

A família e a criança especial: Uma visão psicossomática em busca da reabilitação

Smith, Verônica Laryssa¹, Knackfuss, Maria Irany², Canova, Cláudia Regina³

Resumo

Este estudo objetivou a investigação acerca da família de crianças especiais, analisando as alterações psicossomáticas presentes e sua correlação com o desenvolvimento infantil. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada aplicada a quatro mães de crianças portadores de deficiência, como a Paralisia Cerebral, Síndrome de West e Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor, atendidas no Setor de Fisioterapia do Hospital Universitário Onofre Lopes na cidade de Natal/RN. Na análise dos resultados constatou-se a presença de distúrbios psicológicos nas mães das crianças, decorrentes da falta de aceitação, representadas sob a forma de negação, raiva, vergonha, isolamento, frustração, tristeza e ansiedade. Essas alterações interferem no processo de reabilitação das crianças, devido à falta de carinho, apoio, paciência e principalmente estimulação a domicílio, dificultando ainda mais a integração das crianças ao ambiente e consequentemente a sua evolução neuropsicomotora. A falta de integração entre o contexto familiar e a criança foi representada através de rebeldia, agitação, irritabilidade, depressão, dificuldade de interação com o terapeuta e o ambiente e até mesma apatia ao submeter-se a estímulo de terceiros (terapeuta), em virtude da família não proporcionar meios favoráveis à integração e ao desenvolvimento da criança. Verificamos que essas alterações formam um ciclo vicioso, pois repercutem na família que consequentemente volta-se contra a criança, dificultando cada vez mais a sua recuperação.

Unitermos: Alterações psicológicas contexto familiar, crianças especiais.

Introdução

Algumas pesquisas realizadas sobre o desenvolvimento humano dedicaram sua atenção às características físicas do indivíduo ou ao contexto social no qual ele estava inserido. Com o avanço científico constatou-se a importância de pesquisar e considerar os diferentes sistemas como o somático, psíquico, social e cultural, presente no ser humano para uma melhor compreensão do processo saúde - doença (Haynal e Pasini, 1993).

Apesar de todo o incentivo literário e científico verificamos que ainda hoje alguns profissionais que lidam com o ser humano, principalmente os da área de saúde que se deparam com o indivíduo debilitado fisicamente, consideram somente o orgânico ou o psicológico como fator causal de seus sintomas. Esses profissionais vêem o indivíduo fragmentado, sem analisá-lo como ser indivisível e que necessita da inter-relação ambiental para conseguir o seu desenvolvimento psicológico e físico, sendo que essa fragmentação irá favorecer a persistência da patologia e dificultar a sua recuperação. Com o intuito de realizar uma prática de saúde integral no tratamento dos pacientes, verifica-se a necessidade de conhecer os aspectos biopsicossomáticos presentes no indivíduo com a finalidade de promover a saúde, visto que segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social (Enciclopédia Delta Larousse, 1978). Através dessa concepção, verifica-se que ao nascer o indivíduo já está inserido em uma determinada cultura e ao longo de seu desenvolvimento começa a interagir com o meio ao seu redor, incorporando experiências, desenvolvendo seus sentimentos e modificando o meio através de ações, com o intuito de construir a sua personalidade. É a partir da unidade familiar que a criança inicia o seu processo de integração e socialização, adquirindo experiências novas e reestruturando as anteriores (Gonçalves, 1997). Desta forma o objetivo geral desse trabalho de pesquisa consiste em investigar as alterações psicossomáticas presentes no contexto familiar que podem interferir no desenvolvimento da criança especial.

Nesse contexto surge uma indagação: As alterações psicossomáticas presentes no contexto familiar podem interferir de que forma no desenvolvimento da criança especial.

Devido à afinidade e interesse pelo tratamento de crianças, constatamos que ao realizar uma pesquisa centrando o enfoque no aspecto somatopsíquico, presente na criança especial, estaremos contribuindo para que os demais profissionais, que lidam com crianças nas áreas de educação, lazer e saúde, tenham uma visão biopsicossocial do desenvolvimento infantil, verificando que o psíquico, o social, o cultural e o orgânico interagem para proporcionar equilíbrio e uma evolução eficaz no aprendizado e na reabilitação.

