dessen, 2005; Keller, Lohaus & cols., 2003; Seidl de Moura et al., 2004).

Apesar de este ser um sistema muito relacionado com os processos internos de pensamento de cada indivíduo, é também extremamente motivado pelas ideologias do sistema cultural em que a família se insere (Lighfoot & Valsiner, 1992; Suizzo, 2002).

É sabido que o desenvolvimento de uma criança é fortemente influenciado por variáveis relacionadas com o contexto familiar (Coutinho, 2004). Da mesma forma que *um dos aspetos culturais mais relevantes para a compreensão do desenvolvimento humano refere-se aos valores, crenças e práticas predominantes em uma determinada cultura* (Dessen, 2005).

Assim as crianças crescem num contexto familiar e social repleto de expectativas, crenças, valores e metas que acabam por determinar os limites e possibilidades para seu desenvolvimento (Seidl de Moura, 2005).

A influência das crenças parentais no desenvolvimento de uma criança com paralisia cerebral

É sabido que existe uma forte relação entre as crenças dos pais e o comportamento, a saúde e o desenvolvimento dos seus filhos (Keller, Hentschel & cols., 2004; Keller, Lohaus, & cols., 2003; Lamm & Keller, 2007; Lordelo & cols., 2000). Como tal, é essencial a compreensão da influência deste fator no desenvolvimento de uma criança que cresça com a presença de um outro fator tão limitador como é o da existência de uma doença crónica.

Desta forma, é necessário que, ao lidar com uma criança com paralisia cerebral, se tenha a consciência de que à parte de todas as ‘lutas’ que a própria patologia implica, a forma como os pais concebem uma noção do seu próprio filho poderá ser tão ou mais determinante para um processo de desenvolvimento positivo.

Aquando o nascimento de uma criança, as famílias esperam e idealizam o seu filho e, quando em vez de o ‘filho sonhado’ nasce um bebé com necessidades e cuidados muito próprios, os pais atravessam um período de luto, associado à perda do “filho idealizado” (Correia & Serrano, 1997).

Esta perda do ‘filho idealizado’ em detrimento da presença de uma deficiência implica em muitos casos um processo de luto. Segundo Panigua (2004) as reações emocionais dos pais demoram a ser assimiladas e, por vezes não chegam a ser por completo. De modo que as etapas pelas quais os pais passam para a aceitação do facto são em tudo semelhantes ao luto, um luto no campo psíquico pela perda do filho ideal e perfeito.

Este luto traz consequências e possíveis riscos psicológicos relacionados com a maternidade e a paternidade (Amiralian, & Becker, 1992; Buscaglia, 1994; D’Angelo, & Rizzo, 1998; Marques, 1995; Ribas, 1994; Rotta, 1997; Werneck, 1992.), o que por sua vez, poderá afetar a qualidade das interações dos pais com a criança e o seu processo de desenvolvimento.

É de ressaltar que este processo de aceitação da doença é altamente influenciado pela forma como a notícia acerca do diagnóstico é dada (Coutinho, 1997; Cunningham, Morgan & McGuken, in Brandão, 1999;). Da mesma forma que a altura em que a notícia é dada e a disponibilidade de informação acerca da doença, são igualmente determinantes para um ajustamento adequado da família à nova situação (Palha, 1994).

II – Objetivos

Dado início ao meu estágio curricular, foi-me indicado um caso de uma criança com paralisia cerebral. A esta altura, tudo o que eu sabia acerca desta criança era precisamente isto, o seu diagnóstico, a criança tinha paralisia cerebral. Posto isto, imediatamente procurei estudar as características inerentes à patologia e perceber quais as limitações com que me iria defrontar. Quase que automaticamente, as minhas preocupações focaram-se nas dificuldades que a criança teria em movimentar-se, em comunicar comigo ou até mesmo em compreender-me.

Muito rapidamente notei a minha ignorância face à realidade do que é a paralisia cerebral e especificamente à realidade das necessidades daquela criança em específico. Tornou-se, para mim própria, um caso de estudo.

Ao acompanhar esta criança, identificada como um caso em perspectiva (Stake, 2012), estava envolvida na intencionalidade do seu acompanhamento. Mais do que escolhido, o caso foi-me dado e aceite na necessidade de compreensão global do caso como sistema integrado. E por assumir que o estudar este caso particular poderia alcançar um conhecimento mais profundo sobre a paralisia cerebral e sobre a pessoa com paralisia cerebral e da pessoa no seu sistema familiar, o estudo de caso é instrumental (Stake, 2012) já que visa alcançar uma compreensão do caso além da pessoa específica. Pelas restrições e interesses, emergiu a necessidade de orientar o estudo para a exploração da natureza das limitações que, por hipótese, seriam acentuadamente de ordem socioemocional, mais até, do que de cariz cognitivo e motor, cujo compromisso se associa ao quadro da paralisia cerebral.

Esta formulação do caso focada no domínio socioemocional decorreu da recolha de indicadores pela observação triangulada do contacto direto com a criança, com os seus pais, da avaliação realizada e do historial do caso na escola e na relação com os outros significativos. Rapidamente percebi que existia uma forte incidência das crenças dos progenitores na inibição de várias ocasiões de vivência da menina, aparentemente mais influentes nas suas rotina de vida do que as próprias características e dificuldades inerentes à patologia.

Desta forma, decidi tornar esta possibilidade de estudo para desenvolver a minha experiência de investigação, e abordar a temática da paralisia cerebral sob a perspectiva do compromisso socioafetivo marcada pela influência parental no

desenvolvimento, sob uma metodologia de um estudo de caso único. Estando ciente das vantagens e desvantagens de uma tal abordagem metodológica, a minha principal motivação é a possibilidade de olhar para a pessoa, centrar-me nas suas características e contextos e conhecê-la realmente. Sendo a tese uma fase crucial do meu processo de aprendizagem encontro nesta modalidade, uma forma mais educativa e ilustrativa da realidade da paralisia cerebral. Do mesmo modo que me permite o contacto direto e o estabelecimento de uma relação próxima com um caso exemplificativo da temática abordada, ao invés de uma análise distante do tema, tendo em conta somente a revisão da bibliografia existente ou a análise de outros indicadores empíricos, na lógica de um trabalho quantitativo.

Posto isto, o meu principal objetivo é, a partir da descrição e do estudo exaustivo deste caso, constatar a influência das crenças parentais no desenvolvimento da criança em termos socioemocionais.

III- Metodologia

Apresentação do caso

Este caso chegou até mim durante o meu estágio curricular, o qual decorreu num agrupamento de escolas. Como já referi, num primeiro instante, ao tomar conhecimento de que iria acompanhar esta criança, a minha atenção focou-se imediatamente numa série de preconceitos acerca de quais seriam as suas necessidades. No entanto, quando tive acesso ao pedido de encaminhamento, aos motivos de sinalização da aluna e ao falar com a psicóloga que tinha acompanhado a criança no ano letivo anterior comecei a desmistificar um pouco as minhas ideias pré concebidas do que seria este caso.

Assim conheci a V., uma menina de 12 anos, com o diagnóstico de paralisia cerebral tetraparésia espástica de predomínio do membro inferior direito. Os pais, em conjunto com a diretora de turma, encaminharam a V. para o Serviço de Psicologia e Orientação da escola no ano letivo passado (2012/2013). Os principais motivos indicados para este encaminhamento foram a distração que a menina apresentava, o isolamento em relação aos colegas e a grande dificuldade que tinha em aceitar e lidar com a doença.

No primeiro contacto direto que tive com os pais, procurei explorar o pedido do encaminhamento e perceber melhor as razões previamente indicadas. Desta forma, pude então constatar que as dificuldades apresentadas no pedido de encaminhamento não eram suficientemente esclarecedoras da real situação. Para além das três razões acima apresentadas, os pais demonstraram especial preocupação com a falta de autonomia da V. e uma imensa dificuldade em saber como lidar com a filha quando esta se sente contrariada. Descreveram ainda que a V. tinha medo de adormecer e portanto, antes de ir dormir tinha que cumprir uma série de rituais; que dormia na cama dos pais todas as noites; insistia em deitar-se à meia-noite ou depois, e que por isso, de manhã, tinha muita dificuldade em acordar; tinha muita dificuldade em ser pontual; era muito impaciente e ansiosa, questionando-os diversas vezes sobre um assunto e sem deixar que terminassem a explicação, saltava para outro assunto; ainda, foi pontuado que fazia uma má alimentação porque tinha pouco apetite e gostos muito restritivos.

Avaliação do Caso

Procedimentos e instrumentos de avaliação

O acompanhamento deste caso teve início a 19 de Novembro de 2013 e finalizou-se no dia 25 de Junho de 2014, sendo que foram realizadas 24 sessões de 45 minutos. De seguida irei apresentar os procedimentos e instrumentos utilizados para o levantamento de informação pertinente para a avaliação deste caso.

- O primeiro contacto com este caso foi feito através de uma reunião com os pais e com a psicóloga que tinha acompanhado a V. no ano letivo anterior. Nesta reunião foi-me esclarecido o cariz das dificuldades da jovem e debatidas algumas estratégias e mudanças ocorridas no ano anterior através do acompanhamento psicológico. No final desta reunião a psicóloga relatou-me algumas questões acerca da vida da jovem, mais relacionadas com a anamnese, uma vez que a entrevista de anamnese não foi repetida. Sendo o meu trabalho um trabalho de continuação do processo de acompanhamento da outra colega, não faria sentido repetir este procedimento para não despender mais tempo aos pais com as mesmas questões, e

pelo facto de me encontrar num contexto escolar, que delimitava um pouco em termos de flexibilidade de horários.

- De seguida tive uma sessão inicial com a V., ainda na presença da outra psicóloga. Esta sessão teve por objetivo estabelecer contacto com a menina num ambiente que lhe fosse mais acolhedor. Nesta sessão procurei que a V. me descrevesse quais as suas necessidades, percebidas na primeira pessoa, dizendo-me assim o que gostaria que mudasse através do acompanhamento psicológico.
- De modo a conhecer melhor a história de vida da V. e explorar algumas temáticas do seu contexto familiar e social, o passo seguinte foi a realização de uma entrevista semiestruturada – *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)* – S.H. McConaughy & T.M. Achenbach, 1994; versão traduzida e adaptada por M.S. Araújo, M. Gonçalves & M.J. Teixeira, 1996).
- De forma a avaliar os sintomas emocionais e comportamentais recorri à *Child Behavior Checklist (CBCL)*- T.M. Achenbach, 1991; versão traduzida por A.C. Fonseca, M.R. Simões, J.P. Almeida, M. Gonçalves & P. Dias), à *Youth Self Report (YSR)* - T.M. Achenbach, 1991; traduzido por J. Paulo Almeida) e à *Teacher Report Form (TRF)* – T.M. Achenbach, 1991; versão traduzida por A.C. Fonseca, M.R. Simões, J.P. Almeida, M. Gonçalves & P. Dias). Assim, obtive informação, não só da própria V. mas também dos seus pais e da diretora de turma.
- De seguida, de modo a avaliar a intensidade e a natureza dos medos descritos pela jovem, foi-lhe aplicado o *Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)*- Ollendick, 1983; versão traduzida por Dias & Gonçalves, 1999).
- Após a cotação do **YSR** pude denotar que a V. avaliou o item 40 (Oíço sons ou vozes que mais ninguém parece ser capaz de ouvir) com uma pontuação de 2. Portanto, de modo a perceber melhor o porquê desta resposta, criei e apliquei um questionário de despiste.¹

¹No anexo I apresento o questionário.

- No seguimento de uma consulta de psicologia da Associação do Porto de Paralisia Cerebral (APPC), durante a qual a psicóloga colocou a hipótese de a V. possuir uma Perturbação Obsessivo- Compulsiva, os pais e a V. ficaram muito alarmados. Posto isto, criei um questionário que me permitisse explorar melhor alguma das características da jovem que levantavam esta questão.²
- Após esclarecer as minhas dúvidas entrei em contacto com a psicóloga da APPC através de telefonema. Pudemos assim debater algumas características da V. e pudemos também excluir esta hipótese de diagnóstico. No entanto concluímos que o encaminhamento para uma consulta de pedopsiquiatria seria o mais sensato.
- Outras informações acerca do percurso desta criança foram sendo recolhidas através da consulta ao Processo Individual do Aluno (P.I.A.).

