



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

BIANCA RANDRESSA FIGUEREDO DE CARVALHO

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO À CRIANÇA COM PARALISIA
CEREBRAL E SEUS FAMILIARES: uma compreensão Gestáltica**

São Luís

2018

BIANCA RANDRESSA FIGUEREDO DE CARVALHO

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO À CRIANÇA COM PARALISIA
CEREBRAL E SEUS FAMILIARES: uma compreensão Gestáltica**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel com Formação de Psicóloga.

Orientadora: Prof.^a Ma. Wanderlea Nazaré Bandeira
Ferreira

São Luís

2018

**Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA**

Carvalho, Bianca Randressa Figueredo de
A atuação do psicólogo junto à criança com paralisia cerebral: uma compreensão Gestáltica / Bianca Randressa Figueredo de Carvalho. - 2018.
52 f.

Orientador(a): Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Criança. 2. Paralisia cerebral. 3. Família. 4. Atuação do Psicólogo. 5. Gestalt-terapia. I. Ferreira, Wanderlea Nazaré Bandeira II. Título

BIANCA RANDRESSA FIGUEREDO DE CARVALHO

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO À CRIANÇA COM PARALISIA
CEREBRAL: uma compreensão Gestáltica**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel com Formação de Psicóloga.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Profª Ma. Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira (Orientadora)
Mestre em Psicologia Clínica
Universidade Federal do Maranhão

Alice Parentes da Silva Santos (Examinadora)
Mestre em Saúde Coletiva
Faculdade Pitágoras

Prof. Dr. Jean Marlos Pinheiro Borba (Examinador)
Doutor em Psicologia Social
Universidade Federal do Maranhão

À Brenda Regina, que me ama às vezes, mas
me inspira todos os dias.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido força, saúde e disposição para o alcance de mais um objetivo, que foi a conclusão deste trabalho e, por conseguinte, da graduação;

A minha mãe Beldan, por todo amor e cuidado, por me fazer irmã da melhor pessoa do mundo e por ser meu maior exemplo de esforço e determinação;

A minha família, por ser o alicerce de todas as minhas realizações, em especial as minhas avós Conceição e Francisca, as maiores referências de força que tenho, e a minha amada tia Rosemary, por sempre me ouvir, me incentivar nos estudos e me apoiar de todas as formas possíveis na realização deste sonho;

Ao meu noivo Luís Felipe, por me estimular durante todo esse processo, compreender minha ausência pelo tempo dedicado aos estudos e pelo seu amor recíproco que não me deixou desistir pelo cansaço;

A minha querida orientadora Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira, por toda paciência que me dedicou, por confiar no meu potencial quando eu mesma já não acreditava nele, por contribuir para meu crescimento pessoal, não apenas com suas orientações que ultrapassam a construção desta dissertativa, mas também com todo seu afeto e amizade e, especialmente por me ensinar que é possível agir profissionalmente enquanto se pratica o amor.

Aos meus colegas de graduação, tanto os da minha turma de 2012.1, quanto os de outros períodos que gentilmente me acolheram e dividiram comigo essa jornada de grande aprendizado, especialmente a Thaylana Paiva, por perpetuar o carinho e nossa amizade para além dos muros da universidade e pela ajuda com o abstract.

Aos amigos do Grupo de Estudos em Gestalt-terapia – GEGT Integrar, pelos diálogos enriquecedores sobre essa abordagem, principalmente a Caiubi Rubim e Hayanne Galvão, pelas sugestões e a partilha de aflições na elaboração deste trabalho.

A todos os professores do Departamento de Psicologia pelos ensinamentos que possibilitaram meu desenvolvimento acadêmico, no qual destaco o professor Jean Marlos, cuja sinceridade, sensibilidade e momentos de angústia fomentados em aula mobilizaram a tomada de atitude empática e a compreensão de que as relações podem ser terapêuticas para além da clínica.

Por fim, agradeço a todas as amizades construídas durante a vivência da universidade, que direta ou indiretamente contribuíram para o meu crescimento tanto pessoal quanto profissional.

“O contato é o sangue vital do crescimento, o meio para mudar a si mesmo e a experiência que se tem do mundo.”

Erving e Miriam Polster

“Todas as pessoas grandes foram um dia crianças (mas poucas se lembram disso).”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

No presente trabalho monográfico pretende-se analisar a atuação do psicólogo junto à criança com paralisia cerebral e seus familiares a partir de uma perspectiva Gestáltica. Para tanto, se fez necessário compreender o conceito de deficiência, a importância da aceitação familiar, as práticas psicológicas existentes nesse contexto, bem como conhecer a paralisia cerebral, como essa condição afeta no desenvolvimento da criança e de que forma essas possíveis alterações influenciam no modo de relacionar-se com o mundo. Nessa proposta foi realizada uma pesquisa qualitativa bibliográfica em livros e artigos de autores que discutem essa temática. De igual modo, foram consultadas obras clássicas e contemporâneas da Gestalt-terapia (GT). Após o levantamento bibliográfico, buscou-se realizar uma análise e discussão crítica sobre as articulações encontradas entre esse assunto e os conceitos fundamentais da GT, cujos principais enfoques estão debruçados sobre outros modelos de visão de homem e de mundo, concepção de contato, fronteira, self e ciclo de autorregulação orgânica. A presente pesquisa estima em demonstrar sua relevância através do alcance dos seus principais objetivos de ordem científica e social, atravessados pela aderência familiar e pela necessidade da criança de vivenciar experiências de contato para o seu desenvolvimento de forma saudável e que são facilitadas e mediadas pelo acompanhamento psicológico tanto da equipe multiprofissional de atendimento quanto do trabalho junto aos seus familiares, afim de oferecer melhores perspectivas referente à autonomia, autoconceito infantil e ao desenvolvimento de crianças mais conscientes de suas necessidades e que, assim, consigam melhor perceber os seus limites e as suas potencialidades reais através da vivência do contato com o outro e com o meio de forma mais plena.

Palavras-chaves: Criança. Paralisia cerebral. Família. Atuação do psicólogo. Gestalt-terapia.

ABSTRACT

In the present monographic work, we intend to analyze about the performance of the psychologist with the child with cerebral palsy and their relatives from a Gestalt perspective. To do so, it was necessary to understand the concept of disability, the importance of family acceptance, the psychological practices in this context, as well as to know about cerebral palsy, how this condition affects the development of the child and how these possible changes influence in the way of relating in the world. In this proposal, a qualitative bibliographical research was conducted in books and articles by authors discussing this theme and in classic and contemporary works of Gestalt-Therapy (GT). After a bibliographical survey about this theme, a critical analysis and discussion about the articulations found between this subject and the fundamental concepts of the GT, such as its vision of man and of the world, conception of contact, frontier, self and self-regulation cycle organismic. It was considered that this research demonstrated its relevance and reached its scientific goals, as well as its social relevance, from the moment it spoke directly about the importance of family acceptance and the child's need to experience contact experiences for their development in a healthy way, which are facilitated by psychological counseling both in the multiprofessional care team and in the work with their families, in order to offer better perspectives of autonomy, child self-concept and the development of children who are more aware of their needs, who are able to perceive their limits and real potentialities and experience contact with others and the environment in a full way.

Keywords: Child. Cerebral palsy. Family. Psychologist's performance. Gestalt therapy.

LISTA DE SIGLAS

CDPD	Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
GT	Gestalt-Terapia
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PC	Paralisia Cerebral
PCD	Pessoa com Deficiência
PEPSIC	Periódicos Eletrônicos de Psicologia
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	CONHECENDO A PARALISIA CEREBRAL.....	14
3	HISTORICIZANDO E CONCEITUANDO A DEFICIÊNCIA	19
3.1	A atuação do psicólogo no atendimento à criança com deficiência e seus familiares.....	25
4	A EPISTEMOLOGIA GESTÁLTICA	29
4.1	O desenvolvimento a partir da concepção Gestáltica	32
5	METODOLOGIA.....	39
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	41
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

O interesse por este tema teve início a partir de uma vivência familiar, que me despertou o olhar para a construção do conhecimento acerca da realidade de crianças com deficiência, mais especificamente com paralisia cerebral. Através desse contato, pude perceber a importância da assistência multiprofissional do apoio à criança e aos seus familiares, porém, em muitos momentos intrigou-me a falta de um profissional do segmento da psicologia e neste caso, o psicólogo mesmo, cuja atuação é essencial tanto para o acompanhamento e desenvolvimento das crianças como para o apoio e adaptação dos seus cuidadores, no entanto, ele é encontrado de forma esporádica nessa trajetória, trabalhando em conjunto com outros profissionais e com essas famílias.

A paralisia cerebral (PC) é entendida como decorrente de uma lesão não progressiva que afeta o cérebro na fase de desenvolvimento do sistema nervoso central, podendo ser durante a gestação ou até os dois anos de idade. A PC enquadra diversas ocorrências clínicas, sendo a mais comum a interferência no desenvolvimento motor normal infantil, apresentando-se em padrões anormais de posturas e movimentos corporais, persistência de reflexos primitivos, fracasso na evolução dos reflexos protetores e outros, porém, também podem ser apresentadas deficiências intelectuais, convulsões, problemas visuais e auditivos etc., cuja gravidade depende da localização e extensão da lesão no cérebro (DANTAS et al., 2010).

Atualmente, ainda não é possível reverter a lesão, de modo que o tratamento da PC é feito por equipe multidisciplinar no sentido de proporcionar um desenvolvimento com maior autonomia possível. Dessa forma, o diagnóstico ainda é um momento vivenciado com muita aflição pelos familiares e cercado pelas inseguranças dessa nova realidade, pois diversos fatores geram muitas angústias, acentuadas pela falta de informação sobre a condição da criança, a falta de preparo, e por vezes, sensibilidade dos profissionais ao repassar informações sobre a mesma, bem como, o uso de linguagem técnica que muitas vezes não é compreendida por esses familiares (DANTAS et al., 2010; MILBRATH et al., 2012; ALMEIDA et al., 2015).

A chegada de uma criança com deficiência ao cotidiano familiar, não raro, estabelece relações conflituosas devido as expectativas e ideais que são frustradas diante dessa nova realidade que gera muitos desafios na busca da melhor forma de lidar com as dificuldades (SÓLCIA, 2004 apud PÁDUA; RODRIGUES, 2013). A família é fundamental para o desenvolvimento de qualquer criança, pois a forma como age em seus cuidados pode

possibilitar ou não os estímulos adequados para a construção da autonomia desse sujeito em formação, assim como a maneira na qual deve lidar emocionalmente com esse novo cotidiano e com as dificuldades que podem emergir. Esses são elementos que devem ser considerados e trabalhados a fim de minimizar os processos da exclusão social, da dependência excessiva e da falta de consciência sobre as suas limitações reais e as possibilidades para ela (PÁDUA; RODRIGUES, 2013).

A conduta do cuidador principal, em geral a mãe, sobre a aceitação ou rejeição da criança com deficiência tende a influenciar o posicionamento dos outros familiares que passam a enxergá-la como a principal mediadora de forma segura e confiante, tendo em vista essa possível harmonização na maneira como lida com essa realidade, os demais membros da família podem se sentir inspirados por essa atitude tão altruísta. Milbrath (apud DANTAS et al., 2010), aponta que a mulher acumula diversos papéis na constituição familiar, segundo as normas sociais instauradas culturalmente. Nesse sentido, se torna mais comum que as mães de crianças com necessidades específicas assumam essa função, por vezes até abdicando-se de sua vida profissional e social. Porém, ao que se pode referir sobre os cuidadores da criança com PC, esta pesquisa destaca os principais responsáveis pelo cuidado básico necessário da fase inicial do desenvolvimento, bem como por sua continuidade perpetuada pelas necessidades específicas da Paralisia cerebral e esse sujeito na condição de cuidador pode ser qualquer ente familiar ou não, desde que estabeleça apenas uma relação de afeto e destituída por tanto, de qualquer valor pecuniário.

Buscaglia (2006) relata que até a década de 70, nos Estados Unidos, poucas produções científicas se ocupavam de teorias que discorressem sobre a atuação do psicólogo junto às pessoas com deficiência o que, em grande medida poderia dificultar o trabalho dos seus tutores. Mesmo após esse período, quando começaram a surgir mais pesquisas na área, não era possível verificar a qualidade dos processos propostos devido à falta de detalhamento na descrição dos procedimentos realizados, especialmente relacionado às habilidades dos terapeutas. No que diz respeito ao Brasil, Amiralian (1986, 2003), reconhece o avanço que essas pesquisas tiveram da década de 80 até o início do século 21. Seja com o foco na educação, saúde ou inserção no mercado de trabalho, o número de meios de intervenção psicológica cresceu, no entanto, quanto ao que há de se considerar as pesquisas específicas em cada deficiência, é possível perceber que esse crescimento não ocorreu de modo uniforme. Buscas em bancos de dados com os descritores “Paralisia Cerebral” e “atuação do psicólogo” apresentam poucos resultados e quando se inclui o termo “Gestalt-terapia”, esses números são menores ainda.

Com base nesse levantamento e pensando na prática desse profissional, este trabalho se desenvolve em diálogo com a Gestalt-terapia (GT), por compreender o homem em sua totalidade, partindo de uma visão mais holística, interligado ao contexto no qual está inserido, em que o contato é primordial para seu desenvolvimento, pois este vive em constante relação com o mundo, buscando sempre o equilíbrio entre suas demandas em um determinado campo e, é a partir desta, possibilitado de modificar-se durante toda sua existência, ou seja, estando em crescimento contínuo. Originou-se das ideias de Friederich Perls em colaboração de Laura Perls, Paul Goodman e Ralph Hefferline, resultantes de suas diversas influências teóricas e filosóficas, relacionadas às suas contestações à teoria psicanalítica (AGUIAR, 2005; POPPA, 2013).