Materiais e Métodos

A pesquisa caracterizou-se por ser um estudo de natureza descritiva, do tipo estudo de caso, com um enfoque qualitativo, procurando compreender a influência exercida pela família das crianças especiais.

A amostra desse trabalho de pesquisa foi constituída por quatro mães (idade de 17 a 32 anos) de crianças especiais do tipo Paralisia Cerebral, Síndrome de West e Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor, faixa etária entre 0 e 4 anos, atendidas no Setor de Fisioterapia do Hospital Universitário Onofre Lopes, da cidade de Natal, Rio Grande do Norte. O critério de escolha do elemento familiar caracterizado pela figura da mãe justifica-se pela ligação desta com a criança no processo de desenvolvimento durante a terapia e no contexto familiar.

A observação foi um dos recursos utilizados para o instrumento de medidas, associados a uma entrevista semi-estruturada, na qual utilizou-se um gravador para auxiliar na análise do contexto familiar em que a criança estava inserida. Os questionamentos foram

direcionados à temática de influência do ambiente no desenvolvimento das crianças. Foram realizadas perguntas a respeito da mãe (nome, idade e estado civil), nome do pai, identificação do filho (nome, idade, diagnóstico), dados referentes à gestação, a história da patologia do filho (início - até atualmente), o impacto do diagnóstico, a relação com o tratamento (esperança de recuperação), a rotina diária, o stress doméstico, as dificuldades financeiras, a existência de sensações de desamparo, abandono, rejeição, preconceito, depressão, ansiedade, culpa, a relação conjugal e como as mães se sentiam em relação à equipe que tratava a criança.

A observação dos participantes da amostra iniciou em março de 2000, quando as crianças retornaram ao atendimento Fisioterapêutico no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário Onofre Lopes, realizado duas vezes na semana por 30 minutos e finalizou no mês de junho do referido ano. O primeiro procedimento utilizado foi uma entrevista realizada com 20 mães, dividindo-as em 2 grupos de 10 para cada entrevista. Na entrevista dos grupos, havia a necessidade de perceber, analisar e discriminar os fatores psicológicos presentes na família das crianças especiais, com o intuito de selecionar as mães para compor a amostra do trabalho de pesquisa.

O segundo procedimento realizado foi uma entrevista semi-estruturada individual, com as 4 mães selecionadas para compor a amostra. As mães apresentavam dados significativos de conflitos emocionais, relacionados ao fato de terem um filho especial sendo essa a justificativa para investigar o seu estado psicológico. Essa entrevista foi realizada por uma psicóloga, contando com o auxílio de um gravador para facilitar a análise detalhada do contexto familiar e suas repercussões à reabilitação da criança.

Resultados e Discussões

A análise dos dados obtidos foi realizada em conjunto, interligando a Psicologia e a Fisioterapia, com o intuito de facilitar a compreensão do âmbito familiar das crianças e sua repercussão na reabilitação.

Caso 01

a) Histórico Clínico:

Mãe K. F. S., doméstica, 19 anos, casada, 1º grau incompleto, estudante. Tem somente um filho K. S. C., portador de Paralisia Cerebral com quadro de hemiparesia direita.

A mãe tinha 15 anos quando engravidou, era solteira e morava com a mãe e a avó. A gestação não foi planejada e relata que a única intercorrência foi uma anemia durante esse período. O parto foi Cesário porque o bebê não estava na posição adequada ao parto normal.

Quando a criança tinha 7 meses a mãe tomou conhecimento de sua alteração física ("não mexia o braço e a perna direita, igual à esquerda"), através da observação feita pela sogra, que cuidava do menino diariamente. Levou ao médico e ao saber o diagnóstico "não

acreditou nem aceitou, porém vê que hoje ele melhorou e espera que ele se recupere e saiba se defender dos outros".