Contextualização do caso

História Pessoal

A V. é filha única e mora com os dois progenitores. Esta família vive num contexto socioeconómico médio, existindo no entanto fortes preocupações em relação à situação económica, sendo que ambas as instituições empregadoras do pai e da mãe se encontram em dificuldades existindo a possibilidade de despedimento.

Aquando a gravidez da V. não surgiu qualquer tipo de problema, a bebé era saudável e apresentava um desenvolvimento normal. Também na altura do parto tudo correu normalmente e a bebé veio para casa com os pais. Foi nesta altura que o pai, ao ler os documentos que vinham do hospital reparou num relatório que descrevia algumas complicações durante o parto e no qual era afirmado que a bebé sofria de paralisia cerebral. Naturalmente, recorreram ao hospital para encontrar respostas e foi nesta altura que lhes explicaram que a V. tinha paralisia cerebral e que as probabilidades de ter um desenvolvimento cognitivo e motor ‘normal’ eram muito poucas, sendo uma bebé muito frágil e com perspetivas de saúde muito debilitadas podendo nunca chegar a andar ou falar.

² No anexo II apresento o questionário de despiste da Perturbação Obsessivo- Compulsiva.

No entanto, ao contrário do previsto, a situação de saúde da V. foi sempre evoluindo de forma bastante positiva. Os pais demonstraram-se sempre prestadores de saúde facilitadores ao processo de desenvolvimento e a criança foi sendo acompanhada desde cedo por diferentes técnicos de saúde. Segundo os relatórios do departamento de educação especial, atualmente a V. consegue assumir uma postura corporal mais próxima da simetria, em termos de marcha, apresenta uma marcha espástica mais próxima da simetria em relação à cadência e semipassos e utiliza funcionalmente as mãos no manuseamento de objetos e na execução de atividades. Tem, no entanto algumas limitações a correr e saltar, tornando-se mais descoordenada e assimétrica, tem algumas dificuldades a vestir e despir roupa no tronco superior e dificuldade em termos de velocidade na motricidade fina, por exemplo a escrever.

Em termos de apoios médicos, a V. é acompanhada no Hospital de Vila Nova de Gaia nas consultas de neuropediatria, ortopedia, fisioterapia e endocrinologia. É também acompanhada periodicamente no centro de reabilitação da Associação Do Porto De Paralisia Cerebral (APPC) em consultas de psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala.

No que diz respeito a medicação, a menina esteve medicada com *Concerta* de modo a controlar a sua distratibilidade, no entanto os pais tomaram a opção (com o conhecimento do médico de família) de retirar o medicamento devido aos efeitos secundários. Em Abril de 2014 a V. iniciou um tratamento para a tiroide devido aos valores se encontrarem demasiado altos relativamente aos anticorpos, passando a tomar *Levotiroxina Sódica*.

Dinâmica e Relações Familiares

Desde que nasceu, a V. nunca dormiu sozinha, dormindo então na cama dos pais. Quando era ainda bebé os pais temiam que pudesse ter ataques epiléticos durante a noite e pudesse sufocar, já que esta possibilidade foi apresentada por um médico. Desta forma, mesmo quando perceberam que este risco não existia já a V. tinha crescido o suficiente para se recusar a abandonar a cama dos pais e para se aperceber dos medos existentes em torno do ‘dormir’. Desde então foram feitas algumas tentativas, porém, segundo os pais, ainda que consigam convencer a V. a dormir sozinha, esta não adormece e volta para o quarto dos pais a meio da noite. Referem ainda que apesar de ter medo de adormecer, dorme o resto da noite tranquilamente.

Segundo os relatos da psicóloga da escola que tinha acompanhado a V. no ano anterior e da psicóloga da APPC, o facto acima apresentado é um dos motivos para que a relação do casal se encontre bastante fragilizada pelo que, supostamente, o matrimónio permanece somente pelas ‘carências’ da filha. Apesar de manter em mente a noção desta possibilidade, não pude inferir qualquer conclusão acerca deste facto, sendo que o casal me pareceu sempre bastante coerente e concordante no que diz respeito às suas percepções acerca da filha e no que diz respeito à sua colaboração na relação terapêutica e de monitorização educativa na articulação escola-família. No entanto, como já referi, assumo que esta possibilidade poderá fazer sentido devido à falta de autonomia da V. e à falta de ‘tempo’ para viverem como casal e poderá, por isso, funcionar como um fator desestabilizador no seio desta família afetando consequentemente a qualidade de vida dos seus intervenientes.

Findler (2000), Cassarin (2001), Carter (2001), Castro, & Piccinini (2002) e Boling, Macrina, & Clancy (2003) verificaram que em famílias de crianças com deficiência, a mãe aparece como organizadora da família, como membro mais próximo e como figura de referência para o apoio à criança. Nesta família pude rever estas afirmações. Sendo que a própria V. descreve que se dá bem com os dois, mas que a mãe é com quem ela mais fala e em quem mais se apoia.

Os pais referem que um outro problema familiar é a grande dificuldade que têm em fazer com que a V. aceite as suas indicações e aceite ser contrariada. Descrevem que o seu comportamento é desobediente, persistindo e desafiando, mesmo quando é castigada. Porém, dizem que após estes momentos de maior discórdia, a V. aceita bem e cumpre os castigos, chegando a mostrar-se arrependida das suas reações para com os pais quando está mais descontrolada.

É também de salientar que uma problemática evidente nesta unidade familiar é a condição de saúde do avô paterno, o qual tem Alzheimer e Parkinson.

Dinâmica e Relação Interpessoal com Pares

A V. demonstra algumas dificuldades na sua capacidade de criar relações de amizade com os pares e, principalmente, em geri-las e mantê-las. Logo na primeira sessão, a jovem referiu algumas colegas com quem se dava mal na turma e ao longo de todo o processo de atendimento, quase todas as semanas relatava conflitos com as colegas, ou outras crianças da escola, referindo diversas vezes que gozavam com ela ou

diziam mal dela. No entanto, referia também que achava que ela própria era “chata e mandona” com os amigos.

Para além disto, uma das suas grandes dificuldades em termos de socialização e inserção na comunidade é o facto de não gostar de contactar com pessoas que tenham algum tipo de deficiência mental ou motora. A V. diz que se sente mal porque sabe que é errado mas que tem medo ou tem vontade de rir sempre que está com alguma pessoa com deficiência. Os pais demonstram-se também alerta e preocupados com este fator uma vez que dizem que a V. chega a ser “cruel”.

Também a diretora de turma relata a dificuldade da jovem em manter relacionamentos e controlar as interações com os pares de “maneira contextual e socialmente apropriada”, refere ainda que por vezes a jovem chega a ser agressiva com os colegas.

Percurso Escolar

A V. completou este ano letivo (2013/2014) o 6º ano de escolaridade sem nunca ter reprovado. Possui um Programa Educativo Individual com adequações curriculares a Português e a Matemática. Deste Programa Educativo Individual fazem parte medidas de apoio, como mais tempo durante as provas escritas e a possibilidade de um professor ler o enunciado das provas.

Ao longo dos anos, na generalidade, os professores apontam as mesmas dificuldades. Relatam que a aluna tem dificuldade em concentrar-se numa atividade e consequentemente em gerir o tempo de que dispõe, precisando de apoio e incentivo constante de um adulto para concluir a tarefa. Referem que a V. precisa de “cultivar a sua autoestima” e procurar melhorar a sua pontualidade. No que diz respeito aos seus pontos fortes, vão oscilando muito de disciplina para disciplina e ao longo do tempo. Os pontos que mais se destacam são o seu empenho e interesse e a sua facilidade em compreender a informação integrando conceitos sem dificuldade.

É relevante ainda, o facto de a V. dispor de apoios e de uma grande sensibilidade por parte dos auxiliares de educação que a acompanham em diversas situações, tais como quando tem de almoçar sozinha na cantina ou como foi o caso do corta mato em que uma auxiliar acompanhou a aluna uma vez que esta tinha medo de fazer o percurso sozinha. Este fator é, por um lado, extremamente importante para a integração da V. na escola e para que consiga ultrapassar as dificuldades motoras

existentes; por outro lado, é extremamente limitador, uma vez que os apoios são por vezes em demasia ou em exagero relativamente às reais dificuldades existentes. Isto impede que a jovem se integre no contexto escolar de forma semelhante aos restantes colegas, impedindo-a também de adquirir competências de autonomia e de resolução de problemas como seria de esperar em um indivíduo da sua idade e nas suas condições de saúde físicas e mentais.

Funcionamento psicossocial e emocional

Em termos emocionais, a V. foi apresentando uma grande facilidade em comunicar e expor situações da sua vida pessoal, no entanto demonstrando sempre alguma dificuldade e uma certa imaturidade na expressão de emoções e descrição de sentimentos.

No seu discurso é possível denotar uma enorme desconfiança em relação às pessoas que a rodeiam. Um exemplo disto foi uma fase durante a qual a V. estava convencida de que dois professores do ATL teriam provocado um barulho na sala para propositadamente para a assustar e que se estariam a rir dela. Isto acarretou outras complicações como o evitamento em ir ao ATL.

Para além disto, a V. tem medos em relação a barulhos, à morte, a dormir (porque há pessoas que morrem a dormir), almoçar na cantina sozinha, ver pessoas com deficiência, andar à frente no carro ou no autocarro, ou em outras situações específicas que sejam para ela novidade. A análise dos resultados apresentados pela **FSSC-R** foi concordante com os fatores acima apresentados, uma vez que apesar de os valores terem sido dentro da média em todas as categorias de medos, a V. pontuou em todos os fatores várias vezes. Uma análise qualitativa deste instrumento permitiu-me perceber que apesar de a V. não indicar a presença de medos patológicos, tem muitos medos de muitas coisas. Pude também perceber através da aplicação deste teste e pelas verbalizações da jovem ao longo do processo de avaliação/intervenção que os medos da V. se resumem ao medo de ter medo.

Uma outra questão problemática para esta jovem é o facto de ter ataques de riso em contextos sociais mesmo que tal não seja apropriado ao momento. Refere que mesmo que algo não tenha propriamente piada, se começar a rir não consegue parar, mesmo que seja advertida por um professor, pelos pais ou até mesmo pelos colegas.

Esta situação é muito constrangedora para a V. que por diversas vezes trouxe esta temática para a consulta, pedindo ajuda para perceber porque tal acontecia e para saber como haveria de parar.

Quanto aos sintomas emocionais e comportamentais avaliados através de testes formais, relativamente à análise dos resultados da **YSR** pude concluir que não houve resultados significativos. Já a **CBCL** demonstra resultados ligeiramente acima da média, quer nas escalas de problemas de internalização como nas escalas de externalização. É também de ressaltar que a escala de problemas de atenção foi a escala com resultados mais elevados. Por sua vez, a **TRF** apresentou resultados muito abaixo da média. Não consegui assim encontrar qualquer concordância aparente entre estes três instrumentos, apenas o impacto do quadro, primeiramente, na percepção dos pais, depois, da V. e, por último, dos professores, neste caso, sem expressão de significado preocupante.

Observação Comportamental

Ao nível físico, a V. apresenta-se nos atendimentos como uma criança sempre com uma aparência cuidada e asseada, ainda que por vezes tenha o cabelo sujo ou despenteado, facto que os pais referem que se deve à sua vontade de fazer os seus cuidados de higiene sozinha, mesmo tendo dificuldade em elevar os membros superiores. A um primeiro contacto a V. não deixa transparecer nenhum problema motor. No entanto estes tornam-se mais evidentes quando tenta correr ou caminhar rápido, quando sobe escadas, eleva os membros superiores ou por vezes em tarefas que impliquem motricidade fina, como por exemplo pôr o cabelo atrás das orelhas ou escrever.

O seu comportamento não-verbal sugere que a V. é uma criança ansiosa, o que se evidencia por risos “nervosos”. Outras vezes, apesar de continuar extremamente cooperante e participativa, apresenta-se com uma expressão facial um pouco apática, tornando-se mais lenta nas respostas que dá ou pedindo para repetir as perguntas. Nestas situações, quando questionada, dizia que estava cansada o que me parece concebível devido ao horário tardio em que vai para a cama e as dificuldades que tem em adormecer.