Em face do que foi exposto, a problematização desta pesquisa se constitui no sentido de investigar às possibilidades da práxis do psicólogo junto às crianças com paralisia cerebral e seus familiares. Para tanto, objetivam-se analisar as possibilidades de atuação do psicólogo tanto no acompanhamento e desenvolvimento das crianças com paralisia cerebral, como no apoio e adaptação dos seus familiares, a partir de uma compreensão Gestáltica. Pretende-se também melhor compreender acerca do desenvolvimento da criança com PC, desvelar o processo de desenvolvimento segundo a Gestalt Terapia e conhecer a respeito do exercício do psicólogo com pessoas com deficiência ancorado na referida abordagem.

Os objetivos propostos do presente trabalho foram alcançados através da realização de pesquisa qualitativa bibliográfica, voltada para as obras clássicas e contemporâneas da Gestalt Terapia, bem como aos exemplares da Psicologia aplicada ao atendimento de pessoas com deficiência. Foram consultados artigos acadêmicos relacionados aos temas apresentados com o intuito de acrescentar conhecimentos para melhor contextualização e compreensão desta construção teórica.

Durante uma busca feita no repositório de monografias virtual da Universidade Federal do Maranhão, não foi possível encontrar material datado dos últimos 10 anos, que de alguma forma, abordasse o tema aqui proposto. Nesse sentido, acredito ser esse um trabalho relevante considerando a baixa de produções científicas voltadas para esse assunto e que a maioria dos estudos baseados nessa vertente está presente em outras áreas, tais como na fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem e medicina, estando direcionadas para a família nuclear da criança, em especial à mãe, referindo-se à reação frente ao diagnóstico, a reorganização familiar para prover os cuidados necessários e de como essa nova rotina de cuidados pode causar estresse para os cuidadores, no entanto, em termos de registro científico, pouco pode ser verificado acerca da criança nesse contexto e das possibilidades de autonomia

que lhes podem ser conferido sobretudo, no campo emocional. Constitui sua relevância social no que busca compreender a criança com PC e auxiliar as famílias e o trabalho multiprofissional na relação com a mesma e conhecer melhores possibilidades para o seu crescimento.

Para que se torne possível a construção de uma base teórico-discursiva de referências para a presente análise, elencam-se três seções como pontos de organização do trabalho. Na primeira, ressaltam-se as concepções da Paralisia Cerebral, sua definição, possíveis causas, consequências para as pessoas acometidas e modos de tratamentos. Na seção seguinte, discorrer-se-á sobre o conceito de deficiência, o papel da sociedade sob a perspectiva inclusiva, a importância da aceitação familiar e as possibilidades da prática psicológica voltada essas pessoas e, por fim, a seção três aponta os conceitos primordiais da Gestalt-terapia e o desenvolvimento infantil fundamentado no referencial Gestáltico. A partir de tal construção teórica, apresentam-se por fim, a análise e a discussão das reflexões levantadas seguidas das considerações finais acerca dessa problemática.

2 CONHECENDO A PARALISIA CEREBRAL

O termo Paralisia Cerebral se refere a uma lesão de caráter não progressivo decorrente no sistema nervoso central, cujos efeitos resultantes enquadram mais comumente a interferência no desenvolvimento motor normal infantil. Sua origem pode advir de diversos fatores, estando na maior parte dos casos relacionada a malformação do cérebro no decorrer da gestação ou a danos neurológicos ocorridos durante o período pré-natal, perinatal ou pós-natal, sendo que a prematuridade e o baixo peso podem aumentar a probabilidade de uma criança desenvolvê-la e sua prevenção pode relacionar-se a proteção contra acidentes durante a gravidez, melhoria na saúde materna e no cuidado perinatal (GERSH, 2007; CHAGAS et al., 2008; ZANINI; CEMIN; NIQUE PERALLES, 2009).

A PC pode ser classificada de diversas formas, a depender do comprometimento do tônus muscular, motor ou da localização da lesão. A tonicidade muscular diz respeito à tensão atribuída aos músculos que possibilita a contração ou relaxamento dos mesmos para a execução dos movimentos corporais. Quando há o aumento do tônus, a criança mantém os músculos demasiadamente tensionados, o que torna sua movimentação mais enrijecida e pouco ordenada, sendo a PC classificada como do tipo espástica. Se seus movimentos corporais são lentos e involuntários, devido à diminuição do tônus, o que prejudica a sustentação do corpo, principalmente em posição vertical, pois os músculos permanecem excessivamente em relaxamento, a classificação é do tipo atetóide. Em alguns casos ocorre da criança ter o tônus do tipo flutuante, ou seja, quando em estado de inércia o tônus é reduzido, mas pode aumentar demasiadamente quando em movimento (GERSH, 2007; DANTAS et al., 2010).

Com relação à localização da lesão no cérebro, a Paralisia pode ser especificada como piramidal, extrapiramidal ou do tipo misto. A primeira, tipo mais comum, ocorre quando o córtex cerebral motor ou os tratos piramidais são prejudicados, que são áreas responsáveis pelo controle dos movimentos voluntários, podendo causar além da limitação da mobilidade, contraturas¹, persistência de reflexos primitivos e de distensão exacerbados, entre outros sintomas relacionados à hipertonia. A segunda acontece se o cerebelo ou os núcleos da base são lesionados, áreas responsáveis por viabilizar os movimentos coordenados e manutenção da postura corporal em decorrência do processamento de mensagens do córtex

¹ Segundo Gersh (2007), contratura é o encurtamento dos músculos, tendões e cápsulas articulares que ocorre em consequência da limitação corporal, espasticidade exacerbada ou ainda um surto de crescimento da criança, causando ainda mais prejuízo da sua motricidade.

cerebral motor, a criança pode apresentar movimentos involuntários, principalmente na parte superior do corpo, o que pode dificultar também sua fala, alimentação e desenvoltura para executar gestos coordenados. O tipo misto ocorre quando tanto as áreas piramidais quanto as extrapiramidais são lesionadas e ambas características respectivamente descritas aparecem (GERSH, 2007).

Relacionado a que partes do corpo são afetadas, podem ser identificados cinco especificações. O tipo mais raro é a monoplegia, que ocorre quando apenas um membro é comprometido e suas consequências, em geral, são poucas e, por vezes, até podem desaparecer. A diplegia se caracteriza pelo maior acometimento dos membros inferiores, podendo apresentar leve comprometimento na parte superior do corpo, mas em grau não muito significativo. A hemiplegia se dá quando somente um lado do corpo é prejudicado pela lesão (direito ou esquerdo), no qual o braço frequentemente é o mais afetado, podendo desenvolver-se menos que o membro do lado oposto, manter-se flexionado ou mesmo perder a sensibilidade. Se todo o corpo é afetado, classifica-se como tetraplegia. Nesses casos, as pernas comumente são as mais acometidas, porém a alimentação e a fala também podem sofrer danos, trazendo mais empecilhos para a execução das atividades diárias. Há ainda a hemiplegia dupla, que é similar a tetraplegia, porém, os braços são os mais prejudicados pela paralisia (GERSH, 2007; ALMEIDA et al., 2015).

O grau de comprometimento do desenvolvimento infantil depende da localização e extensão da lesão no cérebro, podendo surgir também condições associadas. Dentre elas, a deficiência mental, outrora muito comum em crianças com paralisia cerebral, quando se acreditava atingir dois terços dessa população, era considerada como sinônimo de incapacidade, porém, atualmente, além do avanço tecnológico aliado à intervenção precoce possibilitarem que elas desenvolvam suas reais potencialidades, foi percebido que esse diagnóstico, que é feito através da avaliação da inteligência e nível adaptativo da criança, pode ser dificultado pela limitação de seus movimentos corporais ou da fala, o que exige maior prudência do profissional na escolha de suas ferramentas para executar o processo investigativo. O psicólogo, por exemplo, para aferir a inteligência, não poderá utilizar-se de testes que exijam habilidades motoras em uma criança que tenha sua motricidade comprometida e classificar seus resultados em comparação com os de outras cujo desenvolvimento ocorreu na média esperada (BLACKLIN, 2007; GERSH, 2007).

As convulsões, em que a atividade anormal de impulsos nervosos pode prejudicar todo o desempenho cerebral, também estão relacionadas à paralisia, sendo os casos com o tônus muscular aumentado os mais propensos a desenvolvê-las. Há também as deficiências

sensoriais, quando as crianças não conseguem controlar a quantidade e a qualidade de suas sensações, tendo reações excepcionais aos estímulos, além dos distúrbios mais comuns relacionados à posição, movimento e equilíbrio corporal. Também podem ter hipersensibilidade tátil, quando se tornam sensíveis ou intoleráveis ao toque, ou hipossensibilidade tátil, quando são mais toleráveis ou imperceptíveis à dor. Entre outras condições, tais quais problemas visuais, auditivos, de aprendizagem, de fala e alimentares. (BLACKLIN, 2007; GERSH, 2007).

Por se tratar de uma lesão permanente e estabilizada, a preocupação se volta para as consequências que ela traz, pois apesar de apresentar algumas regularidades, como os sintomas citados acima, a Paralisia evolui de maneira muito particular. É notório que o desenvolvimento da criança é afetado, podendo retardar ou mesmo interditar o alcance de marcos importantes desse processo, tal como sentar-se sozinha, falar ou andar, porém, não significa que seu crescimento e aprendizagem não irão ocorrer, visto que eles dependerão não apenas da gravidade da lesão, mas também dos cuidados e estimulações proporcionados a ela nesse percurso. Além do que, o progresso da criança deve ser avaliado a partir de metas realistas, estabelecidas de acordo com as potencialidades dela (BLACKLIN, 2007; ALMEIDA et al., 2015).

É possível perceber que as consequências da lesão não afetam somente a criança, mas toda a dinâmica familiar e as relações que eles estabelecem. Segundo Dantas et al. (2010), o cuidado com a criança com PC pode ser difícil para a família, devido ao prognóstico reservado que esta doença apresenta e pela baixa qualidade e expectativa de vida que pode ser esperada, a depender do tipo e gravidade da lesão. Haverá uma grande modificação em todo o cotidiano familiar em prol da adaptação de todos para a nova rotina de cuidados que esse novo membro demandará.

Atualmente, ainda não existe uma terapêutica que promova a redução da lesão, desse modo, o tratamento visa a melhor adaptação possível, focando aprofundar as habilidades funcionais, tentando amenizar as deformidades e prevenir maiores sequelas. Não intui uma cura, mas objetiva proporcionar a maior independência para a criança com paralisia cerebral. Para isso, quanto mais precoce for seu início, melhores serão os resultados, nesse sentido, o mais interessante é que o acompanhamento seja feito por equipe interdisciplinar, o que nem sempre acontece, pois, a depender do sistema de saúde utilizado, essa assistência pode se dar em diferentes instituições, com as especialidades isoladas (MILBRATH et al., 2012; ALMEIDA et al., 2015).

Os profissionais mais buscados geralmente são o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o fonoaudiólogo. O primeiro é responsável por detectar e tratar os distúrbios posturais, como a persistência de reflexos primitivos, danos sensoriais, na mobilidade e no equilíbrio. O segundo contribui para a superação de distúrbios sensoriais, motores e perceptivos, promovendo maior eficácia para a aprendizagem e o cotidiano, bem como em seu funcionamento em diversos ambientes. Atuam tanto na reabilitação, quanto na área da saúde mental, ou ainda, no atendimento especializado às crianças. O terceiro, visa melhorar o tônus muscular relacionado à fala e problemas de alimentação, auxiliando nas funções motoras orais (FOLTZ; DEGANGI; LEWIS, 2007).

A intervenção precoce ocorre quando o serviço destinado ao maior progresso da criança é introduzido antes dos 3 anos de idade. É importante que a criança com PC tenha acesso aos atendimentos terapêuticos nessa fase, pois é quando ela aprende e se desenvolve mais rápido. Esse programa auxilia na postura, tônus muscular e aquisição de padrões motores que servirão de base futura para execução dos movimentos que os possibilitem alimentar-se, vestir-se e executarem tarefas de modo independente. Esse aprendizado ocorre através de brincadeiras e experiências adaptadas às suas necessidades específicas. Além dos profissionais citados acima, outros podem integrar a equipe interdisciplinar, como os da área da saúde, da assistência tecnológica, serviço social e professores especializados em desenvolvimento infantil ou educação especial. Aqui, a figura do psicólogo surge na área escolar, ainda muito ligada à avaliação, utilizando-se da observação e aplicação de testes. Essa equipe, ou cada especialista, em caso de atendimento individualizado, irá propor uma terapêutica singularizada, elaborada a partir da criança e dos objetivos planejados em conjunto com seus cuidadores (FOLTZ; DEGANGI; LEWIS, 2007; JARRETT, 2007).

Nesse processo a família é parte essencial. A forma como recebe e compreende esse diagnóstico, se nega ou acolhe as necessidades específicas decorrentes da PC, pode protelar o início do tratamento e aumentar as dificuldades vivenciadas na prestação dos cuidados à criança, ou promover maior estimulação física e cognitiva a ela, bem como maior crescimento emocional. Ela é peça fundamental no tratamento, pois na maioria dos casos, é instruída e treinada pelos especialistas durante as sessões terapêuticas, tanto para que as estimulações tenham continuidade no ambiente domiciliar, quanto na busca das melhores maneiras de promover os cuidados diários e a rotina seja menos árdua para ambos (BURKE, 2007; MILBRATH et al., 2012; ALMEIDA et al., 2015).

A adaptação da família frente à identificação da paralisia cerebral nem sempre ocorre de maneira simples e rápida, muitas emoções como a raiva, pesar ou culpa podem ser

vivenciadas frente ao choque ou desapontamento por essa nova realidade. Para que haja sua aceitação, é importante que a criança seja vista para além do rótulo de sua deficiência. Adquirir conhecimentos acerca da sua condição pode auxiliar na sua compreensão, na adaptação de outros filhos, familiares, amigos ou círculo social que ela venha a ser inserida, na busca por um programa de intervenção precoce e na prevenção da superproteção. Os pais tendem a se considerar os únicos cuidadores capacitados para os filhos e, em consequência do medo de que eles sofram maiores frustrações ou fracassos, por vezes impedem que alcancem conquistas ou desenvolvam o próprio autocuidado. As expectativas para o futuro podem ser preocupantes, mas podem ser superadas se forem proporcionadas às crianças oportunidades para que desenvolvam suas potencialidades (BURKE, 2007).