A mãe relatou que trabalha desde o período da gravidez, durante os dois turnos do dia e que estuda a noite e o marido dorme durante todo o dia por trabalhar em horário noturno. A criança passa o dia inteiro na casa dos avós paternos, na companhia destes, do pai e de uma tia. O avô paterno é alcoólatra e briga constantemente com a esposa na presença da criança, deixando-o assustado. O pai de K.S.C. também bebe, porém não agride, nem provoca brigas. Aos 3 anos de idade, a criança foi encaminhado ao Setor de Fisioterapia, pelo neuropediatra, com diagnóstico de Paralisia Cerebral, apresentando Hemiplegia Direita. Durante as sessões de fisioterapia apresentava comportamento agitado e irritado. Quando proposta alguma atividade, não cooperava, interagindo mal com outras crianças e mostrando-se egoísta com relação a emprestar seus brinquedos. Quando está na presença da mãe, a fisioterapia torna-se mais difícil, pois a criança quer ficar perto dela, chamando-a para ir embora. A mãe comporta-se de forma apática durante os exercícios e denota dificuldade em estabelecer limites para a criança quando necessário.

b) Perfil Psicológico da Mãe:

Ao ser questionada a respeito de como recebeu o diagnóstico e o comportamento do filho ela disse: "quando soube foi difícil de acreditar e aceitar, mas hoje ele está melhor e eu espero que melhore mais (...) não sinto culpa nem ansiedade, só quero que ele se recupere e saiba se defender dos outros para não se sentir inferior (...) ele é inteligente e conversador (...) Prefere ficar sozinho e fica quieto na presença de outras crianças (...) Ele brinca sozinho porque não gosta que outras crianças mexam nos brinquedos dele (...) Faz amigos com facilidade (...) É bom que ele brinque sozinho porque não atrapalha nas tarefas de casa".

Em relação ao tratamento, sua opinião é que "a fisioterapia é boa para ele, porque ele não movimentava o braço e a perna direita e hoje anda". E que acharia bom "se tivesse recebido apoio de um psicólogo no momento do diagnóstico de seu filho".

c) Discussão do Caso 1:

A mãe não exteriorizou com facilidade os seus sentimentos durante a entrevista, porém de acordo com os seus relatos podemos observar um sentimento de inadequação no relacionamento com a criança e incapacidade para lidar com seus limites físicos. Esse comportamento ocorre por rejeição, em decorrência de não ter sido um filho planejado ou por ser uma criança especial. De acordo com Bronfenbrenner as relações interpessoais são obtidas sempre que existir um indivíduo prestando atenção ao comportamento do outro (diáde observacional) ou estiver participando de alguma atividade conjunta (diáde de atividade conjunta), desta forma verifica-se que no contexto 1 falta o contato com a criança o que dificulta o seu desenvolvimento e a integração com o ambiente (Bronfenbrenner apud Marques, 1999).

Quando está com o filho parece tentar "compensar" a sua ausência, atendendo a todas as solicitações, demonstrando uma dificuldade em estabelecer para ele, normas e regras que facilitem o bom andamento terapêutico.

Em sua fala, também está expresso a ambivalência afetiva no que se refere aos limites potenciais da criança e a negação ao diagnóstico e prognóstico em diversos momentos da entrevista, o que impede uma participação efetiva nos exercícios e resultados do trabalho. Em vários momentos mostra-se indiferente, apática e omissa, sem motivação e interesse nas respostas positivas do tratamento fisioterapêutico. Esses comportamentos são analisados por Ramos e Ramos (1992), quando esclarecem que a redução ou falta de estimulação humana, demonstra pouco contato com a criança e conseqüentemente, interfere no seu desenvolvimento e aquisição de habilidades motoras. A implementação familiar escassa acarreta limitação ou inexistência de integração com o meio, como também pode dificultar o autoconhecimento da criança. Relacionado à inadequada atmosfera emocional, que é entendida pela perda dos pais ou ausência deles, e dificuldades financeiras da família, ocorre um desamparo da criança que pode ser sentida através de modificação no desenvolvimento neuropsicomotor.