Contrariamente às restantes relações com adultos, a relação que a V. estabeleceu comigo, nunca foi afetada por qualquer tipo de desconfiança. Rapidamente a jovem se adaptou ao contexto de consulta, apresentando até uma certa ‘dependência’ (fator este mais normativo no estilo de relações que estabelece com os adultos), mostrando-se extremamente ansiosa para estar comigo e muito rapidamente começar a falar sobre algum evento que tivesse sucedido ou alguma dúvida que quisesse esclarecer. Sendo que quase todas as sessões, ainda antes de se sentar, a V. começasse a relatar sucedidos.

Para além disto, pediu diversas vezes se podia ter uma sessão mais longa ou então mais do que uma por semana. Este pedido foi-lhe negado, pelo facto de não considerar benéfico para a jovem, uma vez que grande parte das suas problemáticas estão possivelmente relacionadas com a sua forte dependência em relação aos adultos. Tendo a V. estabelecido uma relação tão ‘próxima’ de mim, considerei melhor negar este pedido para manter alguma distância que me permitisse regular a nossa relação e mantê-la terapêutica, ao mesmo tempo que procurei dar espaço para que a V. ganhasse mais autonomia na gestão dos seus próprios conflitos.

Plano de intervenção

Partindo das informações que pude recolher durante o processo de avaliação deste caso, foi-me possível determinar alguns pontos problemáticos no que diz respeito à saúde mental da jovem, mais especificamente no que diz respeito às questões socioemocionais. Para além dos aspetos por mim determinados como pontos a trabalhar, tive em conta os pedidos da família e os pedidos da própria V. A inclusão da família no processo terapêutico é de grande importância, e por isso devemos ter em atenção os seus pedidos e compreender a dinâmica familiar, para que assim possamos agir sobre o processo (Mangia & Barros, 2008). Tendo em conta a opinião de todos os intervenientes no processo terapêutico, estabeleci então alguns objetivos.

Desta forma, o processo de intervenção teve por base um trabalho focado nos seguintes objetivos gerais: promover o **autoconceito** e **autoestima** da V. (profundamente “deturpados” pelas crenças relativas à paralisia cerebral); diminuir os problemas de **ansiedade**; controlar e diminuir os **medos**; e a aumentar a **autonomia**. De modo a alcançar estes objetivos gerais foi necessário determinar objetivos mais específicos e concretos a trabalhar. Objetivos estes que aparentam ter a V. como

principal alvo da intervenção, no entanto têm também como propósito subentendido mudar as crenças dos pais. Isto porque, ao alcançar os objetivos determinados, estaria simultaneamente a confrontar dos pais com as capacidades da V. e mal-entendidos relativos à sua doença. Ou seja, as possíveis melhorias que pudessem ocorrer seriam graças à mudança de atitude da V. e consequente mudança da forma como os pais a viam e com ela pudessem lidar, não por qualquer outra alteração na sua condição médica, já que esta permanece, mas por um conjunto de dinâmicas de maximização de potencial. Isto permite-me confirmar que as crenças parentais têm um peso determinante para a V., além o seu estado de saúde físico associado à paralisia cerebral.

De seguida, apresento os objetivos específicos estabelecidos para a intervenção:

Objetivos específicos

- 1º Estabelecimento de uma relação terapêutica;
- 2º Dormir sozinha;
- 3º Melhorar a alimentação;
- 4º Melhorar o desempenho escolar;
- 5º Reduzir os atrasos;
- 6º Gerir e controlar os medos;
- 7º Gerir a ansiedade;
- 8º Estimular a identificação de emoções e sentimentos em si e nos outros;
- 9º Aumentar a capacidade de resolução de problemas;
- 10º Desenvolver a comunicação assertiva, empática e o respeito pelos outros.

Estratégias

Com base nos objetivos prévios foi então necessário estabelecer estratégias adequadas aos mesmos. As estratégias utilizadas ao longo do processo de intervenção foram as seguintes:

- **Recolha de informação**

A recolha do maior número de informação com o maior número possível de informadores é elementar para uma intervenção adequada às necessidades da criança (Gianoli & Tolin, 2012) e foi esta triangulação (Stake, 2012) que me permitiu que as restantes estratégias fossem concordantes com as características específicas da V.

Esta recolha de informações foi realizada através das entrevistas iniciais, quer com os pais quer com a V., nas quais procurei explorar as características dos problemas apresentados, assim como através de conversas informais que foram ocorrendo ao longo de todo o processo de intervenção no início de cada sessão, ou também através dos contactos com os outros técnicos que acompanharam a jovem.

▪ **Exploração-*insight*-ação**

Tendo a noção das dificuldades desta jovem em estruturar o seu discurso interno, conhecer e compreender as suas próprias emoções e expressá-las adequadamente, estruturei ‘informalmente’ e quase que de forma intuitiva o processo de intervenção segundo as fases definidas pelo *Helping Skills System* (Hill & O’Brien, 1999, *cit in* Cunha, Gonçalves, Hill, Mendes, Sousa, & Greenberg, 2012).

Desta forma a intervenção estruturou-se em três momentos fundamentais: a fase inicial da exploração, onde procurei perceber as dificuldades e problemas da paciente identificada; a fase intermédia do *insight*, onde procurei promover na V. a capacidade de compreender as próprias verbalizações e ações (neste fase tornei-me mais insistente em questionar o porquê das suas ações e foquei-me na desconstrução das ideias que a V. por vezes cria em relação a alguém ou a alguma coisa) e, finalmente, a fase final da ação, onde fui mais diretiva, quer com os pais, como com a V. em relação a aspetos práticos que poderiam fazer para mudar.

Tal como especifiquei previamente, esta estratégia foi estruturada de forma informal, isto é, estas três fases não tiveram um limite de tempo específico e delimitado, pelo que por vezes se foram cruzando, variando de fase consoante a temática. Ou seja, houve momentos em que um dos objetivos estava a ser trabalhado ainda numa fase de exploração enquanto outro estaria já na fase de ação por exemplo. Para além disto, ocorreram retrocessos inerentes aos avanços e recuos da recuperação da V.

▪ **Espaço de expressão e reflexão**

Uma estratégia essencial que acompanhou todo o processo de intervenção da V. foi o de a consulta funcionar como espaço de expressão e reflexão para a cliente.

O ser humano tem a capacidade, latente ou manifesta de compreender-se a si mesmo e resolver os seus problemas de modo suficiente para alcançar a satisfação e eficácia necessárias ao funcionamento adequado (Rogers & Kinget, 1977). Como tal, esta criança encontrou no espaço da consulta um ‘local seguro’ onde podia verbalizar tudo aquilo que pensava acerca da sua vida.

Ao longo de todo o processo a V. demonstrou ter uma forte necessidade de expressão pessoal, em ser reconhecida, compreendida e aceita. E, apesar de ser uma jovem como uma enorme vontade de que gostem dela, através da relação terapêutica que criámos, sentiu-se confiante o suficiente para falar mesmo acerca das coisas que a embaraçavam e inibiam.

Esta função da consulta tornou-se de tal forma constante que por vezes tive dificuldade em cumprir algumas das atividades que tinha estruturado para determinado atendimento devido ao tempo que a V. levava a relatar situações ou a explicar os seus sentimentos. Muitas das vezes eu permitia que tal acontecesse e disponibilizava este tempo tendo noção da importância destes momentos de abertura e partilha.

Acredito que esta estratégia foi realmente catártica para a V., isto porque muitas vezes a relação terapêutica é o próprio coração da psicoterapia, é o veículo da mudança terapêutica (Conte & Brandão, 1999).

▪ **Treino de competências parentais**

Segundo Miller (2008) os pais enquanto cuidadores de uma criança com deficiência devem estar envolvidos no processo de intervenção, de forma a conhecerem e trabalharem as suas necessidades familiares e as dos seus filhos. Desta forma, o principal objetivo na intervenção com pais é capacitá-los para identificarem e resolverem questões relacionadas com o diagnóstico.

Deste modo, os meus principais focos na intervenção com estes pais foram ajudar a conceber estratégias para lidarem com os problemas da filha e apoiá-los na consciencialização de que são capazes de o fazer, pelo que neste momento são os principais agentes de mudança na vida da filha. Sendo que as crianças permanecem a maior parte do tempo em casa, a participação dos pais no processo terapêutico é mais importante que o apoio psicológico dado durante a consulta (Val et al., 2005). Daí a importância da família como parte integrante do processo terapêutico e como coadjuvante do terapeuta.

Uma das questões que foram tratadas e provavelmente a que foi mais significativa foi o ‘treino’ de dormir sozinha. Este aspeto foi particularmente desafiante para a mãe, uma vez que esta situação a fazia sentir-se culpada e insegura no seu papel de cuidadora. A senhora tinha particular dificuldade em deixar a filha dormir no próprio quarto se ela a chamasse e principalmente se chorasse.

Foi então necessário inculcar na mãe a noção de que tinha que se convencer a ela própria de que a filha seria capaz de o fazer, e que só assim seria possível que a própria

V. se sentisse também capaz. Ou seja, que ela é capaz de muitas mais coisas e que eles, os pais, ao temerem e não a deixarem fazê-lo sozinha transmitem-lhe a mensagem de que ela não é realmente capaz. De modo a alcançar este objetivo as recomendações dadas aos pais tiveram por base os conceitos do *Método Estivill* (Estivill, 2007).

A par disto foi necessário afirmar a segurança de que não estava a ser “má” nem negligente com a filha ao incentivá-la a dormir sozinha, mesmo que tivesse medo e de que *a regra deverá ser: afeto antes de dormir, sossego depois, em camas separadas* (Sampaio, 2014).

Para isto foi importante fazer com que os pais percebessem que era absolutamente essencial que este obstáculo fosse ultrapassado para que a V. ultrapassasse muitos outros obstáculos relacionados com a sua falta de autonomia.

Com estes pais, uma outra chave na intervenção foi o reforçar constante do seu trabalho enquanto pais, sendo que *nenhuma técnica psicológica funcionará se o amor não funcionar* (Cury, 2003). A par disto foi também importante forçá-los a olhar a V. de uma outra forma, procurando chamar a atenção também para os seus pontos fortes e potencialidades ao invés de se focarem só nas suas dificuldades.

▪ **Livro *Brincar a prevenir***

Ao longo de determinadas sessões utilizei algumas tarefas do livro “Brincar a prevenir” que me permitiram o trabalho de reconhecimento de emoções da V. em si e nos outros, o desenvolvimento de empatia e a promoção do relacionamento interindividual. Isto permitiu-me, de alguma forma, trabalhar os conflitos existentes com os pares e alguma da desconfiança em relação aos outros fruto das dificuldades da V. em interpretar eficazmente as ‘mensagens’ dos outros.

▪ **Terapias Narrativas**

A forma como a linguagem constrói o *self* e o mundo tem implicações para o bem-estar dos indivíduos (Gonçalves & Gonçalves, 2001). Neste caso em particular, a linguagem da V. e da sua família é expressiva em relação ao peso que a paralisia cerebral tem nas suas vidas e na auto concepção da V.

Segundo Sluzki (cit. in Gonçalves & Gonçalves, 2001) a terapia pode ser entendida como um processo de “transformação do discurso”. Se o significado é gerado no âmbito dos processos linguísticos, então é a esses processos que devemos estar atentos. Deste modo, procurei ao longo das sessões ajustar o meu discurso às premissas deste tipo de terapia e ir desconstruindo os discursos erróneos e fomentar a externalização de que a pessoa não é o problema e que portanto, a V. não é a paralisia

cerebral, a V. **tem** paralisia cerebral. Tendo por base este tipo de terapia, foquei-me bastante no reforço das pequenas vitórias e na possibilidade de mudança.

Esta estratégia foi também o mote para o recurso à estratégia apresentada a seguir.

- **Livro *As aventuras da Joana contra o medo***

Ainda, tendo por base as terapias narrativas, utilizei este livro como forma de explorar os medos da V. Segundo Payne (2002), o processo de dar nome ao problema permite que o indivíduo, recorrendo a uma linguagem externalizadora, se desvincule do problema. Desta forma, a leitura deste livro em conjunto com a V. permitiu-me refletir com ela acerca dos seus próprios medos e sobre novas formas de poder lidar com eles.