Os programas de intervenção precoce também devem oferecer apoio e orientação à essas famílias, tanto no que se refere aos filhos com deficiência, quanto ao suporte para lidar com os sentimentos que possam vivenciar. Sua abordagem deve ser centralizada na família, tanto pela interdependência própria da relação existente entre os membros que a compõem, quanto pela dependência resultante da paralisia cerebral (JARRET, 2007). Para compreender como o psicólogo pode contribuir como componente ativo nesses programas, se faz necessário conhecer tanto sobre seu modo de atuação, como a forma que a deficiência é reconhecida nesse contexto.

3 HISTORICIZANDO E CONCEITUANDO A DEFICIÊNCIA

Ao longo da Antiguidade e Idade Média, as deficiências foram julgadas por parâmetros morais, sociais e, principalmente, religiosos, que dependiam intrinsecamente da cultura a que estavam inseridos. Inicialmente vista como castigo divino ou obra de espíritos malignos, seus tratamentos eram pensados a partir desses valores, o que geralmente incluía a abertura do crânio, isolamento social e, até mesmo, sacrifícios. Com a mudança da forma de pensar sobre o homem, com o enfoque no uso da ciência para auxiliá-lo a resolver seus problemas, e a evolução da medicina, resultantes do Iluminismo, a deficiência passou a ser considerada como doença, cujos sintomas eram os fenômenos físicos e comportamentais apresentados e o diagnóstico obtido com base na observação destes. O médico se tornou figura central, ou mesmo única, no tratamento, e quando não apresentavam mais resultados no sentido de uma melhora para os pacientes, estes eram abandonados para o atendimento assistencial (AMIRALIAN, 1986; MAIOR, 2015?).

Essa visão biomédica trata a deficiência como resultante de uma doença e seu objetivo terapêutico é a recuperação do maior número de competências, se possível, chegando à cura. A atenção desse modelo se volta para as limitações da pessoa, isolada do contexto social, correspondendo a um modelo integrativo à sociedade, ou seja, não ocorrem mudanças no meio social, a pessoa e sua família que se empenham para que haja sua participação na sociedade. Entretanto, a pessoa com deficiência não tem a oportunidade de exercer seus direitos diretamente, as decisões ficam a cargo de seus familiares e dos profissionais, as políticas públicas destinadas a eles são limitadas e desarticuladas e os tratamentos ainda envolvem a segregação em instituições ditas especializadas, seja em saúde, assistência ou educação (AMIRALIAN, 1986; MAIOR, 2015?).

Com a evolução das outras ciências que estudam o homem, como a educação, a sociologia e a psicologia, uma nova visão começou a surgir, isto é, começou-se de fato a estudar e analisar o comportamento destes indivíduos, os princípios que regem a aquisição destes comportamentos e as influências sociais nestas aquisições. Consequentemente, começam a aparecer uma busca de atitudes, programas e técnicas necessárias e capazes de promover o seu desenvolvimento. (AMIRALIAN, 1986, p. 3).

O enfoque passou a ser nas condições em que ocorrem as relações entre sociedade e as pessoas com deficiência, cujos direitos, independência e autonomia se tornam reconhecidos e contam com o apoio social. Esse modelo social visa a inclusão baseado na transformação do meio, ou seja, a sociedade se torna responsável por acabar com os obstáculos que impedem o acesso das pessoas com deficiência às informações e serviços primordiais para o seu desenvolvimento. A transição do modelo integrativo para o social

ainda não ocorreu definitivamente, de modo que a influência da visão biomédica perdura sobre o modo como as pessoas com deficiência são vistas culturalmente (AMIRALIAN, 1986; MAIOR, 2015?).

Dessa forma, diversas nomenclaturas já foram utilizadas para designar os indivíduos com algum tipo de deficiência, sendo a maioria delas relacionadas à invalidez. A terminologia atual, adotada em meados da década de 90, é Pessoa com Deficiência (PCD), no qual o termo “pessoa” precede a “deficiência”, do mesmo modo como espera-se que o ser humano em si seja visto antes de sua condição. Não é mais considerada como doença, visto que, se assim o fosse, suas exigências remeteriam a um tratamento provavelmente objetivando uma cura inatingível, mas sim uma condição, pois como tal, demanda de medidas específicas, sejam educacionais, sociais, médicas e/ou psicológicas, para que se desenvolvam e sejam incluídas socialmente (AMIRALIAN, 1986; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

O conceito atual de deficiência foi proposto pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), em 2007, e incorporado na legislação brasileira em 2009 sob o Decreto 6.949/2009, no qual discorre que:

[...] a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (BRASIL, 2009, não paginado).

Reconhecendo o papel do ambiente nas limitações enfrentadas por essas pessoas, torna-se obrigação social assegurar a prática de seus direitos humanos. Essa definição ultrapassa a visão estritamente clínica da deficiência, tornando-a uma questão coletiva e da esfera pública (BRASIL, 2009; MAIOR, 2015?).

A Organização Mundial de Saúde publicou em 2011 o Relatório Mundial Sobre a Deficiência, no qual também reconhece a mesma como parte da condição humana, e que precisa ser considerada em seus diversos aspectos através do equilíbrio entre os modelos biomédico e social. Esse relatório pretende favorecer a implementação da CDPD, demonstrando o cenário das pessoas com deficiência em todo o mundo, admitindo a responsabilidade da sociedade na inclusão dessa população, a importância de políticas públicas integradas, investigando as medidas existentes para a promoção da saúde, acesso a emprego e educação e participação social. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Nesse relatório é utilizado como paradigma teórico a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), também proposta pela Organização Mundial

de Saúde (2004, p. 4), que “compreende funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais”. Complementar à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que é responsável por classificar os transtornos, lesões ou doenças com base na anatomia, etiologia e causa externas, a CIF classifica a funcionalidade e a incapacidade relacionados a esses estados de saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF leva em conta a interação entre as funções fisiológicas orgânicas, a estrutura anatômica do corpo, os problemas que essas funções e estrutura podem apresentar em decorrência de uma lesão, doença ou perda e os fatores ambientais para identificarem que tarefas a pessoa consegue ou não executar no seu cotidiano (o que inclui desde a comunicação e mobilidade até as suas relações interpessoais e possibilidade de autossuficiência econômica). Nesse modelo, as limitações e restrições enfrentadas pela pessoa com deficiência estão interligadas também às dificuldades na realização das atividades e aos problemas para conseguir se envolver em situações da vida real. Assim, a funcionalidade corresponde ao aspecto positivo dessa interação, ao que a pessoa é capaz de executar, e a incapacidade ao aspecto negativo, não sendo determinada apenas pelo seu estado de saúde, como também pelas condições do meio ambiente, contexto social e disponibilidade de serviços para ela. Desse modo, é possível afirmar que a CIF é um instrumento utilizado para avaliar além do estado funcional da pessoa, preocupando-se também com as suas condições de vida. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A Classificação adota uma visão biopsicossocial da deficiência e, considerando a funcionalidade e incapacidade como frutos da relação entre as funções orgânicas e as limitações para a realização das tarefas do cotidiano e participação social, revela a singularidade de cada caso, pois, segundo Farias e Buchalla (2005, p. 189), “duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm necessariamente a mesma condição de saúde”. Propondo assim, o acompanhamento individual com uma equipe interdisciplinar e na dimensão sociocultural, pretende compreender demograficamente essa interação para facilitar e ampliar esse processo de cuidado, levando melhores condições de saúde para as populações, bem como maior implementação de políticas públicas integralizadas.

A CIF revela a grande influência do contexto ambiental, como facilitador ou prejudicial, no que se refere à condição do indivíduo. Ultrapassando o enfoque biológico e preocupando-se com a interação entre a perda de uma função corporal e o meio, admite a deficiência como um fenômeno social, de modo que, para compreender a pessoa com

deficiência e sua forma de se ajustar diante dessa condição é necessário compreender também os valores familiares, sociais e culturais em que está inserido, visto que, por vezes, esta é mais limitada por atitudes sociais do que pela própria deficiência, que ainda é definida socialmente como incapacitante, limitante e indesejável. Percebe-se então que a visão focada unicamente na pessoa com deficiência, resultante do modelo biomédico, proporcionou grandes aprendizagens sobre seus processos mentais e funções orgânicas, mas pouco avançou no conhecimento acerca de como ela estabelece as relações interpessoais e as influências destas para o seu desenvolvimento (AMIRALIAN, 1986; FARIAS; BUCHALLA, 2005; BUSCAGLIA, 2006).

É a sociedade quem cria os incapazes. Enquanto a maior parte das deficiências é produto do nascimento e de acidentes, o impacto debilitante na vida das pessoas frequentemente não é resultado tanto da 'deficiência' quanto da forma como os outros definem ou tratam o indivíduo. (GORDON, 1974 apud BUSCAGLIA, 2006, p. 21).

Dessa forma, os valores socioculturais determinam às normas físicas e de beleza a serem seguidos, o que é disseminado pelos meios de comunicação, que sugerem os modelos perfeitos e os padrões a serem absorvidos e que, por outro lado apontam como diferentes e abomináveis os que divergem deles, o que geralmente remete a algum defeito físico e influencia também no que é reconhecido como normalidade ou não. Sem contar que os atributos físicos divergentes podem ainda ser relacionados às qualidades de natureza interior, tais como a personalidade e inteligência, de modo que as pessoas com deficiência física por vezes são consideradas inferiores no que se refere também às habilidades mentais (BUSCAGLIA, 2006).

Um atributo físico pode equivaler a incapacidade quando enfraquece a pessoa física, emocional e/ou psicologicamente, a impedindo de alcance determinados objetivos ou interferindo de modo negativo em suas relações sociais, sem que este necessariamente seja uma deficiência. A inferioridade se relaciona ao menor ajustamento em determinada situação, quando ela é considerada menos capaz para determinada atividade, o que é avaliado de acordo com as normas culturais e, mais uma vez, esta incapacidade pode ou não estar relacionada à deficiência, pois mesmo uma pessoa com atributos típicos pode sentir-se inferiorizada em algumas circunstâncias. Esse sentimento de inferioridade decorre da divergência dos padrões estabelecidos e exerce grande influência na construção da autoimagem e autoestima da pessoa com deficiência, o que dificilmente ocorre de forma positiva. Sobre esse aspecto é necessário salientar o papel da família nesse processo e de como o desenvolvimento desses conceitos, e da pessoa, está interligado ao modo como acontece os relacionamentos familiares (AMIRALIAN, 1986; BUSCAGLIA, 2006).

Apesar transformações em suas relações interiores e mudanças de papéis devido as repercussões sociais, políticas e econômicas vivenciadas, a instituição familiar é ainda a base mais importante do desenvolvimento humano. Adotando a teoria sistêmica, a família pode ser concebida como:

[...] um sistema constituído de vários níveis de relações como um sistema interacional, complexo e composto por subsistemas (como marido–esposa, genitores–filhos, irmãos–irmãos, avós–netos) integrados e interdependentes que estabelecem uma relação bidirecional e de mútua influência com o contexto sócio-histórico no qual estão inseridos, caracterizando uma rede cíclica de interações. (NUNES; SILVA; AIELLO, 2008, p. 37).

A partir dessa perspectiva, a qualidade dessas interações depende da coesão, ou seja, da conexão emocional entre os integrantes e o quanto se sentem independentes nesse núcleo, e da adaptabilidade, isto é, a capacidade de mudança frente a uma situação de estresse. A cultura estabelece como ocorre sua formação, sendo que o casal heterossexual não é a única possibilidade de subsistema conjugal nesse contexto, e as relações ultrapassam o modelo pai-mãe-filhos, no qual a frequência de contato com os avós, tios e/ou primos fará com que componham a família estendida. A questão de gênero há de ser considerada também, devido às modificações dos papéis sociais, face à inserção da mulher no mercado de trabalho, que pode fazer com que esta acumule diversas funções ou as inverta com outros membros. (SIMIONATO; OLIVEIRA, 2003; NUNES; SILVA; AIELLO, 2008).

A família é a primeira estrutura social vivenciada, é de onde se dispõem os primeiros contatos e as primeiras relações interpessoais da criança, no qual se constitui o modelo para todas as outras que vier a estabelecer. Ao se preparar para a chegada de um novo membro, muitas expectativas são geradas pela família e nenhuma delas inclui uma criança com algum tipo de deficiência. Essa lógica de pensamento e conduta pode ser facilmente aferida com o momento do diagnóstico, que geralmente é vivenciado como um “luto” decorrente da perda do filho idealizado, combinado ao trabalho de se ajustar diante dessa nova realidade, aceitar a criança e sua deficiência e promover seu desenvolvimento. Isso ocorrerá com maior ou menor sofrimento a depender de uma série de fatores, bem como a abordagem utilizada pela equipe de saúde tanto no acolhimento quanto no acompanhamento, o nível de conhecimento da família, valores culturais e preconceitos (AMIRALIAN, 1986; DANTAS et al., 2010).

Dar à luz uma criança deficiente é um acontecimento repentino. Não há um aviso prévio, não há tempo para se preparar. Praticamente inexistente um aconselhamento educacional ou psicológico aos confusos pais, nesse momento crucial, dentro ou fora do hospital. Grande parte do que farão por seus filhos se baseia no instinto ou no método do ensaio e erro. Quanto aos seus sentimentos, medos, ansiedades, confusão e desespero, terão de controlá-los da melhor maneira possível. (BUSCAGLIA, 2006, p. 35).