Caso 02

a) Histórico Clínico:

Mãe M. P. L.S., 24 anos, não trabalha, 1º grau incompleto, casado. Tem somente um filho M. P. L., portador de Síndrome de West. A gestação não foi planejada, apesar de já estar casada a quatro anos e durante o período da gravidez apresentou uma infecção urinária. O parto foi com fórceps, devido o estreitamento do quadril, com repercussão na criança, visto que ela nasceu cianótica. A criança ficou internada por 17 dias no berçário.

Durante o período de internação a mãe relatou que "o médico dizia para eu mexer com ele para ele saber que eu estava ali. Mas eu só o via parado e pensava que ele estava morto. Fiquei muito deprimida e Deus foi quem me ajudou (...) o médico fez uns exames na cabeça dele para saber o diagnóstico e disse que não sabia o que dizer, só que ele não ia ter reação a nada, e ia precisar de fisioterapia (...) o médico tinha vontade de dizer que ele não era uma criança normal e eu pedi para ele falar diretamente e ele respondeu que meu filho não ia ser como as crianças normais, ele disse tudo e depois disso começou o tratamento (...) eu achava que se ele vivesse, ficaria normal (...) Fiquei triste, porque nunca pensei que fosse assim, já que a minha gravidez foi tudo legal para ele e de repente aconteceu um negócio desses".

Com 1 ano de idade, M. P. L foi encaminhado para o Setor de Fisioterapia, com diagnóstico de Síndrome de West. Durante as sessões de fisioterapia, apresentava comportamento agitado, inquieto, não permitindo realizar os exercícios e com grande dificuldade de concentração e interação. A presença da mãe na fisioterapia, não interferia para que o mesmo modificasse sua conduta.

No que diz respeito a estimulação da criança em casa, a mãe relatou que "a coisa que ele mais gosta é, ficar deitado batendo a mão no chão (...) o exercício para fazer em casa é mexer nas pernas e nele, mas tempo eu não tenho, mas tem que ter (...) eu me sinto cansada com a rotina diária estressante, porque tenho que cuidar do meu filho e da casa (...) sinto que a fisioterapia o faz se recuperar e é só por isso que continuo o tratamento.

b) Perfil Psicológico da Mãe:

A gravidez não foi planejada, apesar de já ser casada, porque estava esperando melhorar a condição financeira. Ao ser questionada pelo nascimento do filho, a mãe respondeu: "Não quero ter mais filhos, porque tenho medo que venham com problemas também. Eu tive infecção urinária na gravidez e às vezes acho que pode ou não ter sido por isso que ele nasceu assim (...) desde que ele nasceu, eu tomo conta dele sozinha, porque o pai trabalha o dia todo, então eu o coloco no cantinho do quarto e vou fazer as coisas de casa e quando termino vou dar banho nele e comida (...) acho que o auxílio de um psicólogo poderia ter ajudado ao saber do diagnóstico(...) sinto-me sozinha porque meu marido trabalha no interior e eu só vou para lá no final de semana (...) hoje em dia estou mais confortada, mas quando eu vejo as crianças correndo e brincando, fico triste e choro".

c) Discussão do Caso 2:

O nascimento do filho, foi vivenciado pela mãe como um trauma psicológico, considerando o período de 17 dias que a criança passou sujeita a internação hospitalar, pois pensava que o filho iria morrer.

No momento que tomou ciência do diagnóstico, vivenciou uma forte frustração por ter acreditado que se o filho sobrevivesse seria normal.

A mãe relatou a angústia e depressão desde o nascimento até hoje, associado ao inconformismo com o diagnóstico. Mostra-se confusa em relação à compreensão do diagnóstico, prognóstico e a origem da doença, correlacionando sempre a doença ao fato de uma infecção urinária que teve, durante a gestação.

Alega "não ter tempo" para fazer os exercícios com o filho em casa, sente-se estressada com a rotina do lar e pela responsabilidade com os afazeres domésticos em face de ausência do marido. Conseqüentemente, verifica-se a falta de continuidade da terapia domiciliar, dificultando o desenvolvimento neuropsicomotor da criança e a integração com o ambiente, pois de acordo com a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, o ambiente interfere no desenvolvimento do indivíduo. Verifica-se que na presença de crianças especiais existe uma maior dificuldade de integração com o meio ambiente, necessitando de apoio e estímulos dos familiares em busca da reabilitação. No entanto, no contexto dessa família, percebemos que não ocorre o estímulo imprescindível à reabilitação (Bronfenbrenner apud Krebs, 1995).