- **Treino de relaxamento**

O treino de relaxamento é uma técnica comportamental que possibilita o controlo e diminuição do *stress* e ansiedade. Estas técnicas diminuem os níveis de ativação e permitem que a criança atinja um estado de relaxamento através de uma série de exercícios de contração e descontração muscular. Segundo Hipólito (2001), “o relaxamento é o caminho para a descoberta do corpo próprio, segmento por segmento, aumentando a permeabilidade entre o mundo exterior e o mundo interior do cliente”. Deste modo recorri às técnicas de relaxamento³ de Koeppen (1997), que me permitiu que a V. beneficiasse dos efeitos tranquilizantes desta técnica, ao mesmo tempo que lhe permitiu treinar a capacidade de estar mais centrada nas suas próprias sensações e emoções.

- ***GOSTARzinho***

Este jogo de tabuleiro foi uma ferramenta que eu decidi usar de modo a explorar temáticas relacionadas *com o* autoconhecimento, autoestima, autoconfiança; comunicação, tomadas de decisão, e resolução de conflitos. Esta estratégia permitiu-me abordar os assuntos acima referidos de forma menos estruturada e com uma vertente mais lúdica que permitiram que a V. se sentisse mais livre para a sua autoexpressão e conhecimento, ao mesmo tempo que foi uma estratégia fortalecedora da relação terapêutica.

- **Exposição a situações que implicam autonomia**

Com o apoio dos pais e outros agentes do meio escolar, foi possível expor a V. a situações, para ela, geradoras de alguma ansiedade e insegurança, de forma controlada.

³ No anexo III apresento o guião utilizado.

Situações como, por exemplo, a participação no corta-mato sozinha (situação temida pela V. pelo medo dos barulhos e medo de se perder), almoço na cantina da escola sozinha, ou a visita de estudo à Casa da Música (que seria uma situação ansiogénica devido aos barulhos).

Esta estratégia implicou também o trabalho com os pais, de forma a incutir neles a noção de que para a V. mudar eles teriam que mudar com ela. Nomeadamente, teriam que controlar as suas próprias ansiedades em relação às coisas que ela conseguia efetivamente fazer sozinha, parando de culpabilizar a paralisia cerebral por essas limitações e deveriam perceber que ao demonstrarem medo estavam a transmitir a mensagem à V. de que ela não era realmente capaz confirmando e alimentando as suas crenças de dependência constante de um adulto.

▪ **Treino de consciência**

Tal como já foi referido, quando foi preenchido o YSR, pude reparar que a V. relatava que ouvia vozes ou sons que mais ninguém ouvia. Posto isto, procurei imediatamente questioná-la, de modo a perceber qual teria sido a interpretação dela em relação a esta questão. Sendo que a jovem não me conseguiu explicitar de forma conclusiva o que queria dizer com isto recorri a uma série de perguntas que me permitiam por um lado fazer uma breve avaliação acerca da possibilidade de este fator ser alarmante ou simplesmente uma dificuldade de interpretação, e, por outro lado, permitiu ter um efeito terapêutico através da automonitorização.

Ou seja, requeri à V. que fosse assinalando informações específicas acerca dos momentos em que ouvia as vozes (Anexo I). Este treino de consciência através da automonitorização permite que o indivíduo se foque nas circunstâncias nas quais o comportamento acontece, aumentando assim a consciência acerca do acontecimento (Franklin & Tolin, 2007). Esta estratégia permitiu-me inferir que as vozes que a V. dizia ouvir eram vozes ‘internas’ e que a jovem demonstrava consciência de que eram os seus próprios pensamentos e que mais ninguém os ouvia. Pude então concluir que não havia reais motivos de preocupação, devendo-se este facto somente a uma diferente interpretação da questão apresentada.

▪ **Prevenção de Recaída**

Esta estratégia, apesar de essencial a qualquer acompanhamento terapêutico foi, neste caso, fulcral devido ao facto de não existir uma garantia de continuação do acompanhamento psicológico e, caso haja, será continuado com um profissional diferente. Desta forma foi essencial capacitar esta jovem e a sua família para que

continuem a trabalhar os problemas ainda existentes de forma independente e para evitar retrocessos nas restantes conquistas.

Desta forma, dando conclusão ao processo de intervenção, procurei rever, com a V., o trabalho feito até então e focar-me, essencialmente, nos aspetos positivos alcançados através da terapia. Foi uma sessão de reflexão conjunta durante a qual lemos em conjunto as dificuldades que a V. descrevia e os objetivos que queria alcançar na primeira sessão que tivemos, revemos então as conquistas que foram alcançadas desde essa altura. Procurei desta forma reforçar os avanços conseguidos e as competências da V. para uma evolução positiva.

Refletimos também acerca das técnicas aprendidas para o controlo da ansiedade e dos medos e acerca da necessidade de um trabalho de continuação, ainda que com a V. a assumir um papel autónomo.

IV- Resultados

As famílias com crianças com necessidades especiais são uma população complexa e interessante de estudar, não só pelas implicações dos problemas motores e psíquicos da criança mas também por toda a complexidade de alterações que o próprio diagnóstico implica na dinâmica familiar.

Um dos principais motivos desta complexidade é o facto de o desenvolvimento de uma criança ser, em parte, considerado um produto das interações dinâmicas e contínuas entre a criança e a sua família. Como tal, a relação que a criança estabelece com os pais tem uma importância fulcral na promoção do seu desenvolvimento (*e.g.* Peterson et al., 1961 cit. in Pimentel & Menéres, 2003).

Foi com base nesta ideia que pus a hipótese de que muitas das limitações da V. seriam em grande parte devido à forma como foi criada e ao contexto familiar em que esteve inserida toda a vida, e não tanto devido às implicações ‘práticas’ que a patologia tem na sua vida. Desta forma, tendo-me proposto a analisar a influência das crenças parentais no desenvolvimento ‘normal’ de uma criança com paralisia cerebral, estruturei a minha intervenção, de modo a que os resultados que viesse a observar fossem, de alguma forma, um reflexo das mudanças da V. através da mudança das crenças dos seus progenitores. Assim irei analisar os resultados que pude obter através

do processo de acompanhamento psicológico desta família no que diz respeito aos 5 objetivos gerais propostos para esta intervenção.

Dos 4 objetivos gerais que foram estabelecidos (*trabalhar o autoconceito e autoestima da V. profundamente deturpados pelas crenças relativas à paralisia cerebral; diminuir os problemas de ansiedade; controlar e diminuir os medos; e a aumentar a autonomia*), posso seguramente dizer que dois deles foram cumpridos com bastante sucesso (*autoconceito e autoestima e autonomia*) e os outros dois foram só parcialmente atingidos.

Em relação ao objetivo de *trabalhar o autoconceito e autoestima da V. profundamente deturpados pelas crenças relativas à paralisia cerebral* posso dizer que as melhorias foram evidentes, a partir do momento em que se começou a denotar na criança uma maior capacidade de *insight*. Isto permitiu-lhe ter uma capacidade mais realista de ser ver a si própria e aos outros. Desta forma, a sua avaliação acerca das atitudes de outras pessoas para com ela foi-se tornando mais coerente. Esta maior capacidade de *insight* foi também evidente nos resultados da YSR uma vez que através de uma análise qualitativa foi possível perceber que as respostas dadas às questões se tornaram mais realistas e se denotou um decréscimo do fenómeno de desejabilidade.

Com as melhorias neste campo foi mais fácil comunicar com a V. e ser realmente ouvida e compreendida sem que ela utilizasse as sessões como um simples escape para “debitar” informações da sua vida somente por alívio pessoal sem qualquer tipo de reflexão acerca dessas informações. Isto, apesar de ser difícil alterar muitas das suas concepções mentais acerca do seu mundo externo, por serem concepções já extremamente solidificadas na sua personalidade e na forma como interpreta e percebe as situações e as pessoas e pelo facto de o tempo de intervenção ter sido consideravelmente pequeno para alterações tão significativas.

Foram assim visíveis as melhorias na sua disponibilidade para parar para refletir acerca da possibilidade de haver significados alternativos àqueles que ela daria, de uma forma automática, às coisas. Com isto foi possível alcançar outros objetivos específicos que tinham sido estabelecidos no início da intervenção, nomeadamente *melhorar o desempenho escolar e estimular a identificação de emoções e sentimentos em si e nos outros*.

Quanto à tarefa de *diminuir os problemas de ansiedade*, foi uma tarefa não tão bem sucedida, sendo que, apesar de ter sido exposta a algumas situações causadoras de ansiedade e, no meu ponto de vista, a sua receptividade a fazê-lo ter sido por si só um

avanço bastante positivo, acredito que a intervenção terapêutica não foi suficiente para que quer a V. como a família adquirissem ferramentas para ultrapassarem estes problemas de forma autónoma.

Acredito no entanto, que tal seria possível se continuassem a ter apoio psicológico enquanto família, pelo que, graças ao facto de serem todos tão disponíveis e pró-ativos, conseguiriam atingir outras melhorias que com o tempo disposto não conseguiram alcançar. Acredito ainda que seria fundamental que este acompanhamento fosse feito por um só terapeuta por um período mais prolongado, o que não tem acontecido até aqui por motivos económicos que impedem que a família possa aceder a apoios especializados em serviço privado, sendo que nas instituições públicas, tais como a escola ou o centro hospitalar, o acompanhamento feito não garante a duração nem a continuidade necessárias.

No que diz respeito ao objetivo *de controlar e diminuir os medos*, foi um objetivo que andou, inevitavelmente, lado a lado com o objetivo anterior relativo aos problemas de ansiedade. Desta forma, pelas mesmas razões acima apresentadas, os resultados não foram os mais desejados. A V. continua a ter “medo de ter medo” quando deparada com uma situação nova ou inesperada.

No entanto, não se pode dizer que não tenha havido qualquer melhoria neste campo, pelo que a jovem aprendeu a desafiar esses medos e aprendeu também que ao fazê-lo encontra alguns benefícios. A V. começou a demonstrar uma grande vontade e até mesmo necessidade de desafiar-se a si mesma e fazer coisas que até então não faria como por exemplo confrontar os colegas quando algum problema entre eles surgia, a tentar sequer dormir sozinha ou a almoçar sozinha na cantina.

Apesar de os medos apresentados inicialmente desaparecerem na generalidade, acabavam por surgir novos, talvez devido à sua autonomia em lidar com situações problemáticas não ser ainda a desejada para a sua faixa etária. No entanto, acredito que a terapia foi benéfica pelo facto de a capacitar e reforçar acerca da sua capacidade de resiliência face aos medos.

Em relação a este objetivo, devo ressaltar que as melhorias atingidas se ficaram a dever em grande parte, creio, ao recurso às terapias narrativas e à intervenção feita no campo da autonomia.

Finalmente, o objetivo *aumentar a autonomia* foi o melhor sucedido e o mais essencial para as melhorias do bem-estar desta jovem. Foi assim a grande vitória deste processo terapêutico. Quando comecei a estudar as hipóteses para esta intervenção

imediatamente propus-me a mim mesma como objetivo central conseguir ajudar esta jovem a dormir sozinha. Na minha opinião, ao alcançar este objetivo, outros aspetos problemáticos iriam automaticamente sofrer alterações positivas. Isto porque, para além de ser absolutamente essencial para a V. dormir sozinha aos 12 anos, eu acreditava que alcançando este objetivo ao qual já tinha falhado tantas vezes, seria uma alavanca para a jovem se propor a alcançar outras conquistas no que diz respeito à sua autonomia e isto iria consequentemente melhorar outros aspetos problemáticos, como a autoestima e o autoconceito. Desta forma, alcançar este objetivo seria um importante passo para alcançar todos os outros e chegando ao final do processo de intervenção, na minha opinião foi precisamente isto que sucedeu.

Acredito que o motivo para o sucesso após tantas tentativas falhadas foi, principalmente, a etapa crucial em que eu conheci a V. Quando comecei a trabalhar com esta jovem, ela encontrava-se numa fase de desejo de mudança e de alguma emancipação possivelmente devido à entrada na fase da adolescência. Isto tornou-a disposta a colaborar e a cumprir tudo o que lhe era sugerido.

Acredito ainda que um outro aspeto importante foi a sua vontade de agradar os outros. A V. teve sempre uma postura de tentar agradar e não desiludir os pais e também a mim.