Geralmente há muita resistência por parte da família antes que ocorra a aceitação, isso se ocorrer. Seus sentimentos pressupõem uma ambivalência, pois ao passo que os pais desconfiam que haja algo incomum no desenvolvimento da criança, se mantêm esperançosos de que não seja esteja acontecendo nada atípico. Quando acontece a confirmação do que julgavam ser impossível, a família vivencia o conflito, buscam causas para a deficiência e tendem a se culpabilizar, acreditando serem incompetentes para conceber uma criança incólume. A vivência do diagnóstico pode ser dificultada ainda mais se os profissionais responsáveis pelo repasse não forem empáticos e bem preparados do ponto de vista transcendente às questões meramente burocráticas e, portanto, técnicas. O uso de linguagem extremamente científica, a falta de disponibilidade para dirimir dúvidas dos pais, se isentarem de clareza quanto à transmissão real e significativa da situação clínica da criança, dentre outros incautos, são fatores que em grande proporção podem prejudicar a compreensão e aceitação da família (AMIRALIAN, 1986; DANTAS et al., 2010).

Entre as reações apresentadas pela família, a primeira comumente é a negação, no qual se recusa a admitir a deficiência ou a toma como algo passageiro, acreditando no desenvolvimento típico da criança e exigindo dela como das outras de mesma idade. Tal atitude pode gerar muitos prejuízos, tanto no aspecto motor e cognitivo, mas especialmente no afetivo e emocional. Outra reação refere-se à projeção, quando creditam aos profissionais que fazem o acompanhamento da criança, a culpa pelo desenvolvimento considerado insuficiente, abaixo das suas expectativas, pois consideram que estes são incapacitados para atendê-la. Há ainda casos em que os pais não esperam que a criança se desenvolva ou alcance algum tipo de autonomia, nestes casos, são superprotetores, não permitem que realize sozinha mesmo as atividades que tem capacidade, antecipam suas demandas e acabam fazendo tudo por elas. (AMIRALIAN, 1986; DANTAS et al., 2010).

Algumas crianças que apresentam deficiências físicas podem vir a ter maior necessidade de ajuda no desempenho de algumas funções. Ai então os pais precisarão ajuda-las a diferenciar entre uma real dependência física e a dependência emocional causada pela limitação de movimento. (AMIRALIAN, 1986, p. 50).

A superproteção dos pais impede que tenham experiências que estimulam o crescimento e, também, pode difundir uma definição incapacitante que tende a ser superada com dificuldade. Essa diferenciação entre dependência física e emocional pode parecer bem complicada para algumas famílias, exigindo ajuda profissional para conseguir o equilíbrio dessas atitudes.

Amiralian (1986) e Buscaglia (2006) afirmam que ao nascerem, as crianças com e sem deficiência, possuem mais semelhanças que diferenças. Ambas precisam do amor e

carinho familiar, precisam passar por experiências sociais, de explorações do próprio corpo e do ambiente, sentirem-se amadas e seguras, estimulação da linguagem, entre outros valores de construção de autoconceito, para que se desenvolvam e adquiram novas habilidades. Vale ressaltar que há a possibilidade da deficiência influenciar o modo como vivencia esse período ou fazer com que esse desenvolvimento ocorra de forma mais lenta que de outras crianças de sua faixa etária. A necessidade de hospitalização pode mantê-las isoladas de seu lar, em uma rotina desconfortante de exames, medicamentos ou dietas específicas, entretanto, mesmo em casa esse isolamento pode acontecer, e ela se tornar incapacitada por viver em um ambiente estável e limitado, extremamente protegida.

A criança terá maiores possibilidades de se desenvolver se houver o apoio da família e se for por ela, estimulada e, se puder experimentar progressivamente o mundo. Serão essas vivências, contudo, dos primeiros anos de vida que possibilitarão a diferenciação de si mesma, aquilo que é do Eu, a formação do autoconceito e o reconhecimento de suas possibilidades. Os pais podem precisar de ajuda na compreensão de que seus sentimentos a respeito da criança interferem no processo de amadurecimento, bem como de orientações no que se refere à instrução da mesma. Há possibilidade de serem muito permissivos, acreditando que ela já é muito restringida por sua condição, acabam não a repreendendo quando necessário, não ensinando os limites reais e o respeito aos direitos das outras pessoas. As crianças com deficiência também precisam de disciplina, de modo coerente, e aprender a conviver em família e com o mundo (AMIRALIAN, 1986; BUSCAGLIA, 2006).

Esse momento da infância é muito importante para o desenvolvimento, pois é nesse período que a criança vai adquirir, ou não, a confiança fundamental que prevalecerá em todo seu crescimento. É evidente a influência dos pais na formação das atitudes relacionadas ao enfrentamento de sua condição, se consegue lidar com otimismo ou não diante de suas perspectivas, se ocorre o aprendizado ou não, se demonstra mais apatia ou desespero que segurança e alegria, dentre outros fatores. Dito isto, estes também podem necessitar de apoio profissional psicológico para que compreendam sua importância, sua responsabilidade nesse processo, bem como as consequências do que proporcionarem a ela, entretanto, essa ajuda pode não ser encontrada com tanta facilidade (BUSCAGLIA, 2006).

3.1 A atuação do psicólogo no atendimento à criança com deficiência e seus familiares

A preocupação em se conceituar a deficiência e compreender como esta afeta o processo de aprendizagem e desenvolvimento tem se tornado crescente, de modo que é

possível perceber um maior número de pesquisas nessas temáticas interligadas. Buscaglia (2006) afirma que na década de 80 já existia nos Estados Unidos um número considerável de pesquisas acerca da atuação do psicólogo junto às crianças com deficiência e seus cuidadores, em abordagens diversas, entretanto, a maioria desses estudos não descrevia de modo claro e especificado o que de fato era realizado no processo, por exemplo, os dados sobre a população participante, técnicas utilizadas e tempo de duração eram negligenciados, o que impedia de serem reiterados em outros locais, corroborando para sua inutilidade. Outro fator apresentado pelo autor refere-se à ineficácia da terapêutica ser resultante também da falta de habilidade do terapeuta. Além de não serem apresentadas as qualificações do profissional (enquanto psicólogo, orientador ou professor), comumente a abordagem ou técnica que embasava a terapia eram descritas despropositadamente. Há ainda os casos em que essa inabilidade se referia a falta de preparo do terapeuta para atingir objetivos estabelecidos na terapia. Mantinham uma postura superprotetora, por exemplo, e não conseguiam confrontar a pessoa quanto aos comportamentos inadequados ou autoconceito negativo (AMIRALIAN, 2003; BUSCAGLIA, 2006).

No Brasil, é possível perceber o avanço da década de 80 ao início do século 21, relativo às pesquisas nessa área. Os psicólogos passaram a se interessar por esse campo, especialmente sobre o processo de desenvolvimento, de aprendizagem e inclusão social e no mercado de trabalho, assim como pelos meios de intervenção utilizados, seja diretamente com a pessoa com deficiência, com seus familiares ou com a comunidade. No entanto, é perceptível também que não foi de modo uniforme que ocorreu este crescimento, visto que, quando se considera as pesquisas específicas em cada deficiência, encontra-se muitas sobre determinados transtornos, enquanto outras continuam em estado de indefinição. O mesmo ocorre quanto ao embasamento teórico das mesmas, sendo mais facilmente identificados estudos em certas abordagens que em outras (AMIRALIAN, 1986, 2003).

Amiralian (1986) afirma que a pessoa com deficiência não deve ser vista como paciente passivo, mas reconhecido como parceiro, uma vez que o processo rumo a autoconsciência e independência é dele. No que se refere à práxis do psicólogo, a autora propõe três serviços: a educação especial, a reabilitação e a psicoterapia.

A educação especial tem por objetivo proporcionar condições satisfatórias para o desenvolvimento daquelas crianças que, por condições intelectuais, físicas ou sócio-emocionais, não conseguem usufruir plenamente das condições oferecidas para a maioria e necessitam de recursos específicos para adquirir habilidades. (AMIRALIAN, 1986, p. 63).

Na educação especial, o psicólogo pode tanto especializar-se na área educacional, cujo trabalho avança de modo indireto, quanto trabalhar diretamente com a criança. Em qualquer

uma das formas de atendimento, o método de ensino e recursos utilizados pelo profissional serão selecionados a partir do conhecimento acerca da condição particular do cliente, do seu nível de aprendizagem e modo de ajustamento. Aqui, a estimulação precoce tem sido muito utilizada, pois pretende prevenir atrasos no desenvolvimento da criança, para tanto, tem seu início com ela ainda bebê. Os cuidadores são parte ativa nesse programa, pois se utiliza da relação entre eles, orientando para melhorar o desempenho de ambos (AMIRALIAN, 1986).

Na reabilitação, o objetivo do atendimento é fazer com que a pessoa com deficiência adquira novas habilidades que a tornem mais apta possível para desenvolver as tarefas diárias, superando as incapacidades. O trabalho do psicólogo nesse segmento é vinculado a coordenar as discussões com a equipe interdisciplinar, treinamento de pessoal para aplicação de técnicas, aconselhamento e avaliação psicológica, sendo esta última sua função principal neste setor. Assim como na educação especial, todas as intervenções em reabilitação são planejadas de acordo com o cliente, desse modo, a avaliação é o primeiro passo do processo, de onde se originará todas as informações necessárias para o planejamento do programa a ser estabelecido. As dificuldades enfrentadas na avaliação dizem respeito à falta de instrumentos adaptados para pessoas com deficiência e, também, as habilidades do psicólogo, ou falta delas, nesse processo (AMIRALIAN, 1986).

O atendimento psicoterápico para a pessoa com deficiência aparece como opção em casos cuja condição surgir de problemas emocionais, mas não se resume a estes. A deficiência, segundo Amiralian (1986, p. 71): “não leva o sujeito necessariamente a uma desorganização da personalidade”, entretanto, pode haver casos em que tal desorganização ocorra e interfira na satisfação pessoal. Nesse ponto, é possível afirmar que essa modalidade não pode ser acessada por todos, há a exigência de certo nível de desenvolvimento linguístico e cognitivo da pessoa. Buscaglia (2006) relata estudos em que intervenções feitas com cuidadores da criança com deficiência (seja em psicoterapia ou aconselhamento), apresentam benefícios para ambos, reafirmando a influência da atitude da família no processo de crescimento e sugere esse acompanhamento também a outros integrantes do seu círculo social, como os professores ou orientadores.

Em qualquer uma dessas três possibilidades de atuação, o trabalho do psicólogo se desenvolverá intimamente relacionada à abordagem adotada por ele, o qual irá embasar sua maneira de ver o homem, o processo de crescimento, de interação com o mundo, bem como as estratégias terapêuticas que utilizará nesse processo. Dessa forma, para se pensar sobre a prática psicológica fundamentada numa perspectiva Gestáltica, se faz necessário conhecer acerca dessa teoria.

4 A EPISTEMOLOGIA GESTÁLTICA

A GT surgiu a partir das ideias de Friederich Perls, resultantes das diversas influências filosóficas que ele teve, relacionadas às suas contestações à teoria psicanalítica. Em colaboração de Laura Perls, Paul Goodman e Ralph Hefferline, Perls fundou esta abordagem reunindo elementos de pressupostos filosóficos, tais como a Fenomenologia, as Filosofias da Existência e o Humanismo, e as teorias de base, como a Organísmica, Teoria de Campo e a própria Psicologia da Gestalt, em que o resultado obtido ultrapassou um simples montante de conceitos (GINGER; GINGER, 1995; POPPA, 2013).

Dentre as influências fenomenológicas, especialmente está a compreensão da pessoa tomada como um todo, dotada de consciência intencional, cuja experiência imediata é única, percebida corporalmente e tem seu sentido reconstituído a partir de sua própria vivência. Por isso a importância da descrição desse processo acima da explicação, no qual os “porquês” são sobrepostos pelo “como” e as teorias predeterminantes, ou os a priori, são evitadas. Das Filosofias da Existência preservou a particularidade de cada experiência individual, a responsabilidade de cada pessoa em construir ativamente sua existência ao longo do tempo, que é relacional, vivenciado conforme as emoções presentes, bem como a capacidade de mudar suas escolhas, e a si mesmo, ao longo da vida, por ser fundamentalmente livre. Considera também a pessoa em sua totalidade, constituída de força renovadora que impede seu adoecimento por inteiro. (GINGER; GINGER, 1995; RIBEIRO, 2007).

A Psicologia da Gestalt teve seus estudos focados essencialmente na percepção a partir das relações do organismo com o meio e, posteriormente, os ampliaram para a memória, inteligência e personalidade em geral. Afirma desde seu início que a totalidade é diferente da soma das partes, de modo que o campo é percebido diferenciado em figura, ou seja, a forma que se destaca a depender da relação do organismo com o meio, e só pode ser percebida pela existência de um fundo, de onde outras figuras podem emergir. Ocupava-se principalmente dessas inter-relações. (GINGER; GINGER, 1995; RIBEIRO, 2007).

Segundo a Gestal-terapia, o homem é concebido a partir de uma visão holística, ou seja, um ser global. Suas várias dimensões (orgânica, emocional, cognitiva, espiritual e etc.) são compreendidas sempre articuladas, recíprocas e em busca de equilíbrio, entendidas a partir do contexto onde este homem está inserido, assim, uma instabilidade ocorrida em alguma das partes, é percebida por todas as outras, bem como, pela totalidade do sujeito. Há instantes em que uma necessidade oriunda de uma dessas partes salta à percepção, torna-se

figura em meio às outras que permanecem como fundo, delimitando-a e alicerçando-a (AGUIAR, 2005).

Essa visão holística é fortemente embasada pela Teoria de Campo, desenvolvida por Kurt Lewin, e pela Teoria Organísmica, proposta por Kurt Goldstein. A primeira teoria descreve a interação entre a pessoa e o mundo que a cerca, a partir de uma relação de troca mútua que acontece na fronteira entre os dois, o qual denomina meio psicológico. A soma desse meio com a pessoa em equilíbrio com seu ambiente, resulta no espaço vital, que é onde ocorre o comportamento (POPPA, 2013).