Percebe-se a angústia e a ansiedade associada a sentimento de solidão e carência afetiva, como conseqüência do sofrimento psíquico experimentado por um pai ou mãe, ao ver as limitações e impasses de seu filho.

A interferência desses sentimentos no desenvolvimento infantil é explicada por vários pesquisadores ao afirmarem que a família poderá direta ou indiretamente, contribuir para a formação de alguns transtornos infantis. A presença de transtornos de atenção, como a desatenção ou hiperatividade e impulsividade, podem ocorrer em conseqüência de desequilíbrio familiar e de fatores indutores de ansiedade (Paim, 1986). A ansiedade é vista como conseqüência do comportamento e desmotivação familiar, bem como as alterações do humor (afetos) em criança com transtornos depressivos, que geralmente ocorrem devido à presença de depressão na família ou falta de integração desta, com a criança (Flaherty, Davis e Janicar, 1995).

Caso 03

a) Histórico Clínico:

Mãe J. C. G., 17 anos, não trabalha, separada e com 1º grau incompleto, Tem apenas uma filha J. S. S. C., portadora de Paralisia Cerebral com quadro de tetraparesia.

A mãe tinha quinze anos quando engravidou e foi morar na casa da sogra. A gestação não foi planejada e a mãe relatou "que se sentia nova e tinha medo de perder a liberdade". Apresentou uma gestação estável, porém no final da mesma, a mãe sofreu uma queda e bateu com a barriga o chão. Alguns dias depois foi realizado um parto a vácuo e ao nascer, a criança teve uma parada cardíaco-respiratória. Quando recebeu o diagnóstico, chorou muito.

Sobre a deficiência apresentada por sua filha, falou que "ainda hoje não me conformo, nem aceito o problema da minha filha, para mim ela é normal (...) até os nove meses de gestação o marido era feliz, todo mundo era feliz". Após o nascimento da filha começaram os conflitos conjugais, porque o pai dizia que a menina era "doente e doida e nunca se recuperaria".

Em seguida, houve a separação e J.C.G. permaneceu na casa da sogra, porém o marido foi embora.

Com diagnóstico de Paralisia Cerebral com quadro de tetraparesia, foi encaminhado para a fisioterapia, no primeiro ano de vida onde, durante as sessões, apresentava comportamento agitado, inquieto, principalmente ao tocá-la ou falarmos com ela. Na presença da mãe, ela ficava o tempo inteiro buscando sua imagem, ficando ansiosa e muito agitada, quando solicitávamos à mãe, que se retirasse da sala.

b) Perfil Psicológico da Mãe:

Ao ser questionada a respeito de sua relação com a filha, a mãe respondeu: "às vezes eu perco a paciência com ela, porque ela só quer estar comigo o tempo todo e isso me faz sentir cansada e sobrecarregada (...) eu não consigo aceitar que minha filha não seja normal (...) sinto-me apoiada pela minha sogra e cunhadas que me ajudam muito (...) acho que a fisioterapia está dando pouca melhora para a minha filha (...) estou ansiosa para que minha filha ande logo (...) acho que um psicólogo ajudaria, porque eu não acredito quando as pessoas dizem que aceitaram o filho doente, isso é mentira".

c) Discussão do Caso 3:

Verificaram-se conflitos psicológicos presentes na relação com a filha, expressos por meio de rejeição e inconformismo frente às impossibilidades da criança. Percebe-se imaturidade psicológica e fragilidade emocional para enfrentar o fato de ter uma filha especial. Apresenta também mecanismo de defesa de negação com relação ao diagnóstico ("não consigo aceitar que minha filha não é normal, para mim ela é").