Ainda neste campo da autonomia, outros objetivos específicos foram alcançados, tais como a melhoria da sua alimentação, pelo facto de se sentir mais responsável e capaz, a redução dos atrasos pela vontade de afirmação em relação à sua capacidade de ser responsável e também as melhorias na capacidade de resolução de problemas, pelo facto de se tornar mais capaz de tomar decisões por si própria, ainda que com alguma insegurança e necessidade de reforço por parte de um adulto.

Para além disto, é ainda de salientar que o primeiro objetivo específico estabelecido, o *estabelecimento de uma relação terapêutica* foi também um importante impulsionador das melhorias observadas já que *os procedimentos utilizados pelo terapeuta têm seus resultados potencializados em função de uma boa relação com o seu cliente* (Magalhães,2004).

V- Discussão

Neste capítulo irei refletir acerca dos resultados obtidos através da intervenção psicológica feita a esta família, assim como acerca de algumas das suas características que pude analisar ao longo de todo este processo. Isto permitirá dar resposta à hipótese por mim proposta: a partir da descrição e do estudo exaustivo deste caso, verificar se a influência das crenças parentais pesa mais do que as limitações do próprio diagnóstico e em que medida afetam o desenvolvimento socioemocional ‘normal’ da criança.

Para compreender esta família em específico foi, antes de mais, necessário compreender a influência que, na generalidade dos casos, a família exerce na vida de um indivíduo em desenvolvimento.

A família é um sistema relacional interdependente, complexo e articulado. Assim, é responsável pelo crescimento e desenvolvimento dos indivíduos que dela fazem parte, e por isso, as redes e interações existentes implicam que os elementos deste sistema se influenciem mutuamente e conseqüentemente se contagiem uns aos outros com as angústias individuais de cada um (Angeli, 2008; Galheigo; Lamela et. al., 2010).

Segundo Givigi (2007), as famílias funcionam como redes que possuem uma estrutura de conexão instável entre os seus membros que se encontram em constante interação, mas que seguem normas de funcionamento muito próprias. Estas conexões asseguram que as mudanças que vão acontecendo, se sucedam dentro de um sistema dinâmico que está em constante movimento. Desta forma, os elementos deste sistema vão-se ajustando e desajustando, desequilibrando e reequilibrando, mantendo no entanto uma certa estabilidade na sua própria instabilidade.

Lidar com esta instabilidade é essencial para que uma família crie competências que permitam enfrentar as mudanças inerentes ao ciclo de vida. É necessário saber lidar com as mudanças de forma a suportar os conflitos e os medos que surgem com os confrontos com as realidades da vida e com os momentos de transição (Gomes, 2005).

No que concerne os momentos de transição na vida do ser humano, tal como já foi referido, é inevitável falar no nascimento de um filho. Fiamenghi (2007) refere que o nascimento do primeiro filho está associado a uma série de mudanças no

relacionamento do casal e na unidade familiar. Também Bradt (1995) descreveu o nascimento de um bebé referindo que não existe nenhum estágio que provoque mudança mais profunda ou que signifique desafio maior para a família nuclear e ampliada do que a adição de uma criança ao sistema familiar.

Habitualmente, aquando o nascimento de um filho, as características físicas e intelectuais da criança correspondem às expectativas e idealizações dos seus pais. No entanto, nos casos em que nasce uma criança que requer cuidados ‘especiais’, este acontecimento leva os pais a períodos de crises emocionais e de adaptações psicossociais, que os torna alvos fáceis a problemas como a depressão, sentimentos de medo e angústia, sensação de desespero e incompreensão, rejeição, ou até mesmo a superproteção da criança (Fiamenghi, 2007).

Desta forma, por muito bem estruturada que seja uma família e por mais bem informados que sejam os pais, o nascimento de uma criança com deficiência tem um impacto psicológico muito forte (Glat, 1996). Ainda assim a reação dos pais depende em grande parte dos seus mecanismos psicológicos e principalmente da forma como a notícia do diagnóstico é dada (Coutinho, 1997, cit in Brandão, 1999).

Nesta família em estudo, a notícia foi recebida sem qualquer cuidado em relação ao momento, sem qualquer antecipação acerca de tal possibilidade, ou qualquer sensibilização acerca das reais repercussões que a doença teria nas suas vidas, pelo que o diagnóstico ganhou uma dimensão muito maior no imaginário destes pais.

Para além do mais, é sabido que este primeiro impacto poderá condicionar, a longo prazo, as atitudes parentais (Cunningham, Morgan e McGuken, 1984, Coutinho, 1997, cit. in Brandão 1999). Palha (1994) refere ainda que, para além da relevância do contexto e do *timing* de quando se dá a notícia, o facto de esta notícia ser dada sem que os pais sejam devidamente informados e preparados acerca das características da doença e das necessidades que o bebé irá requerer poderá ter um impacto extremamente negativo.

Já no que diz respeito à qualidade de vida destes pais enquanto casal, é de ressaltar que o facto de uma criança com paralisia cerebral implicar necessidades particulares, leva por vezes os pais a sentirem-se culpados, menos capazes e menos competentes na sua função da parentalidade. Este fator, por sua vez, implica que a família prossiga numa busca constante de formas para lidar com as diferentes tarefas e necessidades inerentes à doença do filho, ao mesmo tempo que se ajustam a uma nova condição na sua vida e a novos planos pessoais. É portanto uma fase de reajustamento

no sistema familiar, o que por muitas vezes implica mudanças drásticas na forma como o casal interage entre si e se vê um ao outro.

Carvalho e colaboradores (2010) defendem que este desgaste físico e mental dos pais atinge níveis tão altos que poderá tornar-se responsável por uma percepção negativa da qualidade de vida dos filhos. Isto significa que por vezes de modo a amenizarem o sofrimento dos filhos por carregarem o peso de uma doença crónica, os pais procuram compensá-los em exagero, o que os torna superprotetores. No entanto uma criança com deficiência tem as mesmas necessidades emocionais de qualquer outra criança, não mais (Finnie, 2000). Portanto, a atenção e proteção que recebem deverão ser ajustadas às necessidades físicas e psicológicas que requerem, mas nunca em demasia, correndo o risco de impossibilitar à criança a sua necessidade de autonomia.

Segundo Rotta (1997), isto deve-se à culpa sentida que leva a superproteger os filhos e, conseqüentemente, os priva de desenvolver outras capacidades para além da sua deficiência. A insegurança quanto às capacidades da criança com paralisia cerebral impede que a família incentive a sua autonomia para uma vida independente. No caso desta família, no que diz respeito a este aspeto, uma das conseqüências evidentes desta culpa e conseqüente superproteção é o facto de a V. dormir até aos 12 anos na cama dos pais, quando tal já não era benéfico, nem para a jovem nem para o casal.

Desta forma, para além de limitar a criança em termos de desenvolvimento de autonomia, esta prática conferiu à V. um grande poder dentro da família, eliminando os limites entre o espaço do adulto e o espaço da criança, ao mesmo tempo que lhe transmitiu a mensagem de que os adultos (pais) não impunham limites e portanto também não tinham força para a defender.

Isto, por sua vez, trouxe uma outra conseqüência, tornou-a ainda mais insegura porque os pais validaram a sua sensação de incapacidade para estar sozinha. Numa leitura inconsciente dos atos dos pais, a V. aprendeu que, se tinha medo de dormir sozinha e se os pais acediam ao seu pedido de a deixar dormir com eles, era porque ela tinha efetivamente razão ao ter medo.

Enquanto casal, toda esta situação poderá ter sido bastante prejudicial para os progenitores, porque viram-se assim impossibilitados de terem a sua intimidade, o que certamente acarretou outras conseqüências na sua relação amorosa. Conseqüentemente, isto poderá refletir-se no bem-estar e bom ambiente que se vive neste seio familiar, o que trás repercussões para a vida da V, possivelmente, como é o caso da extrema

ansiedade que apresenta, fracos recursos na resolução de problemas e capacidade de expressão emocional.

Independentemente do facto de o objetivo de estudo implicar o trabalho com os pais, de modo a trabalhar as suas crenças em relação à V., foi extremamente importante a inclusão dos mesmos na intervenção, de modo a trabalhar estas questões familiares que afetavam a V. Desta forma alguma da intervenção direta com os pais foi centrada na consciencialização para o facto de a V. ser uma criança extremamente sensível e sugestionável pelo que as suas ações enquanto casal ou as suas verbalizações acerca da vida familiar eram percebidas pela V. de uma forma muito intensa e por vezes desajustada à realidade.

Durante a intervenção psicológica com uma criança, é necessário adotar uma abordagem sistémica e compreender que os pais têm uma grande influência na vida dos filhos. As crianças passam grande parte do seu tempo em casa, daí a pertinência de trabalhar em conjunto com os pais no processo terapêutico (Val et al.,2005). Para além disso é sabido que o relacionamento harmonioso entre a família e o terapeuta criará um ambiente favorável à confiança entre todos os envolvidos no processo (Abbud & Santos, 2002).

É ainda necessário esclarecer que todo este processo de intervenção foi facilitado pelo facto de a V. se encontrar numa fase de busca de autonomia, o que poderá ter sido a chave para alguns dos seus sucessos e o motivo pelo qual, até então nenhuma das anteriores tentativas tivesse gerado grandes efeitos.

Apesar de a um primeiro contacto com os objetivos estabelecidos para a intervenção, esta parecer uma intervenção muito centrada na criança, é importante referir que em cada um destes objetivos, os pais tiveram um papel muito ativo e como tal as melhorias que se verificaram devem-se em grande parte às mudanças que os pais fizeram. Principalmente no aspeto de a V. dormir sozinha sendo que esta foi uma mudança mais exigente para os pais do que para a própria V. Para além do mais todos os objetivos foram instituídos sempre com o propósito secundário de permitir que os pais mudassem a forma como olhavam a filha.

Estes pais demonstravam-se, ainda que persistentes, muito pouco confiantes em relação à possibilidade de mudanças significativas na filha, o que sua vez se refletia nas suas crenças e nas suas atitudes. Posto isto, ao verem a filha alterar algumas das suas limitações e a criar padrões mais saudáveis na sua relação com o mundo, permitiu-lhes

(aos pais) terem mais expectativas e uma maior capacidade em deixarem de parte algumas destas crenças.

Isto, por sua vez, potenciou ainda mais as melhorias da V. pelo facto de a fazer sentir nos pais uma maior flexibilidade, maior confiança e mais liberdade de escolha e de ação. Por isso, na minha opinião, as crenças destes pais exerciam uma maior influência nas limitações socioemocionais da criança do que a paralisia cerebral. Sendo que, em relação à patologia, as condições médicas permaneceram as mesmas desde o início do processo de intervenção; mais, a intervenção feita teve por base o trabalho das crenças parentais, assim podemos concluir que as melhorias alcançadas ao nível socioemocional se devem então às alterações ocorridas através da intervenção psicológica dirigida ao sistema, ou seja, às mudanças ocorridas em termos de comportamento e modo de assumir a própria responsabilidade na promoção do desenvolvimento, tanto da criança, como dos pais e das relações intrafamiliares.

VI- Conclusão

A paralisia cerebral é uma condição de saúde que afeta consideravelmente não só a vida da pessoa com a perturbação, mas também a vida das pessoas que lhe são mais próximas e significativas. Os pais, especificamente, veem alteradas as suas próprias vidas, nas rotinas, nos seus objetivos e projeto futuro e nas estruturas do seu sistema familiar.

Quando uma criança nasce com uma deficiência, os pais têm de reajustar as suas expectativas à condição, podendo ocorrer uma recusa, nem sempre da criança, mas da situação, pela destruição da idealização do filho desejado (Sá & Rabinovich, 2006). Tudo o que os pais idealizavam para o seu futuro e para o futuro dos seus filhos é obrigado a mudar. Ajustar estas expectativas prévias é um processo doloroso e que deixa marcas na forma como os pais percebem os seus filhos, afetando assim a qualidade de vida de toda a família.

A pertinência destas expectativas prende-se ao facto de as mesmas serem um fator determinante no desenvolvimento de crenças em relação ao filho e à sua educação. Por sua vez, as práticas de criação dos filhos estão, em grande parte, vinculadas às crenças dos pais. Assim, a forma como os pais veem os filhos determina a maneira como os educam.