A ideia de campo vem de campo elétrico ou magnético e representa uma metáfora. O que acontece a algo localizado nesse campo de forças é função das propriedades globais do campo, considerado como um todo dinâmico interativo. O campo como um todo também é alterado como resultado da inclusão de algo novo. A marca da teoria de campo é a possibilidade de olhar para a situação total, ao invés de considerá-la item por item de maneira fragmentada. (POPPA, 2013, p. 18).

Ribeiro (2007) afirma que na prática terapêutica, isso se traduz em perceber o comportamento como resultante de um campo específico em determinado momento, não podendo ser entendido fora da relação entre pessoa e meio, considerando também que a alteração em uma das partes envolvidas, refletirá no campo como um todo. Assim, não há como compreender qualquer tipo de comportamento sem considerar a interação campo organismo-ambiente.

O organismo é definido segundo a teoria de Goldstein, no qual tende a buscar o equilíbrio de acordo com as possibilidades do campo, seja internamente, por meio de compensação fisiológica, ou pelo contato sensorio motor, indo ao meio alcançar o necessário para atender suas necessidades. Pode ainda adquirir recursos adaptativos quando em contexto desfavorável, ajustando-se como é possível, sempre visando a autorregulação, de modo que o organismo é considerado também como de atuação ativa (POPPA, 2013).

A visão da Gestalt-terapia de homem integral em constante relação no mundo, proporciona o entendimento deste como em crescimento contínuo, capaz de modificar-se durante toda sua existência, bem como de compreendê-lo em maior abrangência, em todo seu contexto. Desse modo, independentemente de sua idade e desenvolvimento cognitivo, se há dificuldades em suas funções de contato (os cinco sentidos, fala e movimento), presença de deficiência física ou doença orgânica, este será visto de forma integrada (AGUIAR, 2005).

Essa unidade indivisível que é o homem gestáltico constitui-se e constrói-se a cada momento a partir das relações que estabelece no mundo e, por isso, podemos afirmar que o ser humano visto pela Gestalt-terapia é essencialmente relacional. O ser humano cresce e desenvolve-se ao longo do tempo *na e a partir da* relação: nós existimos a partir da relação, e não há outra forma de nos constituirmos, a não ser na relação. É na interação ininterrupta com o mundo, desde o momento do nascimento até o fim de sua vida, que o ser humano diferencia-se, transforma-se e

desenvolve-se como uma pessoa com características próprias. (AGUIAR, 2005, p. 43).

É através das diversas relações dialéticas que ocorre o desenvolvimento. Ribeiro (2007), considera a definição de contato intimamente relacionada à de campo e espaço vital, pois é no primeiro que este acontece e o segundo é resultante dessas múltiplas experiências ao longo da vida, atualizando-se a cada novo contato. O autor aponta que: “Contato é fruto do aqui e agora de uma relação entre espacialidade e temporalidade, em que o sujeito se coloca entre o espaço e o tempo buscando se integrar na relação com o outro, no mundo.” (RIBEIRO, 2007, p. 14). Esse movimento não se dá de modo inconsciente ou sem sentido, ao contrário, caminha para a ampliação da consciência e possui significação mesmo quando é destrutivo, ou seja, quando o mundo se sobrepõe à pessoa.

Para Polster e Polster (2001, p. 115), todo contato essencialmente leva à mudança, pois são nessas experiências que há a incorporação ou rejeição das informações vindas do ambiente, por isso o crescimento é sempre possível. “O contato existe na interação com objetos inanimados e animados [...]. Também pode-se fazer contato com memórias ou imagens, e experimentá-las de modo nítido e pleno.” Difere de uma união, pois se dá numa fronteira cujo senso de separação permanece, é sentido tanto o contato quanto o afastamento, é o ponto em que a pessoa experimenta o senso próprio de “eu” relativo ao que é percebido como não-“eu”. Ginger e Ginger (1995) se referem à pele como exemplo concreto e metafórico de fronteira, pois esta protege e delimita a pessoa, mas é também através dela que ocorrem as trocas com o meio, devido aos poros e terminações nervosas. Essa interação acontece de modo único para cada um, a Gestalt-terapia não ignora as regularidades, mas ocupa-se das singularidades do desenvolvimento, de como o que é universal e o que é específico se ajustam, formando cada indivíduo (AGUIAR, 2005).

Esta abordagem não privilegia o caráter biológico ou orgânico, numa perspectiva de crescimento relacionada ao desenvolvimento de habilidades individuais, “mas envolve uma reorganização ininterrupta e total do campo organismo-meio.” (AGUIAR, 2005, p. 59). Dessa forma, não divide o processo de desenvolvimento em estágios ou fases sucessivas e hierarquizadas, nas quais, conseqüentemente, a criança, se comparada ao adulto, seria menos estruturada, incompleta ou em construção e que ao atingir determinada fase, estaria pronta ou teria adquirido todas as características possíveis referentes ao processo de crescimento. Para a GT, a criança “é fruto das influências ambientais (sociais, culturais), da aleatoriedade dos acontecimentos e das potencialidades inatas herdadas” (ANTONY, 2006, não paginado). Assim, mesmo características comuns

aos indivíduos, florescerão de modo singular em cada um, a depender de diversos fatores, especialmente as relações estabelecidas desde o nascimento e as formas de contato disponíveis.

4.1 O desenvolvimento a partir da concepção Gestáltica

Perls (2002) escreveu acerca do desenvolvimento infantil a partir de suas discordâncias à teoria da libido freudiana, questionando as concepções acerca dos estágios da evolução da sexualidade e do alto patamar concebido ao caráter genital, fazendo uma relação entre o desenvolvimento dos dentes e a forma de se alimentar. O autor traz que, enquanto feto, a criança é alimentada sem muita dificuldade, através do cordão que a liga a mãe, recebendo também oxigênio e todas as substâncias necessárias para o seu crescimento. Após o nascimento, com o corte dessa ligação, a mesma tem que respirar por conta própria para providenciar seu oxigênio e, embora ainda não precise destruir alimentos sólidos, necessita ingerir o leite através da sucção do seio materno. Segundo Poppa (2013), à medida que a dentição da criança se desenvolve, os alimentos oferecidos a ela se tornam mais sólidos, exigindo maior esforço para serem devorados.

O desenvolvimento da habilidade de morder proporciona ao indivíduo a habilidade de destruir as informações que recebe do mundo externo para que, em seguida possam ser assimiladas e alcancem um sentido pessoal. A destruição tanto dos alimentos, quanto das informações e das interações pessoais permite ao indivíduo discriminar os elementos nutritivos dos tóxicos nas suas experiências, o que possibilita que apenas os elementos nutritivos sejam assimilados pelo organismo e os elementos tóxicos das experiências possam ser rejeitados. (POPPA, 2013, p. 41).

Dessa forma, o desenvolvimento pensado a partir da Gestalt-terapia, refere-se a um processo contínuo de interação com o mundo, de modo que durante toda a existência temos a possibilidade de nos modificarmos. É considerado como o andamento da aquisição de mecanismos de escolha do que precisa no outro e como vai buscá-lo. Inicialmente, utiliza essencialmente do suporte ambiental para sua satisfação e caminha aos poucos para o autossuporte, ou seja, embasado em princípios próprios, no qual a autonomia é entendida como a possibilidade de avaliar como e quando o outro é necessário, e não que o suporte ambiental seja completamente dispensável (AGUIAR, 2005).

Segundo Aguiar (2005, p. 96), a criança busca o equilíbrio entre a satisfação de suas necessidades, aqui entendidas como qualquer exigência do organismo vivo, no contato com o meio, processo denominado ajustamento criativo. Nessa interação, ela busca a maneira mais adequada de se ajustar, agindo no meio tomando para si o que é substancial e

modificando o que não lhe convém. Não é similar ao conceito do senso comum de adaptação, no qual a pessoa é modelada pelo ambiente, exatamente por exigir sua ação no meio que é criativo. O autor ainda cita que “O que diferencia o ajustamento criativo dito saudável do não saudável é basicamente a forma como a interação criança/mundo regida pelo processo de autorregulação acontece.”. É necessário ordenar suas necessidades, da maior para a menor magnitude, para poder satisfazê-las. Entretanto, nem sempre a pessoa é capaz de satisfazer as mais importantes, por não conseguir hierarquizá-las. A criança, por exemplo, costuma colocar sua necessidade de confirmação pelo outro acima de todas as outras, assim, ela suprime ou distorce outras necessidades, caso entrem em conflito com a esperança de ser reconhecida no seu campo, agindo de acordo com as expectativas dos adultos, sejam atendendo-as ou contrapondo-se a elas.

Isso significa que em alguns momentos seu ajustamento será saudável, pois conseguirá satisfazer suas necessidades sem nenhum prejuízo para sua relação mais ampla com o mundo e o outro; porém, em outros momentos se mostrará inadequado, pois, apesar de satisfazer uma necessidade específica, não contempla outras também importantes para a criança, trazendo uma série de consequências desagradáveis. Estas, por sua vez, demandam outros ajustamentos, que não sendo totalmente funcionais implicam outras consequências insatisfatórias – e assim por diante, numa sucessão de ajustamentos disfuncionais na relação da criança com o mundo e com seu semelhante. (AGUIAR, 2005, p. 98).

As dificuldades de ajustamento terão origem no modo de relação instaurado entre a criança e o meio, não em um ou em outro isoladamente, dessa forma, a saúde será concebida a partir das possibilidades contínuas de satisfação de configuração fluida, relacionada contextualmente. A criança pode produzir vários modos de se relacionar no mundo, a depender dos recursos que tiver disponíveis, para tanto, precisa adquirir a capacidade de aperceber-se, dar-se conta do que acontece em todas as suas dimensões nessa interação, ou seja, estar *awareness*. Todos os ajustamentos criativos, sejam saudáveis ou não, e os outros aspectos da criança, irão configurar o seu *self* (AGUIAR, 2005).

O *self* é entendido pela Gestalt-terapia como um processo singular, específico de lidar num certo campo em determinado momento e mutável de acordo com as circunstâncias. Por ser a criança relacional e em constante desenvolvimento, ele não é fixo e, mesmo quando adulta, jamais estará concluído ou acabado. Atua em três modos: o id (referente às necessidades vitais, se traduz corporalmente e em atos automáticos, a exemplo da respiração), o eu (que é ativo, refere-se à decisão, à manipulação do meio a partir da percepção das necessidades, à deliberação acerca do aumento ou limitação do contato) e a personalidade (a visão que a criança tem de si mesma, o reconhecimento do que sente e faz

como próprio, a partir da assimilação de experiências já vividas, a própria identidade) (GINGER; GINGER, 1995).

O desdobramento do *self* está intimamente relacionado ao da fronteira de contato, e conseqüentemente, às relações estabelecidas ao longo da vida. O ciclo do contato (também entendido como ciclo de satisfação de necessidades ou de autorregulação orgânica) se desenvolve em quatro fases fundamentais, no qual o *self* irá exercer sua função de acordo com cada etapa. A primeira é o pré-contato, fase essencialmente perceptiva, em que a figura é discriminada ante ao fundo, aqui atua a função id. A segunda se refere ao tomar contato, no qual o *self* funciona como eu de modo ativo, no processo de enfrentamento do meio que visa uma escolha dentre as diversas possibilidades de satisfação no campo, a emoção geralmente se faz presente nesse momento. No contato final, ou contato pleno, ocorre a abertura da fronteira de contato e a harmonia entre a percepção, emoção e movimento, o eu ainda atua, porém num misto de atividade e passividade, permitindo uma confluência² saudável com o outro. No pós-contato ou retração, atua o modo personalidade, no qual a vivência da pessoa integra-se à sua dimensão histórica restabelecida no aqui e agora. É o momento no qual o crescimento é favorecido por conta da assimilação da experiência vivida (GINGER; GINGER, 1995).

Nesse processo de satisfação de necessidade, a agressividade é essencial para o ajustamento criativo. Entendida como energia inerente à condição humana, é por meio dela que age manipulando o campo para satisfazer suas necessidades, de modo que é indispensável para o desenvolvimento. Segundo Aguiar (2005, p. 63), “sua expressão e sua utilização podem ser construtivas ou destrutivas, dependendo do momento e do contexto em questão”. Através dos ajustamentos criativos, no convívio familiar, social e escolar, a criança vai adquirindo recursos para se colocar no mundo de modo mais amplo, construindo sua história no contato com ele. Dessa forma, o período considerado como a infância é esse em que as transformações ocorrem mais aceleradas, com mais frequência.

Aguiar (2005), afirma que antes de nascer, a criança já existe, devido as expectativas e planos da família. Durante a gestação ela já está em interação com a mãe e após o nascimento, é recebida conforme o contexto maior de interações desse grupo. A criança real sempre difere da imaginada, e o modo como a família se ajusta diante dessas diferenças é de suma importância para a qualidade das primeiras relações constituídas com ela.

² Fusão por ausência de fronteira de contato. O *self* não pode ser identificado. (GINGER; GINGER, 1995).

A criança, quando ainda muito pequena, não consegue diferenciar o mundo interno do mundo externo (PERLS, 2002). Segundo Aguiar (2005), inicialmente, ela não consegue distinguir-se na relação com a mãe, essa confluência primordial, progressivamente dá espaço ao desenvolvimento das suas fronteiras de contato, alicerçada nas introjeções³ que faz sobre o outro e sobre si mesma, a partir do que recebe das relações com os adultos. É por via dessa função que vai apreendendo a capacidade de autorregulação, de se reconhecer como pessoa separada da mãe, com necessidades próprias e seus mecanismos de satisfação.