Sente-se estressada, sobrecarregada e irritada em virtude de ser muito solicitada pela criança, que só quer estar em sua companhia, expressando esse sentimento através da raiva e impaciência com a criança. Mostra-se ansiosa com relação ao futuro da filha e as possibilidades motoras que ela possa adquirir. Desta forma podemos constatar que a crian-

ça não é estimulada no seu domicílio, dificultando a sua recuperação e a integração com o meio social. De acordo com Bronfenbrenner apud Marques (1999), sempre que uma pessoa não participar de uma atividade com a outra pessoa, poderá haver modificação no desenvolvimento do indivíduo. Essa alteração ocorre em virtude da ausência de uma força motivacional, que impulsiona o desenvolvimento e que pode ser capaz de levar o indivíduo a realizar atividades mais complexas.

Pelo fato da criança apresentar um mau prognóstico, gerou-se conflitos conjugais significativos levando o casal, à separação, tendo a mãe, que assumir sozinha os cuidados com a filha.

Baseado em Ramos e Ramos (1992) e Mello (1992), existem dois grupos de mães que podem interferir no desenvolvimento emocional dos filhos. As mães adolescentes, que apresentam algum tipo de alteração psicológica decorrente de transtornos familiares ou problemas de saúde, que manifestam sentimentos agressivos e punitivos em relação aos filhos, dificultando a reabilitação. Além disso, existem mães que utilizam ordens e afirmações na tentativa de controlar as reações dos filhos, ocasionando neles, sentimentos de irritação e desobediência. A desarmonia familiar pode gerar conflitos para as crianças, provocando transtornos emocionais que produzem desordens psicológicas e clínicas ou favorecem ao agravamento de alguma patologia.

Caso 04

a) Histórico Clínico

Mãe R. L. S. S., 32 anos, separada, operária e 1.º grau incompleto. Tem 5 filhos, dos quais a última é M. L. S. O., que apresenta atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

A mãe tinha 30 anos quando engravidou, era casada e morava com o marido e os outros 4 filhos. A gestação não foi planejada, não apresentou intercorrência e teve parto normal, porém a criança estava laçada pelo cordão umbilical.

Aos 3 meses de idade da criança, a mãe observou que ela era muito parada e não brincava. Levou-a ao médico e esse disse não se tratar de nada grave, que com o tratamento, se recuperaria.

A partir do diagnóstico a mãe relatou: "Eu me senti péssima, principalmente porque meus outros filhos são normais (...) chorava muito, fiquei triste e inconformada".

Com a constatação da gravidez, o pai da criança, separou-se da mãe alegando não querer filhos. Porém, se filho fosse do sexo masculino, ele poderia voltar para casa. O pai ao saber que tinha nascido uma menina, não voltou mais para casa, nem ajudou a manter o lar.

A mãe relatou que trabalha o dia inteiro e que quem cuida de sua filha especial, são as outras filhas de 15 e 17 anos.

M. L. S. O. aos 6 meses, foi encaminhada pelo pediatra, com diagnóstico de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Durante as sessões de fisioterapia, apresentava comportamento de irritação, agitação, ansiedade e falta de interação com o terapeuta. Quem acompanha esta criança ao setor de fisioterapia, são as irmãs e independente de vê-las, a criança não pára de chorar, até que o terapeuta a entregue às mesmas. Relatou também

que "o pai queria um filho e não assumiu a paternidade, ao saber que era uma menina e ainda doente".

b) Perfil Psicológico da Mãe

Ao ser questionada sobre a descoberta da patologia, a mãe disse: "Eu me senti péssima quando soube do problema da minha filha, principalmente porque as outras são normais (...) eu sorria para mostrar que não era triste (...) sinto ansiedade pela recuperação da minha filha e espero que ocorra o mais rápido possível. (...) fiquei angustiada e com raiva do meu marido por ele ter se omitido em me ajudar e também tive receio do que minha mãe iria falar, porque era mais um filho que eu teria".