Este estudo teve o intuito de compreender em que medida todas estas alterações no seio de uma família com uma criança com paralisia cerebral afetam a forma como os pais gerem a educação do filho e o impacto que esta gestão tem no desenvolvimento socioemocional dessa criança. Deste modo, o objetivo principal deste estudo foi perceber se a influência das crenças parentais, tomando como medida de influência as limitações inerentes à paralisia cerebral, observando em que medida afetariam o desenvolvimento ‘normal’ da criança em termos socioemocionais.

Portanto, neste caso foi importante trabalhar com a criança algumas das suas dificuldades socioemocionais. O objetivo foi alterar o comportamento da filha, para assim alterar as crenças dos pais em relação a ela. Ao mesmo tempo que ao ir trabalhando com os pais as suas crenças, também estas por sua vez se tornaram modeladoras do comportamento da filha. Assim, a intervenção estruturou-se maioritariamente centrada da criança, ainda que os progenitores tenham sido partes fulcrais no processo de intervenção.

O estudo focou-se então em quatro grandes objetivos: promover o autoconceito e autoestima da V. profundamente deturpados pelas crenças relativas à paralisia cerebral; diminuir os problemas de ansiedade; controlar e diminuir os medos; e a aumentar a autonomia. Os resultados obtidos foram bastante satisfatórios tendo em conta o período limitado de intervenção (1 ano letivo). A menina demonstrou melhorias significativas em dois destes objetivos (autoconceito, autoestima e autonomia) e os outros dois foram parcialmente atingidos.

Estes resultados e uma análise qualitativa baseada em observações no contacto direto com esta família demonstraram que as crenças destes pais interferiam, efetivamente, o desenvolvimento do potencial adaptativo socioemocional da criança, supostamente, além das limitações inerentes à afetação por paralisia cerebral.

No entanto, é importante perceber que sendo este um estudo de caso, é necessário referir que apesar de nesta família em específico os efeitos terem sido estes, o mesmo poderá não se verificar em todos os casos de paralisia cerebral, sendo que existe uma grande variabilidade em termos de intensidade e gravidade dos sintomas. Ainda assim, no seguimento da caracterização de estudo de caso único (cf. Stake, 2012, p. 23), podem ser consideradas micro-generalizações, passíveis de ocorrerem regularmente durante o estudo de novos casos aproximados. Além de que o verdadeiro objeto de estudo do caso é a particularização, não a generalização. A ênfase é colocada

na singularidade, o que implica o conhecimento de outros casos diferentes, mas a primeira etapa é posta sempre na compreensão do próprio caso

Desta forma, mais de qualquer outra conclusão, este estudo permite-nos inferir a necessidade de um acompanhamento psicológico precoce às crianças e às famílias, que vivem a realidade da paralisia cerebral, que permita favorecer aos pais as competências necessárias para se sentirem mais capazes e mais seguros na sua função de pais, e para que ajudem os seus filhos a lidar eficazmente com as vicissitudes da doença e a ultrapassar barreiras que lhes permitam uma vida mais integrada na sociedade e o alcance de todas as suas potencialidades pessoais.

Referências bibliográficas

- Abbud, C. & Santos, S. (2002) A família na clínica fonoaudiológica e psicopedagógica: uma valiosa parceria. *Psicologia: teoria e prática*, 4 (2), 41-48.
- Amiralian, M.L.T.M., & Becker, E. (1992). Deficiência congênita e autismo secundário: um risco psicológico. *Revista brasileira crescimento e desenvolvimento humano*. II (2), p.49-55.
- Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S., Parkes, J., & Parkinson, K. (2008). Parent-reported Quality of Life of children with Cerebral Palsy in Europe. *Pediatrics*, 121 (54), 54-62.
- Bax, M. (2000). Aspectos clínicos da Paralisia Cerebral. In N. Finnie (Ed.), *O manuseio em casa da criança com Paralisia Cerebral* (3 Ed.). São Paulo: Manole.
- Bax, M., Flodmark, O., & Tydeman, C. (2007). Future directions: From syndrome toward disease. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 39-41.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., & Paneth, N. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47 (8), 571-576.
- Bobath, K., & Bobath, B. (1984). The neuro-developmental treatment. In D. Scrutton (Ed.). *Management of the motor disorders of children with Cerebral Palsy*. Philadelphia: Lippincott.
- Boling, W., Macrina, D.M., & Clancy, J.P. (2003). The caregiver quality of life cystic fibrosis (CQOLCF) scale: modification and validation of an instrument to measure quality of life in cystic fibrosis family caregivers. *Quality of life research*, 12 (8), 1119-1126.
- Bradt, J.O. (1995). Tornando-se Pais: Famílias com Filhos Pequenos. In B.Carter & M.McGoldrick. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Trad. Maria Adriana VeríssimoVeronese (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Brandão, T. (1999). *Intervenção Precoce – Estudo dos efeitos de um programa de formação parental destinado a pais de crianças com síndrome de down*. Dissertação de doutoramento não publicada, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brito, C.M., & Battistella, L.R. (2002). Tendências e reflexões: classificação internacional de funcionalidade (cif). *Acta fisiátrica*, 9 (2), 98-101.
- Burns, Y. R., & Macdonald, J. (1999). *Fisioterapia e crescimento na infância*. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Buscaglia, L. (1994). *Os deficientes e seus pais. Um desafio ao aconselhamento*. Rio de

Janeiro: Editora Record.

Butler, C., & Darrah, J. (2001). Effects of Neurodevelopmental Treatment (NDT). *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 778-90.

Camargo, S. (1986). *Quem é a criança com Paralisia Cerebral? Como ajudá-la?* São Paulo: Edison.

Canavarro, M. C. (1999). *Relações afetivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.

Cans, Christine. (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 42 (12), 816-824.

Cansa, C., De-la-Cruz, J., & Mermet, M. (2008). Symposium: Special needs. *Paediatrics and Child Health*, 18(9), 393-398.

Capute, A., & Accardo, P. (1996). Cerebral Palsy: The spectrum of motor dysfunction. In A. Capute & P. Accardo (Eds.), *Developmental Disabilities in Infancy and Childhood: The spectrum of developmental disabilities* (2nd Ed.). Baltimore: Brookes Publishing.

Capute, Arnold J. (1996). *Developmental disabilities in infancy and childhood*. (2nd Ed.) Baltimore: P.H. Brookes Pub. Co.

Carr, L., Sunanda, R., Stevens, S., Blair, E. & Love, S. (2005). Definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 47 (8) 508-510.

Carter, B., & McGoldrik, M., (2001). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar. Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Carvalho, J. T. M., Rodrigues, N. M., Silva, L. V. C., & Oliveira, D. A. (2010). *Qualidade de vida das mães de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral. Fisioterapia Movimento*. Curitiba.

Casarin, S. (2001). *Os vínculos familiares e a identidade da pessoa com síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de São Paulo.

Cascio, C. (2010). Somatosensory processing in neurodevelopmental disorders. *Journal Neurodevelop Disord*, 2, 62-69.

Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 625-635.

Cervený, C. M. O., Berthoud, C. M. E. et al. (1997). *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cervený, C. M. O. & Berthoud, C. M. E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Clayton, K., Fleming, J., & Copley, J. (2003). Behavioral responses to tactile stimuli in children with Cerebral Palsy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 23(1), 43-62.
- Conte, F. C. S., & Brandão, M. Z. S. (1999). Psicoterapia analítico-funcional: a relação terapêutica e a análise comportamental clínica. In Kerbauy, R. R. & Wielenska, R. C. Sobre comportamento e cognição: *Psicologia comportamental e cognitiva- da reflexão teórica à diversidade na aplicação*. Santo André, SP: ARBytes.
- Conte, F. C. S., & Brandão, M. Z. S. (2001). Psicoterapia funcional-analítica: O potencial de análise da relação terapêutica no tratamento de transtornos de ansiedade e de personalidade. In B. Rangé, *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Correia, L., Serrano, A. (1999). Envolvimento parental na educação do aluno com N.E.E. In L.M. Correia, *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*, (pp. 143-158). Porto: Porto Editora.
- Coutinho, M. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise psicológica*, 22 (1), 55-64.
- COUTINHO, T. (1996). Intervenção Precoce – Dificuldades, Necessidades e Expectativas das Famílias. *Revista Integrar*, 10, 5-16.
- Cunha, C., Gonçalves, M., Hill, C.E., Mendes, I., Ribeiro, A., Sousa, I., Angus, L. & Greenberg, L.S. (2012). Therapist interventions and client innovative moments in emotion-focused therapy for depression, *Psychotherapy* 49 (4), 536-48.
- Cury, A.(2003). *Pais brilhantes, professores fascinantes*. (11ª. ed.) Rio de Janeiro, Sextante.
- Cunningham, C.C., Morgan ,P.A., & McGucken , R.B. (1984). Down's syndrome: is dissatisfaction with disclosure of diagnosis inevitable? *Developmental medicine and child neurology*. 26(1), 33–39.
- D'Angelo, C. (1998). *Crianças especiais: superando a diferença*. São Paulo: EDUSC.
- Dessen, M. A. (2005). Construindo uma ciência do desenvolvimento humano: Passado, presente e futuro. In M. A. Dessen & A. L. Costa, Jr. *A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras*. pp. 264-278. Porto Alegre: Artmed.
- Diament, A.(1996). Encefalopatia crónica na infância (paralisia cerebral). In A. Diament, & A. Cypel. *Neurologia Infantil*. (3ª ed), 781-98.São Paulo, Atheneu.
- Erickson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Estivill, E. (2003). *Método Estivill: guía rápida para enseñar a dormir a los niños*. (2ª ed.) Barcelona: Plaza & Janes.
- Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (2007). *Gross Motor Function Classification System: Expanded and revised*. Lisboa: Instituto Científico de Formação e Investigação.

- Findler, L. S. (2000). The role of grandparents in the social support system of mothers of children with a physical disability. *Families in Society*, 81, 370-381.
- Finnie, N.R. (2000). *Handling the young child with cerebral palsy at home*.(3rd. ed). Oxford, Butterworth-Heinemann.
- Franklin, M. E., & Tolin, D. F. (2007). *Treating trichotillomania cognitive-behavioral therapy for hairpulling and related problems*. New York: Springer.
- Freitas, I. A., & Borges-Andrade, J. E. (2004). Desenvolvimento e validação de escala de crenças sobre o sistema de treinamento. 9 (3), 479-488. *Estudos de Psicologia*, Natal.
- Galheigo, S., & Angeli, A. (2008). Terapia ocupacional e o cuidado integral a saúde de crianças e adolescentes: a construção do Projeto ACCALANTO. *Revista de terapia ocupacional da universidade de São Paulo*, 19 (3), 137-143.
- Garner, P.W., & Power, T.G. (1996). Preschoolers emotional control in the disappointment paradigm and its relation to temperament, emotional knowledge, and family expressiveness. *Child Development*, 67, 1406-1419.
- Geraldo A., Fiamenghi Jr., & Alcione, A. (2007). Parents, children and disability: Studies on family relations. *Psicologia ciência e profissão*, 27 (2), 236-245.
- Geralis, E. (2007). *Crianças com paralisia cerebral: guia para pais e educadores* (2^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gianolli, M.O., & Tolin, D.F. (2012). Cognitive behavioural therapy for pediatric trichotillomania. In E.J. Grant, D.J. Stein , D.W. Woods, N.J. Keuthen. *Trichotillomania, skin picking & other body-focused repetitive behaviors*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Givigi, R. (2007) .*Tecendo redes, pescando idéias: (re)significando a inclusão nas práticas educativas da escola*. Tese de Doutorado- Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo.
- Glat. R. (1996).O papel da família na integração do portador de deficiência. *Revista Brasileira de educação especial*, 2(4), 111-119.
- Gomes, I. (2005). Família e fonoaudiologia. In I. Q. Marchesan, *Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral*. (2^a ed.) Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- Gonçalves, M. (2000). *Pôr o medo a fugir. As aventuras da Joana contra o medo*. Porto, Campo das Letras.
- Gonçalves, M. & Gonçalves, O. (2001). *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto editora.