Para tanto, Polster e Polster (2001) discorrem sobre a importância de haver confiança no ambiente visto que, primitivamente absorve tudo de assimilável que é oferecido pelo meio, este tem de ser favorável e dispor de material nutritivo. À medida que ela se desenvolve, aumenta também sua diferenciação com o mundo, começa a perceber suas necessidades e seu modo próprio de satisfazê-las, não consentindo mais com tudo que lhe é disposto, isso é fundamental para o desenvolvimento de sua autonomia e autoestima. Aguiar (2005) descreve dois tipos de discriminação relacionados à teoria de Perls sobre o desenvolvimento dos dentes. Após a fase inicial de total introjeção, a criança começa a rejeitar tudo o que percebe como não condizente com o que necessita, nesse momento experimenta a possibilidade de escolher e se opor ao outro, afirmando sua individualidade, é quando começa a “cuspir” o que lhe é dado e, mais adiante, a verbalizar exacerbadamente os “nãos”, essa é a discriminação reativa. A discriminação criativa ocorre quando a criança percebe que pode transformar o que lhe é oferecido, que pode “mastigar” as coisas, modificando sua estrutura para que se torne assimilável, permitindo que organize a experiência à sua necessidade. As duas formas de discriminação permanecem concomitantes na vida adulta.

Todas essas concepções são desenvolvidas a partir da interação da criança com o mundo, que ocorre pelas funções de contato. Polster e Polster (2001, p. 103 e 139), afirmam que “o contato quase sempre significa toque”, pois quaisquer dos cinco sentidos que estejam em foco envolvem o corpo ser tocado, seja por ondas de luz, de som ou substâncias gasosas, entretanto, os autores descrevem sete funções: olhar, ouvir, tocar, falar, mover-se, cheirar e provar, e afirmam a importância de cada uma delas no processo de contatar, o que, de acordo com o contexto, pode demandar ora da predominância de alguma, ora de sua articulação, para melhor aproveitar a experiência. Elas funcionam de modo similar, conforme descrito pelo ciclo de contato, há uma estimulação inicial impulsionada pela

³ Assimilação do que é oferecido pelo mundo. No início da vida serve de base para a criança construir o conhecimento acerca de si e do mundo (AGUIAR, 2005).

figura de interesse no campo, que pode vir acompanhada ou não da mobilização para o tomar contato, visto que esse processo pode ser interrompido em qualquer etapa, pelo distúrbio da função em jogo. Nem todas as experiências de contato são felizes, algumas podem ser bem deprimentes, mas ainda são necessárias ao desenvolvimento. Por vezes, o contato pode ser até mesmo prejudicial, sendo mais saudável ajustar-se de modo a evitá-lo, segundo os autores “o problema começa quando uma pessoa se torna dependente da deflexão⁴ ou não consegue discriminar quando ela é necessária”. Desse modo, fica alienada de si, desconectada de suas potencialidades.

O desenvolvimento não saudável se relaciona com a padronização de ajustamentos criativos no sentido da evitação do contato. Quando a interação com o mundo não ocorre de forma plena, devido ao bloqueio ou distorção das funções de contato, fica impossibilitada a organização da percepção e significação dos sentimentos. Existem nove mecanismos de evitação de contato descritos na literatura Gestáltica: a confluência, a introjeção, a retroflexão⁵, a projeção⁶, a deflexão, a proflexão⁷, a fixação⁸, a dessensibilização⁹ e o egotismo¹⁰. Dentre estes, Aguiar (2005) apresenta os cinco primeiros como sendo os mais comuns nas crianças.

A criança, ao longo de seu desenvolvimento, realizando seus ajustamentos criativos, precisará em alguns momentos diminuir ou interromper o contato realizado pelos seus sentidos, pelo seu corpo e pela sua linguagem verbal. Se tais ajustamentos se mantiverem, essa diminuição ou bloqueio tenderão a cristalizar-se, dificultando o contato não só no início como também em outras situações. Se uma criança oriunda de uma família em que as pessoas gritam e brigam muito diminui sua capacidade de escuta e isso se torna regra, todo o seu contato com o resto do mundo a partir da escuta fica prejudicado, já que um dos importantes canais de contato encontra-se obstruído. (AGUIAR, 2005, p. 101).

Oaklander (1980, p. 150) afirma que negligenciamos os nossos sentidos à medida que crescemos, por vezes percebendo o mundo pelas concepções dos outros. Essa perda de senso próprio pode ocorrer devido a alguma doença orgânica, à constante

⁴ Segundo Ginger e Ginger (1995, p. 138) “é uma atitude de fuga, de evitação, manobras inconscientes de diversionismo”. Torna-se imprópria quando todo tipo de contato é interrompido, de modo que a pessoa age desconexa ao meio, descontextualizada.

⁵ “[...] fazer a si aquilo que gostaria de fazer aos outros (exemplo, mordo os lábios ou cerro os dentes, para não agredir) ou ainda fazer a si aquilo que gostaria que os outros lhe fizessem (exemplo: a masturbação ou ainda a lisonja).” (GINGER; GINGER, 1995, p. 137).

⁶ “[...] é a tendência a atribuir ao meio a responsabilidade por aquilo que tem origem no self” (GINGER; GINGER, 1995, p. 135).

⁷ “Seria uma combinação de projeção e retroflexão: fazer a outro o que gostaríamos que o outro nos fizesse.” (GINGER; GINGER, 1995, p. 139).

⁸ “Implica ausência parcial ou total do desejo de mudar e de correr riscos. A organização fica paralisada, sente-se sem saída.” (RIBEIRO, 2007, p. 102).

⁹ “Existe uma sensação de desintegração. A organização não consegue se perceber, fica como um corpo sem emoções.” (RIBEIRO, 2007, p. 102).

¹⁰ “É um reforço deliberado da fronteira de contato, uma hipertrofia do ego [...].” (GINGER; GINGER, 1995, p. 140).

satisfação vinda pelo outro ou mesmo pelas restrições culturais, no qual a autora revela que a criança inicialmente “faz pleno uso de seu corpo”, porém vai desconectando-se dele, seja por tentar corresponder às expectativas familiares ou pela censura proveniente destes. Propõe experiências sensoriais que conduza a consciência de volta ao corpo, o reestabelecimento do contato com o campo através dos sentidos.

Daí ser fundamental que as crianças tenham oportunidade de experimentar o mundo e as situações de inúmeras formas: olhando, tocando, cheirando, ouvindo, saboreando e movimentando-se, além de exercitar a linguagem. O desenvolvimento pleno das funções de contato assegura mais alternativas de ajustamento criativo no mundo e acontece naturalmente se o ambiente do qual a criança faz parte for facilitador e estimulante. (AGUIAR, 2005, p. 78).

À medida que essas experiências forem estimuladas e a criança for confirmada de modo satisfatório para usar suas funções de contato, mais ela desenvolverá meios de atender as suas necessidades e elevará sua autoestima. Oaklander (1980) afirma que nenhuma criança tem um autoconceito negativo desde o nascimento, ao contrário, pensam que são fascinantes. O sentimento que desenvolvem a respeito de si mesmas com o tempo, é fruto das mensagens que recebe dos seus familiares e do que recebem do campo como reforço destas. Elas podem demonstrar sua baixa autoestima mesmo sem terem consciência do incomodo em relação a si mesmas, através da incapacidade de tomar decisões, de dizer não, tendem a ser muito críticas consigo ou perfeccionista, tem medo de novas experiências, choram demais, dentre outros.

Para ajudar a criança a sentir-se melhor em relação a si mesma, é necessário trazê-la de volta para si. O primeiro passo, e fundamental, neste processo é aceitar seus sentimentos presentes – os sentimentos podres, vazios, desesperadores que ela tem agora. Ao aceitar esses sentimentos, a criança pode voltar a familiarizar-se com seus sentidos e com seu corpo, e com tudo que pode fazer com eles. Pode aprender acerca de si mesma e da sua individualidade, partindo de dentro, em vez de fazê-lo através de julgamentos e opiniões dos outros. E poderá então começar a sentir um bem-estar – que está bem ela ser quem ela é. (OAKLANDER, 1980, p. 313).

É necessário acolher o autojulgamento dela, para poder explorar seus sentimentos. Quando as críticas se fizerem necessárias ou vierem do meio, estas devem ser feitas de modo específico, assim como os elogios, ser verdadeiro com ela é essencial. A criança precisa de estabilidade e regras tanto quanto precisa de responsabilidade, independência e espaço para lidar com suas escolhas. Aguiar (2005) afirma que os limites são essenciais para que ela se desenvolva, pois permite a percepção de onde termina seu espaço e começa o do outro, situando sua posição no contexto familiar, escolar, social, etc. Não é seguro que seja responsável de imediato por escolher o que é melhor para si conforme seus desejos, primeiro precisa delimitar-se no mundo, para depois conseguir modificá-lo.

Oaklander (1980, p. 185) afirma ainda que é através das brincadeiras que a criança tem a possibilidade de experimentar e aprender sobre o mundo e sobre si mesma. O brincar é dotado de sentido, seu simbolismo serve como linguagem, pois permite formular e assimilar as experiências que ainda se é incapaz de expressar verbalmente. “O modo como a criança brinca conta muita coisa sobre a sua forma de ser na vida”. Se ela puder vivenciar o cenário lúdico de forma segura, em um ambiente acolhedor, mais facilmente fará emergir sentimentos e situações que fortaleçam sua integração, mesmo que não externalize em palavras a tomada de consciência.

Após a exposição teórica realizada até aqui, na sessão seguinte iremos discorrer sobre a metodologia utilizada para a realização desta pesquisa.

5 METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa bibliográfica realizada a partir das indicações de Lakatos e Marconi (2003, 2009) e González Rey (2011), cujo objetivo é adquirir argumentos a partir de obras clássicas e contemporâneas da Gestalt-terapia, bem como de outras áreas relacionadas ao tema pesquisado, necessários para a elaboração do mesmo.

Segundo as definições de González Rey (2011), a pesquisa qualitativa em Psicologia é teórico-epistemológica e ocupa-se da compreensão da subjetividade, objeto complexo devido sua implicação simultânea em processos diversos que constituem o todo do sujeito, que podem sofrer alterações de acordo com a história e o contexto do mesmo, cujo desenvolvimento é marcado pela singularidade. O estudo qualitativo é de caráter construtivo-interpretativo, impulsionado pela exigência de dar sentido as expressões do sujeito que é objeto de estudo, de modo que a interpretação do pesquisador é essencialmente integradora, reconstruindo os indicadores obtidos durante a pesquisa relacionados à interação contextual complexa, pois não poderia ser compreendido de forma alguma, caso fosse tomado de modo fragmentado ou isolado, obstante do estudo integral.

Lakatos e Marconi (2009) descrevem a pesquisa bibliográfica dividida em oito fases. A primeira é a escolha do tema, no qual o objeto de estudo é decidido levando-se em consideração aspectos internos e externos. A segunda é a elaboração do plano de trabalho, em que a formulação do problema é feita juntamente com as hipóteses e a determinação das variáveis. As fases três, quatro, cinco e seis referem-se respectivamente ao processo de identificar os assuntos relevantes ao tema escolhido, localizar o material (se está disponível em obras físicas e em quais bibliotecas, se é possível acessá-lo virtualmente via internet e em quais sites, etc.), reuni-lo de forma sistemática para a leitura e fichamento. A penúltima fase é a análise crítica do material fichado e a interpretação dos dados coletados. Por fim, a redação da pesquisa bibliográfica que se desenvolve de acordo com o modelo de trabalho científico que se pretende elaborar.

A temática dessa produção foi escolhida a partir de uma vivência familiar que me levantou a reflexão acerca da atuação do psicólogo junto a criança com paralisia cerebral e seus familiares, cuja pequena quantidade de referências atuais encontradas confirmou-me quanto à importância de produção científica nesse assunto.

Foram realizadas buscas em base de dados – *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC) e Literatura Latino-Americana e

do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) – e em artigos científicos no Google Acadêmico a partir dos descritores “Atuação do psicólogo”, “pessoa com deficiência”, “criança com paralisia cerebral”, “Gestalt terapia” e “desenvolvimento humano”, a procura de estudos relacionados ao tema proposto como forma de demonstrar compreensões e desdobramentos mais atuais acerca dessa temática. Também foram utilizados documentos físicos, tais quais livros, revistas ou publicações avulsas já impressas sobre o tema proposto. Após esse levantamento, o material reunido foi lido, fichado e organizado de acordo com o conteúdo, para a então análise e interpretação dos dados obtidos, que precederam a escrita deste trabalho.

Pelo caráter metodológico da pesquisa qualitativa, a análise e discussão deste trabalho fundamentam-se na abordagem da Gestalt-terapia, pela sua concepção holística, por sua compreensão figural da pesquisa que não anula o fundo contextual, ao contrário, atribui significativa importância a ele por reconhecer a interação substancial entre ambos, e por permitir a implicação do pesquisador em relação ao fenômeno estudado, recusando o aspecto apriorístico intrínseco à epistemologia positivista.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para refletir acerca das possibilidades da práxis do psicólogo junto à criança com paralisia cerebral e seus familiares fundamentada sob o viés da Gestalt-terapia, é necessário primeiramente conhecer sobre essa condição, compreender de que forma a família recebe esse membro e então pensá-la relacionada a referida abordagem.

Segundo as definições apresentadas por Gersh (2007), Chagas et al. (2008), Dantas et al. (2010) e Zanini, Cemin e Nique Peralles (2017), a paralisia cerebral decorre de uma lesão no sistema nervoso central de cunho não progressivo e que interfere no desenvolvimento motor normal infantil, não tem causa preestabelecida e o grau de comprometimento, bem como o surgimento de condições associadas, se manifestará de acordo com a área lesionada e sua extensão. Refere-se a um dano estabilizado e definitivo e, sem a existência de uma terapêutica que promova sua reversão, o modo de tratamento visa a melhor adaptação possível da criança. Seus sintomas surgem e evoluem de maneira muito particular, dependendo não só da região cerebral afetada, mas do quanto de estimulação ela recebe nesse processo. Pode-se afirmar que suas consequências não acometem somente a criança, mas toda a sua família, que será responsável tanto pelos seus cuidados básicos do início da vida, quanto por sua continuidade, referentes às necessidades específicas. Entendendo a criança e seus familiares enquanto organismos, tal qual definido pela teoria organísmica (POPPA, 2013), compreende-se que ambos buscarão o equilíbrio contextual, cujos ajustamentos no campo irão se dá de acordo com as possibilidades existentes.