Quanto ao atendimento dirigido à criança, falou que "Sentiu que estava sozinha, com mais uma pessoa para alimentar e sem a presença do marido (...) apesar de eu ter feito tanto pelo meu marido, no período que eu precisei dele, ele me abandonou"; (...) sempre consegue ajuda financeira da mãe e da irmã (...) o dia-a-dia é cansativo e estressante, porque eu passo o dia todo trabalhando e à noite tenho que organizar a casa (...) eu disse para as meninas, que se elas não ajudassem nas coisas de casa eu mandaria elas morarem com o pai (...) acho que a fisioterapia ajuda muito, porém a menina não gosta dos exercícios. Acho que é devido à roupa branca".

A mãe relatou que a criança está começando a rolar, porém em outro momento diz que ao chegar em casa a menina começa "a pular". Quando os vizinhos comentam que sua filha é doente, fica irritada e diz que "prefere a filha do jeito que é, mais do que uma saudável". Essa contradição relata dificuldade da mãe em aceitar os limites físicos de sua filha.

c) Discussão do Caso 4

A mãe parece não ter muita consciência da importância da função materna no desenvolvimento dos filhos, bem como não planejou a gestação de nenhum dos cinco filhos. Os filhos são de vários pais, o que nos faz perceber que a mãe, não valoriza a possibilidade de dar a eles, uma estrutura familiar equilibrada social, econômica e afetivamente.

O cuidado com a criança é sempre transferido às filhas mais velhas, que também já se sentem cansadas, tal como a mãe, para levar a criança à fisioterapia porque "ela já está pesada". A criança carece de estímulos e da presença física e afetiva da mãe e da família, que a vê, como uma filha a mais para alimentar.

O comportamento agitado, ansioso, irritado e dependente da criança especial com as irmãs, reflete a inadequação de novos ambientes sociais e a falta de estímulos na relação afetiva com as pessoas próximas, uma vez que não tem estimulação sócio-afetiva em casa, nem contato com outras crianças. O mesossistema clínico-família é formado pela participação multiambiental do paciente, onde ele é o único laço entre o terapeuta e a família, em virtude do terapeuta e da equipe multiprofissional participar ativamente apenas do ambiente da clínica e a família participar ativamente do contexto familiar. Desta maneira, a relação ideal é a incursão do terapeuta no microssistema familiar do paciente e a participação ativa da família no microssistema da clínica, para aumentar significativamente a força desse mesossistema e proporcionar o desenvolvimento do indivíduo (Deitos, Krebs e Copetti, 1997).

A análise dessa família nos faz observar alterações no âmbito familiar considerando-se o fator econômico ("eu não queria a filha, porque é mais uma para alimentar"), social ("quem toma conta da criança são minhas duas filhas, uma de 15 e a outra de 17 anos") e emocional ("eu sorria para mostrar que não era triste"). Tais fatores são investigados por Knobel (1996), quando afirma que os conflitos familiares podem associar-se também a falta de estrutura sócio-econômica, repercutindo a todos os integrantes do núcleo familiar e consequentemente, dificultando a estabilidade e harmonia necessária ao desenvolvimento infantil.

Conclusões

No transcorrer desse trabalho, foi possível observar que as alterações psicossomáticas presentes no indivíduo, têm repercussões imensuráveis à sua vida de relação, seja através de problemas orgânicos, psíquicos e/ou sociais, chegando muitas vezes, a privar o homem do convívio social. Constatou-se que as crianças especiais necessitam de estímulos oriundos do meio ambiente para desenvolver-se e principalmente da presença de um adulto que possa facilitar a recepção e assimilação desses estímulos. As crianças especiais precisam ainda mais que alguém auxilie nesse processo devido, em sua maioria, apresentarem distúrbios cognitivos. A família é quem melhor desempenha o papel de mediador entre a criança e o meio, em virtude da confiança e proximidade com o filho, contudo reconhece a necessidade de estimulação fisioterapêutica para facilitar a recuperação da criança. Através desse estudo verificou-se que problemas de ordem psicossocial, presentes no contexto familiar podem interferir na reabilitação das crianças especiais. Todas as mães que fizeram parte da amostra desse estudo, apresentaram distúrbios psicossomáticos decorrentes da falta de aceitação da criança especial, representadas sob a forma de negação, raiva, vergonha, rejeição, isolamento, frustração, tristeza e ansiedade. As alterações psicossomáticas encontradas nas mães interferem no processo de reabilitação das crianças devido à falta de carinho, apoio, paciência e principalmente, pela ausência de estimulação no domicílio, dificultando a integração das crianças ao ambiente e consequentemente a sua evolução neuropsicomotora. A falta de integração da criança no contexto familiar, foi representado através de rebeldia, agitação, irritabilidade, depressão e dificuldade de interação com o terapeuta e o ambiente e até apatia ao submeter-se a estímulo de terceiros (terapeuta), em virtude da família não proporcionar meios favoráveis à integração e ao desenvolvimento da criança.