- Goodnow, J.(1996). From household practices to parents ideas about work and interpersonal relationships. In S. Harkness, & C. Super, *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions, and consequences*. New York, The Guilford Press.
- Gregorutti, C. (2013). *A inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral: A relação das características dos cuidadores familiares implicadas neste processo*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista –UNESP – Campus de Marília, para obtenção do título de Mestre em Educação. Área de Concentração: Educação Especial.
- Harper, D., & Peterson, D. (2000). Neuromuscular and musculoskeletal disorders in children. In R. Frank, & T. Elliot (Eds.). *Handbook of Rehabilitation Psychology*. Washington: Copyright.
- Hipólito, J. (2001). A Terapia Centrada na Pessoa e a abordagem do corpo pelo relaxamento. A Pessoa Como Centro, *Revista de Estudos Rogerianos*, 8, 57-63.
- Holditch-Davis, D., Tesh, E., Miles, M., & Burchinal, M. (1999). Early interactions between mothers and their medically fragile infants. *Applied Developmental Science*, 3(3), 155-167.
- Jacobson, J.W., James A. M., & Johannes R. (2007). *Handbook of intellectual and developmental disabilities*. New York: Springer.
- Keller, H., Lohaus, A., Voelker, S., Elben, C. & Ball, J. (2003). Warmth and contingency and their relationship to maternal attitudes toward parenting. *The Journal of Genetic Psychology*, 164 (3), 275-292.
- Keller, H., Hentschel, E., Yovsi, R. D., Lamm, B., Abels, M., & Haas, V. (2004). The psycho-linguistic embodiment of parental ethnotheories: A new avenue to understanding cultural processes in parental reasoning. *Culture & Psychology*, 10 (3), 293-330.
- Koman, L., Smith, B., & Shilt, J. (2004). Cerebral Palsy. *The Lancet*, 363, 1619-1631.
- Krageloh-Mann, I. (2005). Cerebral palsy: towards developmental neuroscience. *Developmental medicine and child neurology*, 47, 435.
- Krageloh-Mann, I., & Cansab, C. (2009). Cerebral Palsy. Munich, *Symposium of Pediatric Neurology*.
- Lamela, D., Nunes-Costa, R., & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: revisão crítica. *Psicologia em estudo*, 15(1), 205-216.
- Lamm, B., & Keller, B. (2007). Understanding cultural models of parenting: The role of intracultural variation and response style. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38 (1), 50-57.
- Lau, C.T., & Lao, T.H. (1999). Cerebral palsy and the birth process. *Hong Kong Medical Journal*, 5(3), 251-254.

- Leite, Jaqueline, & Prado, G. (2004). Paralisia Cerebral. Aspectos fisioterapeúticos e clínicos. *Revista Neurociências* 12(01), 41-45.
- Levitt, S. (2001). *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor* (3rd. ed.). São Paulo, Manole.
- Lightfoot, C., & Valsiner, J. (1992). Parental belief systems under the influence: social guidance of the construction of personal cultures. In: J.E. Sigel, A.V. McGillicuddy, & J.J. Goodnow, *Parental belief systems: the psychological consequences for children*. (2nd ed.) Hillsdale (NJ): LEA.
- Liptak, G.S. , & Accardo, P.J. (2004). Health and social outcomes of children with cerebral palsy. *Journal of paediatrics*, 145, 36-41.
- Lordelo , E.R., Fonseca, A. L., & Araújo, M. L. V. B. (2000). Responsividade do ambiente de desenvolvimento: Crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (1), 73-80.
- Lordelo, E. D. R. (2002). Interação social e responsividade em ambientes domésticos e de creche: cultura e desenvolvimento. *Estudos de Psicologia*, Salvador, v. 7, n. 2, 343-350.
- Mahome, E., & Slomine, B. (2008). Neurodevelopmental disorders. In J. Morgan & J. Ricker (Eds.). *Textbook of Clinical Neuropsychology*. New York, Copyright.
- Mangia, E. F. & Barros, J. (2008). Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Revista de terapia ocupacional da universidade de São Paulo*, 20 (2), 85-91.
- Mantovani, J. (2007). Definition and classification of CP: Medical-legal and service implications. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49(42).
- Marques, M. (1998). *Comunicação e linguagem na interação entre mães e crianças com paralisia cerebral aos 2 anos de idade: Estudo Exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- McGoldrick, M., & Carter, B. (2001). Constituindo uma família recasada. In B. Miller, G., & Clark, G. (1998). *The cerebral palsy: causes, consequences and management*. Boston, Butterworth-Heinemann.
- McLaughlin, J. (2007). Definition of cerebral palsy: Clinical perspective. *Developmental medicine and child neurology*, 49(27), 130-145.
- Miller, F., & Bachrach, S. (1995). *Cerebral palsy: A complete guide for caregiving*. Baltimore, A Johns Hopkins Press Health Book.
- Miller, G., & Clark, G. (1998). *The Cerebral palsy: Causes, Consequences and management*. Boston: Butterworth-Heinemann .

- Miller, M. (2008). *Evaluating and re-developing a more comprehensive and useful needs based assessment tool for parents and teachers of newly-diagnosis deaf and hard of hearing children*. Washington University school of medicine program in audiology and communication sciences : Washington DC.
- Morris, C.(2007) *Paediatric orthotics*. London: Mac Keith Press.
- Morris, C., Kurinczuk, J., Fitzpatrick, R., & Rosenbaum, P. (2006). Who best to make the assessment? Professional's and families classifications of gross motor function in Cerebral Palsy are high consistent. *Arch Dis Child*, 91,675-679
- Omote, S. (1995). A integração do deficiente: um pseudo-problema científico. *Temas em Psicologia*, 2, 55-62.
- Omote, S. (2010). *Família e deficiência: caracterização e funcionamento*. [No Prelo]. Capítulo de livro submetido em 2010.
- Palha, M. (2000). Todos Diferentes. Todos Iguais. *Pais & Filhos*, Set;16.
- Paniagua, G. (2004). As famílias de crianças com necessidades educativas especiais. In C. Coll, A. Marchesi, & J. Palácios, *Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. Porto Alegre, Artmed.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introduccion para profesionales*. Barcelona, Paidós.
- Pellegrino, L. (1997). Cerebral palsy. In M. L. Baltshaw (Ed.). *Children with disabilities* (4th. Ed.). Baltimore, Brookes.
- Pereira, F. (1996). *A representação dos professores de educação especial e as necessidades das famílias*. Lisboa, Secretariado nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência.
- Pimentel, J., & Menéres, S. (2003). Um estudo longitudinal de quarto crianças com Síndrome de Down: Análise dos efeitos da adaptação das mães, da interação mãe-criança e das formas de apoio precoce no desenvolvimento das crianças. *Psicologia*, 12(1), 81-108.
- Piovesana, A. M. S. G. (2002). Encefalopatia crónica: paralisia cerebral, parte A – etiologia, classificação, tratamento clínico. In Fonseca et al. *Compêndio de neurologia infantil*. (pp. 825-838). Belo Horizonte: Editora Medsi.
- Platt, Jane, M., Cans, C., Johnson, A., Surman, G., Topp, M., Torrioli, M.G., & Krageloh-Mann, I. (2007). Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a database study. *The Lancet* 369.9555, 43-50.
- Ravn, S., Flachsa, E., & Uldalla, P. (2009). Cerebral palsy in eastern Denmark: Declining birth prevalence but increasing numbers of unilateral Cerebral palsy in birth year period 1986-1998. *European Journal of Pediatric Neurology*, 14(3), 214-218.

- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Resende C. M. G., Nascimento, V. F., & Leite, J. M. R. S. (2005). Eficácia da toxina botulínica tipo-A associada à fisioterapia em uma criança hemiplérgica espástica. *Revista Neurocirurgia*. 13 (1), 17-21.
- Ribas, J. B. C. (1998). *O que são pessoas deficientes* (6ª edição). São Paulo, Edições Brasiliense.
- Rogers, C., & Kinget, G. (1977). *Psicoterapia & Relações Humanas*(2ª Edição). BeloHorizonte, Interlivros.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., & Bax, M. (2006). A report: The definition and classification of cerebral palsy: April 2006. Washington: *Report Executive Committee*.
- Rothstein, J.R, & Beltrame, T.S.(2013). Características motoras e biopsicossociais de crianças com paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* 21(3), 118-123.
- Rotta, N.T. (1997). A neuropediatria e o hospital: encefalopatia crónica da infância. In R.B. Ceccim, & P.R.Carvalho, *A criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre, Editora da Universidade do Rio Grande do Sul, 14, 124-129.
- Rotta, N.T., Drachler, M.L., Vaitses, V.D.C., Ohlweiler , L. , & Lago, I.S.(1983). Paralisia cerebral: estudo de 100 casos. *Revista hospital de clínicas de porto alegre* .3(2), 113-6.
- Sá, S. M. P., & Rabinovich, E. P. (2006). Compreendendo a Família da Criança com Deficiência Física. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*.15(1), 01-10.
- Sampaio, D.(2014). Dormir com os pais. *Público*. 27 July 2014. Web. Acesso no dia 28 de Julho de 2014. <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/dormir-com-os-pais-1663724>>.
- Schwartzman, J.S.(2004). Paralisia cerebral. *Arquivos brasileiros de paralisia cerebral* 1(1), 4-17.
- Seidl de Moura, M. L. (2005). Bases para uma psicologia do desenvolvimento sociocultural e evolucionista. Em F. A. R. Pontes, C. Magalhães, R. Brito, & W. Martin. *Temas pertinentes à construção da psicologia contemporânea*. 16-41. Belém, EDUFPA.
- Seidl de Moura, M. L., Ribas, R. C., Jr., Piccinini, C. A., Bastos, A. C. S., Magalhães, C. M. C., Vieira, M.L., Salomão, N. M. R., Silva, A. M. P. M. & Silva, A. K. (2004). Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas em diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 421- 429.
- Shevell, M., Dagenais, L., & Hall, N. (2009). The relationship of cerebral palsy subtype and functional motor impairment: A population-based study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51(11), 872-877.

- Silva, C. X., Brito, E. D., Souza, F. S., & França, I. S. X. (2010). Criança com Paralisia Cerebral: Qual o impacto na vida do cuidador? *Revista Rene*, 11, Número Especial.
- Silva, D.B.R., & Martinez, C.M.S. Avaliação das atividades funcionais de criança com paralisia cerebral em escola regular: um estudo de caso em terapia ocupacional. *Arquivos brasileiros de paralisia cerebral*, 3, 41-50.
- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2004). *O que Significa ter uma criança com deficiência mental na família?* Educar, Curitiba, 23, 161-183.
- Soifer, R. (1982). *Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo*. Petrópolis: Vozes.
- Sousa, S. C. B., & Pires, A.A.P. (2003). Comportamento materno em situação de risco: mães de crianças com paralisia cerebral, *Revista de Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 111-130.
- Souza, A.M.C., & Ferrareto, I. (1998). Paralisia cerebral: aspetos práticos. São Paulo, Memnon.
- Stake, R. E. (2012). *A arte da investigação com Estudos de Caso* (3ª ed.) (A.M. Caves, trad.; original de 1995). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stokes, M.(2000). *Neurologia para Fisioterapeutas*. São Paulo. Premier.
- Suizzo, M. A. (2002). French parents' cultural models and childrearing beliefs. *International Journal of Behavioral Development*, 26, 297-307.
- Umphred, D.(1994). *Fisioterapia neurológica* (2ª ed.). Sao Paulo, Manole.
- Val, D., Limongi, S., Flabiano, F. C., & Silva, K. (2005). Sistema estomatognático e postura corporal na criança com alterações sensório-motora. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 17(3).
- Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade. (2009). *Paralisia Cerebral aos 5 Anos de Idade em Portugal: Crianças com Paralisia Cerebral Nascidas em 2001*. Lisboa: Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.
- Wanamaker, C., & Glenwick, D. (1998). Stress, coping, and perceptions of child behavior in parents of preschoolers with Cerebral Palsy. *Rehabilitation Psychology*, 43(4), 297-312.
- Werneck, H. (1992). *Se você finge que ensino eu finjo que aprendo*. Petrópolis, Vozes.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative mean to therapeutic ends*. New York, WW. Norton & Company.
- Winter, S. (2007). Cerebral palsy. In J., Jacobson, J., Mulick, & J., Rojahn (Eds.). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer.