A família, entendida de acordo com a visão sistêmica apontada por Nunes, Silva e Aiello (2008), é um grupo de pessoas que tendem a permanecer juntas devido a uma conexão emocional por um período de tempo que varia de acordo com a capacidade dos seus membros adaptarem-se frente a uma situação de estresse. As relações nesse grupo acontecem como um todo sistêmico complexo composto por vários subsistemas interacionais interdependentes (relação conjugal, relação genitores-filhos, entre irmãos, etc.) que mantêm recíproca influência com sua conjuntura sociocultural. Amiralian (1986), Buscaglia (2006), Burke (2007), Dantas et al. (2010), Milbrath et al. (2012) e Almeida et al. (2015), concordam quanto a afirmação de que a família é a base mais importante do desenvolvimento humano. É imersa nesse sistema que a criança vivenciará suas primeiras experiências de contato e estabelecerá as relações que servirão de referência ao longo da vida. Esses autores entram em acordo também com a concepção Gestáltica apresentada por Aguiar (2005), alusiva às expectativas

geradas em torno desse novo membro desde antes do seu nascimento, pois antes de sua existência concreta, este já se faz presente no meio familiar através de todas as idealizações feitas sobre e para ele. O bebe real sempre se distingue do imaginário, mas nos casos em que este tem paralisia cerebral, o estresse vivenciado é incomparável. A família buscará a melhor forma possível de se reorganizar no campo, a partir da maneira de contatar com o mundo e com o outro apreendida.

Os autores acima citados apresentam o quanto é significativo que ocorra a aceitação da criança com deficiência para que esta possa se desenvolver da melhor forma dentro de suas possibilidades, ao mesmo tempo em que admitem o quanto é difícil que esta ocorra devido a inúmeros fatores. O primeiro deles diz respeito ao momento do diagnóstico, no qual Amiralian (1986), Buscaglia (2006), Burke (2007) e Dantas et al. (2015) discorrem sobre a postura dos profissionais que fazem esse repasse a família, sobre não serem empáticos, utilizarem de linguagem técnica incompreensível, não serem claros quanto a real situação da criança, não se disponibilizarem para desfazer dúvidas e sobre a dificuldade em se encontrar programas de aconselhamento educacional ou psicológico que ajude os familiares a lidar com os sentimentos despertados, geralmente ligados à negação e culpabilização.

As famílias geralmente se mantêm resistentes quanto à aceitação da deficiência, o que podemos inferir como um funcionamento deflexivo, ou seja, para não ter que lidar com a nova realidade, agem como se a condição da criança fosse algo passageiro ou inexistente. Amiralian (1986) e Dantas et al. (2010) concordam que essa atitude de evitação traz prejuízos tanto no aspecto motor e cognitivo, pois dificilmente buscam pelo acompanhamento terapêutico, seja de qualquer natureza, como também no aspecto afetivo emocional. Oaklander (1980) e Aguiar (2005), asseveram o quanto a criança precisa ser confirmada pelo outro para que obtenham o reconhecimento de si no campo familiar. Essa necessidade é tão importante para ela que, por vezes, a coloca acima de todas as outras. Se nesse movimento de atender às expectativas dos familiares em busca de confirmação, for colocado a ela apenas perspectivas que não é capaz de alcançar, receberá do meio apenas mensagens relacionadas à sua incapacidade, ou seja, as introjeções oferecidas pelo mundo que são a base para a formação do autoconceito, serão negativas, despertando um incomodo com relação a si mesma, a baixa autoestima e a falta de autonomia. Assim criança se desenvolverá de forma não saudável, pois padronizará comportamentos que impedem o contato pleno com o campo familiar, devido à negligencia a suas funções de contato e seu modo próprio de interagir com o meio.

Oaklander (1980) e Aguiar (2005) descrevem também a reação dos pais relacionada a culpar os profissionais que acompanham a criança quando o desenvolvimento apresentado é abaixo do que esperavam, pois não os consideram capacitados para atendê-la. Nessa atitude, hipotetiza-se o funcionamento projetivo, descrito por Ginger e Ginger (1995, p. 135), como “a tendência a atribuir ao meio a responsabilidade por aquilo que tem origem no self”, ou seja, além de não aceitar a condição do filho, também não tomam para si sua importância nesse processo e reconhecem como sendo do outro aquilo que internamente tentam negar.

Há ainda a atitude superprotetora, no qual negam qualquer tipo de autonomia à criança, não acreditam que seja capaz de fazer qualquer coisa sozinha e fazem tudo por elas, mesmo as atividades que teria como desempenhar sozinha. Amiralian (1986), pontua que esses familiares têm dificuldade em diferenciar a dependência física da emocional e acabam impedindo que vivenciem experiências necessárias para o seu crescimento. O desenvolvimento compreendido sob a perspectiva Gestáltica, apresentado por Aguiar (2005), relaciona-se intimamente a um processo de interação contínua com o mundo, que possibilita a mudança durante toda a existência a partir das experiências de contato. Polster e Polster (2001), Perls (2002) e Aguiar (2005) relatam que ao nascer, a criança vive em estado de confluência com a mãe (ou cuidador principal), isto é, não há identificação de si mesmo ou do outro, é por meio das experiências de contato, das introjeções que faz a partir do que recebe na interação com ela que amplia sua diferenciação com o mundo e desenvolve suas fronteiras de contato, conhece o senso próprio de “eu” relativo ao que é percebido como não-“eu”.

Se ela é impedida ou não é estimulada a contatar com o meio, dificilmente essa diferenciação ocorrerá, permanecerá em confluência com seus cuidadores e tampouco desenvolverá seu autossuporte, ou seja, será menos provável que atue conforme conceitos próprios de avaliação de suas necessidades, precisará sempre de um outro para lhe sinalizar o que necessita, quando e como satisfazer-se, gerando uma dependência exacerbada, que ultrapassa as limitações reais. Nessa concepção, pode-se hipotetizar um funcionamento egotista apresentado pelos pais, conforme definido por Ginger e Ginger (1995), no qual ficam tão centrados em si mesmos, que não permitem a abertura de suas fronteiras para o contato pleno com a criança, por vezes, não conseguem sequer reconhecê-la em suas potencialidades, de modo que não a consideram capaz de cuidar de si própria em qualquer dimensão, percebendo-se como os únicos capacitados para desempenhar esse cuidado.

Buscaglia (2006) afirma que quando nascem, as crianças com e sem deficiências são mais parecidas que diferentes entre si, necessitando igualmente de amor e carinho

familiar, sentirem-se seguras, acolhidas e serem estimuladas a vivenciarem experiências sociais, de exploração do próprio corpo e do ambiente. A presença da paralisia cerebral poderá fazer com essas vivências de exploração ocorram de maneira diferenciada, a apresentação de suas sequelas já possui uma evolução bem particular a cada caso, desse modo, o que comparece como figura é o ser humano acometido por ela, que também se desenvolve de maneira bem singular, a depender de diversos fatores, em especial as relações que constitui ao longo da vida. Tal pensamento é confirmado por Ginger e Ginger (1995), Aguiar (2005), Antony (2006), Ribeiro (2007) e Poppa (2013) ao discorrerem sobre a visão de homem em Gestalt-terapia a partir de uma concepção holística, ou seja, é sempre considerado de modo integral, contextual, em constante relação com o mundo, possibilitado continuamente de crescer e sempre em busca do equilíbrio com o meio em que habita.

Os autores citados acima apresentam também os conceitos teóricos e filosóficos que a GT preconiza tais quais a compreensão da Fenomenologia em que a pessoa é tomada como um todo, dotada de consciência intencional, cuja experiência é percebida corporalmente e constitui seu sentido a partir de sua própria vivência, a concepção da Psicologia da Gestalt no qual a totalidade é diferente da soma de suas partes e a percepção do campo distinguido em figura e fundo a partir da relação do organismo com o meio, e das Filosofias da Existência, a responsabilidade em construir ativamente sua existência, a particularidade de cada experiência individual, sua liberdade e capacidade de mudar suas escolhas e a si mesmo ao longo de sua existência, bem como a visão de ser em sua totalidade e dotado de força renovadora que impede seu adoecimento por inteiro.

Dessa forma, a criança com paralisia cerebral sob o viés Gestáltico será vista como uma criança, cuja possibilidade de ativamente constituir sua existência ao longo do tempo é relacionada às interações estabelecidas no meio e as experiências de contato disponíveis. Tal qual o desenvolvimento pensado em GT, a criança não vivenciará fases hierarquizadas de crescimento, no qual será vista como inferior se comparado ao adulto e, tampouco estará completamente desenvolvida ao atingir determinado estágio. É sempre capaz de agir de forma ativa no meio em busca da autorregulação. Por ser contextual, seu modo de funcionar no mundo só poderá ser entendido a partir de sua singularidade, suas vivências relacionadas ao seu ambiente. Por ser integral, sua deficiência não será ignorada, mas também não terá definição limitadora, visto ser necessário compreender a criança em seu funcionamento como um todo, o que é diferente de considerá-la apenas em suas partes orgânicas afetadas. E por ser dotado de força renovadora que não permite que adoça por completo, será possível alcançar sua autonomia, aqui entendida como a capacidade de refletir

e decidir sobre si mesma, ainda que utilize de recursos ambientais para satisfazer suas necessidades.

A atuação do psicólogo no esclarecimento dessa questão junto a família, se faz extremamente necessário, justamente por ela ser fundamental tanto no crescimento infantil quanto no processo terapêutico, seja em qualquer área da saúde. Burke (2007), Milbrath et al. (2012) e Almeida et al. (2015) relatam que geralmente esta é treinada pelos especialistas para que continuem com as intervenções terapêuticas no ambiente domiciliar, é ela também a fonte de informações primordiais para o planejamento dessas ações. Esses familiares também precisam ser considerados conforme a visão holística da Gestalt-terapia, como seres singulares, integrados, cuja experiência corporal constitui seu sentido a partir de vivência individual e assim como constituem o campo vital da criança, esta reciprocamente os constitui. Precisam ter suas próprias necessidades satisfeitas e o respectivo autossuporte suficientemente desenvolvido para que possam prover os cuidados necessários a ela. Buscaglia (2006), afirma que o acompanhamento psicológico oferecido à equipe interdisciplinar que acompanha a criança, seus professores, orientadores e outros integrantes do seu círculo social apresentam benefícios tanto para eles quanto para ela. Retomando o aspecto contextual do humano enquanto ser integral, Ribeiro (2007) e Poppa (2013), descrevem que a Teoria de Campo, elaborada por Kurt Lewin, considera a interação entre a pessoa e o meio que a cerca como uma relação de troca mútua, sendo um todo enérgico interativo, cuja modificação em uma das partes envolvidas, refletirá em alteração no campo como uma totalidade. Dessa forma, o trabalho do psicólogo com os familiares ou outras pessoas que tenha contato com a criança, no sentido de clarificar suas influências no desenvolvimento da mesma terão repercussões diretas nela, pois pode leva-los a adotar posturas mais empáticas e de promoção à autonomia infantil.

Segundo Polster e Polster (2001), Aguiar (2005) e Poppa (2013), a pessoa ao contatar com o meio busca equilibrar a satisfação de suas necessidades (que pode ser qualquer exigência do organismo), ajustando-se de modo a pegar para si o que é nutritivo e modificando o que não lhe é proveitoso, de acordo com as possibilidades do campo, seja fisiologicamente ou pelo contato sensorio motor e emocional. Esse ajustamento é criativo, pois exige ação ativa no meio, podendo adquirir recursos adaptativos quando em contexto favorável. Terá aspecto saudável (funcional) quando conseguir satisfazer-se sem prejudicar sua relação ampla no campo, e não saudáveis (disfuncional) se leva à padronização da forma de contatar, geralmente interrompendo o uso integral das funções de contato, limitando essa experiência. Esses ajustamentos serão compreendidos de acordo com o contexto vivenciado

pelo organismo/meio, de modo que as dificuldades de ajustar-se terão origem na relação entre eles, pois um ajustamento criativo poderá ser funcional mesmo no sentido da evitação de contato, visto que nem todo contato é saudável. Nessa perspectiva, a forma que a criança se ajusta no meio só é compreendida se considerarmos o contexto ao qual está inserida.

Amiralian (1986), Farias e Buchalla (2005) e Buscaglia (2006) relatam a influência do contexto ambiental e dos valores socioculturais na determinação dos padrões a serem seguidos socialmente, de forma que tais normas podem ser facilitadoras ou prejudiciais à condição da pessoa. Os conceitos de funcionalidade e de incapacidade apresentados pela Classificação Internacional, elaborado pela Organização Mundial de Saúde em 2004, são entendidos, respectivamente, como as atividades que a pessoa é capaz de executar ou não a partir das suas relações no mundo, onde a deficiência é resultado não apenas de uma lesão orgânica, mas também das barreiras ambientais, incluindo as atitudes sociais, que corroboram para o impedimento do contato pleno do organismo/meio. Assim, sua concepção funcional pode ser entendida tal qual em GT, como resultado da interação do organismo com o meio, no sentido de promover um contato mais amplo com o mundo, entendida a partir do contexto que os envolve. Os caracteres de funcionalidade e incapacidade, entendidos de modo relacional, podem ser comparados também às potencialidades e limitações que podem se apresentar no processo de desenvolvimento da criança com paralisia cerebral.

Maior (2015?) discorre que a deficiência na Idade Média era tida como castigo divino e julgada por parâmetros morais e religiosos, com o avanço da Medicina passou a ser considerada doença, cujas manifestações físicas e comportamentais era seus sintomas. Seu caráter era limitante e a pessoa com deficiência era tratada de modo isolado e não haviam mudanças no meio social no sentido de sua integração. Desde o final do século XX, quando a visão social emergiu e pensou no papel da sociedade na promoção da inclusão, as deficiências foram conceituadas como condição da pessoa, que tem seu modo próprio de ser no mundo compartilhando a responsabilidade com o meio na constituição da interação entre ambos.