Verificamos que essas alterações comportamentais formam um ciclo vicioso, pois repercutem na família que consequentemente, volta-se contra a criança dificultando cada vez mais, a sua recuperação. Contudo constatou-se a importância do fisioterapeuta avaliar a criança como um ser psicossocial, onde a mente, o corpo e o ambiente interagem e interdependem e que qualquer modificação num desses componentes irá dificultar ou impossibilitar a reabilitação, bem como evidenciou-se a necessidade de um acompanhamento psicológico para fornecer à família, o suporte emocional adequado, visando restabelecer a integração entre ela e a criança.

Referências Bibliográficas

- DEITOS, F; KREBS, R. J; COPETTE, F. R. **Diálogo corporal: mito de zéfiro e flora**. Santa Maria: Kaza do Zé, 1997.
- ENCICLOPÉDIA DELTA LAROUSSE**. Organização Mundial de Saúde. Rio de Janeiro: Delta, v. 11, 1978.
- FLAHERTY, J. A; DAVIS, J. M; JANICAR, P. G. **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento**. 2 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.
- GONÇALVES, M. A. S. **Sentir, pensar, agir: corporeidade e educação**. 2 ed. São Paulo: Papirus, 1997.
- HAYNAL, A.; PASINI, W. **Manual de medicina psicossomática**. São Paulo: Masson, 1993.
- KNOBEL, M. **Orientação familiar**. 2 ed. São Paulo: Papirus, 1996.
- KREBS, R. J. **Urie Brofenbrenner e a teoria ecológica do desenvolvimento humano**. Santa Maria: Casa editorial, 1995.
- MARQUES, J. S. **As relações interpessoais no processo de desenvolvimento de crianças portadoras de necessidades especiais**. Natal: 1999, 42p. Monografia (Pós-Graduação em Fisioterapia) Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- MELLO, J. F. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.
- RAMOS, A. M. Q. P; RAMOS J. P. **Estimulação precoce: serviços, programas e currículos**. 2 ed. Coordenadoria nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência - CORDE. Ministério da Ação Social 1992.
- PAIM, I. **Curso de psicopatologia**. 10 ed. São Paulo: EPU, 1986.

Abstract

This study objectified the investigation concerning the special children's family, analyzing the present psychosomatic alterations and its correlation with the infantile development. A semi-structured interview applied four mothers of special children was accomplished, as the Cerebral Paralysis, Syndrome of West and Delay in the Neuropsychomotor Development, assisted in the Section of Physiotherapy of the University Hospital Onofre Lopes in the city of Natal/RN. In the analysis of the results the presence of psychological disturbances was verified in the children's mothers, current of the acceptance lack, represented under the denial form, rage, shame, isolation, frustration, sadness and anxiety. This alterations interfere in the process of the children's rehabilitation, due to the lack of affection, support, patience and mainly stimulation to home, still hindering more the integration of the children to the atmosphere and consequently its evolution neuropsychomotor. The integration lack between the family context and the child was represented through rebelliousness, agitation, irritability, depression, interaction difficulty with the therapist and the atmosphere and until same apathy when submitting to incentive of third (therapist), by virtue of the family not to provide favorable means to the integration and the child's development. We verified that those alterations form a vicious cycle, because they rebound the family that consequently turns against the child hindering its recovery more and more.

Uniterms: Psychological alterations, familiar context, special children's.