- Wood, E., & Rosenbaum, P. (2000). The gross motor function classification system for cerebral palsy: A study of reliability and stability over time. *Developmental Medicine and Child neurology*, 42, 292-296.
- Wu, Y., Day, S., Strauss, D. & Shavelle, R. (2004). Prognosis for ambulation in cerebral palsy: A population-based study. *Pediatrics*, 114 (5),1264-1271.

VIII-Anexos

- I- Questionário das vozes**
- II- Questionário de despiste da Perturbação Obsessivo- Compulsiva**
- III- Guião do treino de relaxamento**

Anexo I

Cada vez que ouvires uma voz apontas...

- O que é a que a voz diz?
- A voz vem de dentro ou de fora da cabeça?
- A voz és tu a falar contigo mesmo ou é outra pessoa?
- O que estás a fazer neste momento?
- Quem está perto de ti?

Anexo II

- Pensas em coisas que te incomodam porque estás sempre a pensar nelas e gostavas de conseguir não pensar?
- Quando pensas fazes alguma coisa que te acalme?
- Confirmas muitas vezes coisas que já fizeste?
- Demoras muito tempo a fazer atividades da tua rotina diária?
- Tens que ter tudo muito arrumado e organizado?

Anexo III

O RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Em que consiste:

Consiste num procedimento que procura diminuir os níveis de ativação e conseguir um estado de relaxamento através de uma série de exercícios de contração e descontração muscular.

Condições de utilização:

- As instruções devem ser dadas num tom de voz lento, baixo e suave. O melhor será aprender previamente as instruções para que estas possam fluir mais facilmente. Não há problema em alterar as instruções para as melhor adequar à criança;
- Continuar a dar instruções diretas e não confiar muito precocemente que a criança se auto-instrua;
- Manter as instruções simples, breves e com recurso a vocabulário colorido e adequado à idade (por exemplo, o corpo fica mole como uma boneca de trapos ou leve como algodão doce, depois de ter estado duro e pesado como ferro ou como uma prancha de *surf*);
- Não insistir para que a criança feche os olhos;

ROTEIRO DE RELAXAMENTO PARA CRIANÇAS

(Adapt. // Trad. de Koeppen, 1997)*

Existem algumas regras que deves seguir para conseguires bons resultados com estes exercícios. Primeiro, deves fazer exatamente o que eu disser, mesmo que por vezes te pareça um pouco idiota. Segundo, deves esforçar-te por fazer o que eu disser. Terceiro, deves tomar atenção ao teu corpo. Ao longo destes exercícios toma atenção à forma como os teus músculos se sentem quando estão tensos e quando estão soltos e relaxados. Quarto, deves praticar, quanto mais praticares mais relaxado te sentirás. Queres fazer alguma pergunta?

Estás pronto para começar? Muito bem. Primeiro senta-te o mais confortavelmente na cadeira. Encosta-te, põe os pés no chão e deixa os teus braços caírem soltos ao longo do corpo. Muito bem, fecha os olhos e não os abras enquanto eu não disser. Não esqueças de seguir as minhas instruções rigorosamente, e toma atenção ao teu corpo. Vamos ao trabalho.

Mãos e Braços

Imagina que tens um limão inteiro na tua mão direita. Agora espreme-o com força. Tenta espremer todo o sumo. Sente a tensão na tua mão e no teu braço enquanto espremes. Agora deixa cair o limão. Repara como os teus músculos se sentem quando estão relaxados.

Pega noutra limão e espreme-o tenta espremer este com mais força do que o primeiro. Muito bem. Com força. Agora larga o limão e relaxa. Repara como a mão e o braço estão melhor quando estão relaxados.

Uma vez mais pega noutra limão com a tua mão direita e espreme-lhe o sumo todo. Não deixes uma só gota. Espreme-o bem. Assim mesmo. Agora relaxa e deixa cair o limão. (Repetir o processo para a mão esquerda).

Braços e ombros

Imagina que és um gato muito preguiçoso e muito peludo. Queres espreguiçar-te. Estica os braços para a frente. Levanta-os agora acima da cabeça. O mais acima possível. Sente a força que estás a fazer com os teus ombros. Puxa mais para cima.

Agora deixa cair os braços. Muito bem.

Vais espreguiçar-te outra vez. Estica os braços para a frente. Levanta-os acima da cabeça. Estica-os bem. Mais ainda.

Agora deixa-os cair rapidamente. Muito bem. Repara como os teus ombros se sentem mais relaxados.

* Koeppen, A. S. (1997). Relaxation training for children. In C. E. Schaefer, & D. M. Cangelosi (Eds.), *Play therapy techniques* (pp. 237-243). New Jersey: Jason Aronson.

Desta vez vais espreguiçar-te ainda amais. Tenta tocar no teto. Estica os braços para a frente. Levanta-os acima da cabeça. Estica-os bem, mais ainda. Repara na tensão e na força que estás a fazer com os braços e os ombros.

Agora relaxa. Impecável. Deixa-os cair rapidamente e sente como é bom estar relaxado. Repara como é agradável, quente e confortável.

Ombros e Pescoço

Agora vais fingir que és uma tartaruga. Estás sentada numa pedra junto de um lago muito bonito e repousante, descansado ao sol quentinho. Sentes-te bem, quente e em segurança. Oh! Oh! Sentes o perigo. Puxa a cabeça para dentro da tua casa. Tenta puxar os ombros até às orelhas e puxa a cabeça para dentro dos ombros. Segura-os bem. Não é fácil ser tartaruga dentro de uma carapaça.

O perigo já passou. Já podes sair para o sol, relaxar-te e sentires-te confortavelmente quente.

Atenção! Mais perigo! Depressa, puxa a cabeça para dentro da tua concha e segura-a bem. Deves estar bem para dentro para te protegeres.

OK. Podes relaxar-te agora. Põe a cabeça de fora e relaxa os ombros. Repara como é melhor estar relaxado do que tenso.

Uma vez mais. Perigo! Puxa a cabeça para baixo. Puxa os ombros até às orelhas e segura-os bem. Não deixes que um só bocadinho da tua cabeça se mostre fora da concha. Força! Sente a tensão no pescoço e nos ombros.

Muito bem. Agora podes sair. Estás outra vez em segurança. Relaxa e sente como é bom estar em segurança. O perigo passou. Não há razão para te preocupares. Não razão para teres medo. Sentes-te bem.

Maxilar

Tens na boca uma pastilha elástica gigante estilo quebra queixos. Custa muito mastigá-la. Trinca com força. Vá lá! Deixa os músculos do pescoço ajudarem-te.

Agora relaxa. Deixa que o teu maxilar caia. Repara como é agradável deixar o maxilar solto.

OK, vais trincar novamente a pastilha quebra queixos. Agora! Trinca! Força! Aperta-a entre os dentes. Muito bem.

Agora relaxa outra vez. Deixa o maxilar cair. É tão bom deixá-lo cair e não ter de trincar aquela pastilha.

OK, uma vez mais. Agora vais desfazê-la. Trinca-a! Com toda a tua força. Muito bem. Mais força ainda. Impecável.

Agora relaxa. Tenta relaxar todo o corpo. Tu venceste a pastilha elástica. Relaxa o mais possível.

Cara e Nariz

Aí vem uma mosca velha e chata. Pousou no teu nariz. Tenta enxotá-la sem usares as mãos. Muito bem. Encolhe o nariz. Faz o máximo de rugas que conseguires. Puxa o nariz para cima com força. Ótimo. Conseguiu espantá-la.

Agora podes relaxar o nariz.

Aí vem ela outra vez. Enxota-a Enruga-o com força. O máximo que consigas.

OK. Foi-se embora. Podes relaxar a cara. Repara que quando enrugas o nariz, as tuas bochechas, a tua boca, a tua testa e os teus olhos te ajudam a fazê-lo e também ficam tensos. Assim, quando relaxas o nariz, toda a tua cara também relaxa e tu sentes-te bem.

Oh! Oh! A mosca chata volta, mas desta vez pousa na tua testa. Faz muitas rugas. Tenta apanhá-la entre as rugas. Força! Agora!

OK!. Podes deixá-la fugir. Foi-se embora de vez. Agora podes relaxar completamente. Deixa que a tua cara fique bem lisa sem nenhuma ruga.

A tua cara sente-se macia, agradável e relaxada.

Estômago

Aí vem um engraçado elefante bebé. Mas ele não está a ver por onde vai! Ele não está a ver que estás deitado na relva e está quase a pôr a pata no teu estômago. Não te mexas. Não tens tempo para te afastares do seu caminho. Prepara-te. Põe o estômago muito duro. Contraí os músculos do estômago com muita força. Aguenta aí! Parece que ele segue por outro caminho.

Agora podes relaxar-te. Deixa que o teu estômago descontraia. Deixa-o relaxar-se o mais possível. Assim é mais agradável.

Atenção! Lá vem ele outra vez. Prepara-te. Contraí o estômago com força. Se ele pousar a pata com o estômago duro não te magoará. Transforma o estômago numa rocha.

Pronto, foi-se embora. Podes relaxar-te. Acalma-te, põe-te confortável e relaxa. Repara na diferença entre o estômago tenso e relaxado. É assim que nos queremos sentir: agradáveis, soltos e relaxados.

Não vais acreditar, mas desta vez ele vem mesmo na tua direção e não dará a volta. Ele vem direito a ti. Força! Estômago duro. Aí vem ele. É mesmo verdade. Aguenta firme. Ele vai pôr a pata em cima de ti. Já passou. Foi-se embora outra vez.

Podes relaxar-te completamente. Estás salvo. Está tudo bem e podes sentir-te em segurança e relaxado.

Desta vez imagina que queres passar por uma fenda estreita cujos lados estão cheios de pontas aguçadas. Deverás tornar-te muito fino se queres passar pela fenda. Encolhe o estômago. Tenta encostá-lo às costas. Tenta ficar o mais estreito que possas. Tens que conseguir passar.

Agora relaxa. Não precisas de continuar tão fino. Relaxa e sente o teu estômago a ficar quente e solto.

Ótimo, vais tentar agora atravessar a fenda. Encolhe o estômago. Encosta-o às costas. Torna-o pequenino e duro. Torna-te o mais estreito possível. Força! Agora! Tens que te espremer todo. Atravessaste a fenda estreita e não te magoaste nas pontas aguçadas.

Agora podes relaxar-te. Senta-te confortavelmente e deixa que o estômago ocupe o seu lugar. Senteste-te mesmo bem, conseguiste.

Pernas e Pés

Agora finge que estás de pé e descalço numa grande poça de lama gordurosa. Enterra os dedos dos pés na lama, bem no fundo. Tenta chegar com os pés ao fundo da poça lamacenta. Precisas provavelmente de usar as pernas para fazer força. Enterra, afasta os dedos, e sente a lama a passar por entre eles.

Agora sai da poça de lama. Relaxa os pés. Deixa que os dedos fiquem soltos e sente como isso é agradável. É bom estar relaxado.

Volta para a poça lamacenta. Enterra os pés. Deixa que os músculos das pernas te ajudem a enterrar os pés. Força! Mais ainda! Tenta enterrar-te na lama.

OK! Agora sai. Relaxa os pés, as pernas e os dedos. É tão bom estar relaxado, sem nenhuma tensão. Senteste-te quente com um certo formigueiro agradável.

Finalização

Mantém-te tão relaxado quanto possível. Deixa que todo o teu corpo se torne mole e sente todos os teus músculos relaxados. Daqui a alguns minutos pedir-te-ei que abras os olhos e a sessão acabará. Ao longo do dia lembra-te como é bom estar relaxado, tal como aconteceu nos exercícios. Pratica estes exercícios todos os dias para que consigas relaxar-te cada vez melhor. Uma boa altura para praticar é à noite antes de ir para a cama, com as luzes apagadas e sem seres incomodado. Ajudar-te-á a adormecer. Assim, quando te tornares um especialista em relaxamento, poderás ajudar-te a ti próprio(a) a relaxar na escola. Basta lembrares-te do elefante, do quebra-queixos ou da poça de lama, e poderás fazer os nossos exercícios sem ninguém dar por nada. Trabalhaste bem e é agradável quando se trabalha com vontade. Agora, muito devagar, abre os olhos e sacode um pouco os músculos. Muito bem. Fizeste um bom trabalho. Vais conseguir ser um super relaxador.