Apesar desse avanço, os autores citados acima afirmam que a visão incapacitante das deficiências ainda se perpetua, de modo que os valores socioculturais estabelecem normas físicas e comportamentais a serem seguidas, que geralmente são disseminados pelos meios de comunicação, e ditam o que é tido como normalidade ou não. Aqueles que apresentam características físicas ou condutas que divergem desse padrão, mesmo que não estejam relacionados à deficiência, podem ser consideradas como inferiores, visto que esse desvio das normas físicas pode ser generalizado também às qualidades internas e, assim, incapacitar à

pessoa, no sentido em que a enfraquece emocional e psicologicamente, e ser disfuncional por interferir de modo negativo em seu contato com o meio.

Blacklin (2007), Jarret (2007), Foltz, Degangi e Lewis (2007) e Almeida et al. (2015) discorrem sobre o prognóstico dessa condição que depende essencialmente da estimulação recebida na fase inicial do crescimento, que pode ser provida de forma precoce pelos profissionais de saúde, mas principalmente pelo convívio familiar. Por vezes, ao considerar apenas o caráter incapacitante da PC, a criança não é incentivada a experienciar o próprio corpo, não é colocada para brincar no chão ou no convívio de outras crianças, se não consegue se alimentar sozinha, dificilmente tem a possibilidade de pegar seu alimento, não tem sua linguagem fomentada por duvidarem de sua compreensão cognitiva, dentre outros fatores. Desse modo, sua constituição de self, que conforme as indicações de Ginger e Ginger (2005), refere-se ao senso próprio de atuação no campo a partir de suas três modalidades (id, ego e personalidade), no qual é intrinsecamente ligada ao ciclo de autorregulação, fica restringida, pois seus sentidos se encontram negligenciados. Dessa forma, a criança com paralisia cerebral pode ser restringida mais por essas atitudes que por suas limitações orgânicas relacionadas às funções de contato, especialmente no que se refere ao movimento.

Assim, a atuação do psicólogo no atendimento direcionado a ela pode ser feito na perspectiva da estimulação sensorial proposta por Oaklander (1980), através da promoção de experimentos que conduzam a consciência de volta ao corpo e o reestabelecimento do contato, seja pelo toque (utilizando diferentes texturas), pela escuta (com o uso de músicas), do olfato (apresentando-lhe fragrâncias distintas) e etc. Bem como no uso de brincadeiras, no qual a vivência de situações lúdicas de modo acolhedor viabiliza a manifestação de sentimentos que fortalecem sua integração. Todas essas ações serão planejadas de modo singular, pensadas a partir da sua unicidade existencial, considerando-se também as características referentes à paralisia cerebral que podem se manifestar, descritas por Blacklin (2007), Gersh (2007), Dantas et al. (2010) e Almeida et al. (2015).

Aguiar (2005), Antony (2006), Ribeiro (2007) e Poppa (2013) são unânimes concernente a concepção Gestáltica de homem, enquanto ser singular, em constante interação com o mundo, sendo a partir desta modificado em toda sua existência, constituindo-se enquanto pessoa com características próprias e transformador criativo do meio. Amiralian (1987), Organização Mundial de Saúde (2004), Farias e Buchalla (2005) e Buscaglia (2006) adotam essa mesma atitude no que se refere à vivência de uma deficiência, pois pessoas com a mesma condição de saúde podem adotar posturas diferentes, adaptando-se de modos divergentes, no qual uma ajusta-se de modo funcional, encontrado novos meios de

restabelecer o contato pleno com o meio, e a outra não, age de forma não saudável, através da repetição de comportamentos descontextualizados do meio e de sua condição, porém, em busca de sua autorregulação.

Com base no que foi disposto acima, é possível compreender que a paralisia cerebral, apesar de conter regularidades em seu desenvolvimento, é vivenciada de modo particular por cada criança acometida e seus familiares, de forma que o programa terapêutico deve ser planejado a partir de sua singularidade em equipe interdisciplinar, para maior apreensão de suas características próprias em contexto relacional. A criança deve ser considerada como participante ativa nesse processo pois, segundo a fundamentação Gestáltica, sua autonomia, entendida como a oportunidade de pensar sobre si mesma, sobre suas necessidades e formas de satisfazer-se, será possibilitada mesmo que utilize de suporte ambiental para atingir seus fins. Concernente à paralisia cerebral, mesmo que exista limitações motoras, de linguagem ou outras condições associadas, a pessoa deve ser vista em primeiro lugar e estimulada a constituir uma visão de si baseada em sua integralidade, de modo que consiga refletir sobre suas reais potencialidades e adquirir sua independência, nem que seja parcial ou pelo uso de tecnologias assistivas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção final pretende-se retomar as conclusões referentes aos objetivos propostos no início desta construção teórica, a partir da análise crítica dos resultados obtidos por essa pesquisa. Inicialmente pretendia-se analisar as possibilidades de atuação do psicólogo no acompanhamento e desenvolvimento de crianças com paralisia cerebral, bem como no apoio e adaptação dos seus familiares fundamentada na perspectiva da Gestalt-terapia, mais especificamente, desejava-se compreender acerca do desenvolvimento da criança com paralisia cerebral, desvelar o processo de desenvolvimento segundo a Gestalt Terapia e conhecer a respeito do exercício do psicólogo junto a essas pessoas ancoradas na referida abordagem, para então articular as especificidades da paralisia cerebral ao desenvolvimento da criança pensando sob o viés Gestáltico e as compreensões possíveis da práxis do psicólogo fundamentadas na referida abordagem.

Considera-se que os objetivos definidos foram alcançados com base no reconhecimento das articulações possíveis entre a atuação desse profissional na promoção do desenvolvimento de crianças com deficiência e no apoio dos seus familiares com embasamento na Gestalt-terapia demonstrando que se faz importante a presença do psicólogo nesse contexto, mesmo que, por vezes, esta seja negligenciada. Outros profissionais, em geral o Terapeuta Ocupacional, aparece como o mais próximo da família no processo de cuidado da criança, devido à necessidade de informações que somente esta pode dispor sobre as particularidades da mesma, bem como por seu próprio modo de trabalho, que reconhece a importância dessas relações para o desenvolvimento global da mesma. A práxis do psicólogo também reconhece essa importância, mas no que se refere à produção científica, o número de artigos produzidos nessa área é bem menor que os de outros profissionais da saúde, o que pode contribuir para que seu modo de atuação seja, em sua grande maioria, relacionado somente a avaliação psicológica nesses programas.

A escolha do referencial gestáltico se deu pela sua característica epistemológica primordial, que se refere ao holismo, bem como seus conceitos de contato, autorregulação e a importância dada a interação do organismo/meio que é imprescindível ao desenvolvimento. Durante essa investigação, percebeu-se a necessidade de compreender diversos conceitos que se interconectam para que fosse possível a assimilação dos objetivos preestabelecidos. Dessa forma, explorou-se também a visão histórica e a definição atual de deficiência, a concepção de funcionalidade e incapacidade apresentadas pela Organização Mundial de Saúde (2004), dentre outras, que se configuraram como um ganho para a construção deste trabalho.

Apesar de não ter sido possível entrar em contato com referências específicas acerca da atuação do psicólogo embasado na Gestalt-terapia com essa população específica, acredita-se que as articulações feitas com outras áreas do conhecimento permitiram atingir a abrangência e assertividade presente nessa escrita. De modo que foi possível compreender o desenvolvimento enquanto processo integral que abrange as dimensões orgânica, cognitiva, psicológica e emocional do humano em confluência com sua história de vida e contexto familiar e sociocultural o qual está inserido.

A epistemologia Gestáltica possibilitou a compreensão integral e singular do tema pesquisado, que geralmente contrasta com a visão limitante do senso comum. Dessa forma, é possível afirmar que as crianças com paralisia cerebral são primordialmente crianças, com necessidades próprias e meios particulares de se autorregular, que serão definidos somente através das possibilidades de experienciar o contato com o mundo. Mesmo que apresentem limitações corporais concretas, são constituídas de potencialidades reais e capacidade para se tornarem elas mesmas, a partir dos ajustamentos criativos disponíveis no campo. Para tanto, necessitam de estímulo, acolhimento, aceitação e, especialmente, sentirem-se cuidadas e amadas.

A partir da discussão teórica elaborada nesse trabalho, propõe-se ainda a realização de uma pesquisa de campo, tanto no sentido de contatar com psicólogos que desenvolvam sua prática nessa área, quanto com as crianças com paralisia cerebral e seus familiares, para que se obtenham maiores esclarecimentos sobre essa atuação, quanto para a elaboração de material científico que auxilie na ampliação do atendimento à essa população.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Luciana. **Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática**. Campinas: Editora Livro Pleno, 2005.
- ALMEIDA, Thaisa Cristina Schwab de et al. Paralisia Cerebral: Impacto no Cotidiano Familiar. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Alagoas, v. 19, n. 3, p. 171-178, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/20488/15066>>. Acesso em: 25 out. 2017.
- AMIRALIAN, Maria Lucia de Toledo Moraes. Deficiência: um novo olhar. contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 94-111, jun. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282003000200008>. Acesso em: 13 jun. 2018.
- _____. **Psicologia do excepcional**. São Paulo: EPU, 1986. (Temas Básicos de Psicologia, 8).
- ANTONY, Sheila. A criança em desenvolvimento no mundo: um olhar gestáltico. **Revista Virtual IGT na Rede**, v. 3, n. 4, 2006. Disponível em: <https://www.igt.psc.br/Artigos/a_crianca_em_desenvolvimento_um_olhar_gestaltico.htm>. Acesso em: 22 out. 2017.
- BLACKLIN, Jerrie Schmalzer. O desenvolvimento de seu filho. In: GERALIS, Elaine (Org.). **Crianças com paralisia cerebral: guia para pais e educadores**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 126-149.
- BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, DF, 26 ago. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm>. Acesso em: 9 jun. 2018.
- BURKE, Rita. Adaptando-se à deficiência de seu filho. In: GERALIS, Elaine (Org.). **Crianças com paralisia cerebral: guia para pais e educadores**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 35-49.
- BUSCAGLIA, Leo. **Os deficientes e seus pais**. Tradução Raquel Mendes. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006. Disponível em: <http://feapaesp.org.br/material_download/325_Os%20deficientes%20e%20seus%20pais%20-%20Leo%20Buscaglia.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2017.
- CHAGAS, P. et al. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 409-416, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2350/235016541011/>>. Acesso em: 10 dez. 2017.
- DANTAS, Meryeli Santos de Araújo et al. Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 229-237, 2010.

Disponível em: <<http://2011.redalyc.org/articulo.oa?id=71416097003>> ISSN 0104-0707>. Acesso em: 8 nov. 2017.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

FOLTZ, Lynne C.; DEGANGI, Georgia; LEWIS, Diane. Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala e da linguagem. In: GERALIS, Elaine (Org.). **Crianças com paralisia cerebral: guia para pais e educadores**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 150-182.

GERSH, Elliot. O que é paralisia cerebral? In: GERALIS, Elaine (Org.). **Crianças com paralisia cerebral: guia para pais e educadores**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 15-34.

GINGER, Serge; GINGER, Anne. **Gestalt: uma terapia do contato**. Tradução Sonia de Souza Rangel. São Paulo: Summus, 1995.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. Tradução Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

JARRETT, Marian H. Intervenção precoce e educação especial. In: GERALIS, Elaine (Org.). **Crianças com paralisia cerebral: guia para pais e educadores**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 183-205.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B-iKddWkjVZVUWRPOWJVdy1xeVU/edit>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

_____; _____. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MAIOR, Izabel. **História, conceito e tipos de deficiência**. [2015?]. Disponível em: <<http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto1.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2018.

MILBRATH, Viviane Marten et al. Família da criança com paralisia cerebral: percepção sobre as orientações da equipe de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 921-928, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/24.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

NUNES, Célia Cristina; SILVA, Nancy Capretz Batista da; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. As contribuições do papel do pai e do irmão do indivíduo com necessidades especiais na visão sistêmica da família. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 24, n. 1, p. 37-44, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2018.

OAKLANDER, Violet. **Descobrendo crianças: abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**. Tradução George Schlesinger. São Paulo: Summus, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**. Tradução e revisão de Amélia Leitão. Lisboa, 2004. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/11/CLASSIFICACAO-INTERNACIONAL-DE-FUNCIONALIDADE-CIF-OMS.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

_____. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

PÁDUA, Elisângela Sousa Pimenta de; RODRIGUES, Luzia. Família e deficiência: reflexões sobre o papel do psicólogo no apoio aos familiares de pessoas com deficiência. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO ESPECIAL, 8., 2013, Londrina. **Anais...** Londrina, 2013. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2013/AT07-2013/AT07-028.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2017.

PERLS, Frederick S. Metabolismo mental. In: _____. **Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud**. Tradução Georges D. J. Bloc Boris. São Paulo: Summus, 2002. p. 163-260.

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia integrada**. Tradução Sonia Augusto. São Paulo: Summus, 2001.

POPPA, Carla Cristina. **O processo de crescimento em Gestalt-terapia: um diálogo com a teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott**. 2013. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/15263/1/Carla%20Cristina%20Poppa.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2017.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. 4. ed. rev. São Paulo: Summus, 2007.

SIMIONATO, Marlene Aparecida Wischral; OLIVEIRA, Raquel Gusmão. Funções e transformações da família ao longo da história. In: ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOPEDAGOGIA, 1., 2003, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABPppr, 2003. Disponível em: <http://www.tjpe.jus.br/documents/72348/118733/SIMIONATO_OLIVEIRA_Fun%C3%A7%C3%B5es+e+transforma%C3%A7%C3%B5es+da+fam%C3%ADlia+ao+longo+da+hist%C3%B3ria.pdf/d831ed8d-35e9-4eb1-a7dc-e607d0d7c65e?version=1.0>. Acesso em: 13 jun. 2018.

ZANINI, Graziela; CEMIN, Natália Fernanda; NIQUE PERALLES, Simone. Paralisia cerebral: causas e prevalências. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 375-381, jul./set. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/19461/18801>>. Acesso em: 12 dez. 2017.