

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA

A PRÁTICA DA PSICOLOGIA EM UM GRUPO INTERDISCIPLINAR DE
APOIO A MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA
CEREBRAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARÍLIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

CAMPINA GRANDE – PB

2017

MARÍLIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

A PRÁTICA DA PSICOLOGIA EM UM GRUPO INTERDISCIPLINAR DE APOIO A MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado á Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento às exigências para obtenção do título de bacharel em Psicologia, sob orientação do Professor Dr. Pedro de Oliveira Filho.

CAMPINA GRANDE – PB

2017

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro
Silva”, CCBS - UFCG**

O481p

Oliveira, Marília Cavalcante de.

A prática da psicologia em um grupo interdisciplinar de apoio a mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral: um relato de experiência/ Marília Cavalcante de Oliveira. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

27 f. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Pedro de Oliveira Filho, Dr.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Paralisia Cerebral. 2. Equipe interdisciplinar. 3. Psicologia. 4. APAE. I. Oliveira Filho, Pedro. (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.9:616.889 -053.2 (813.3)

MARÍLIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

A PRÁTICA DA PSICOLOGIA EM UM GRUPO INTERDISCIPLINAR DE
APOIO A MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA
CEREBRAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

APROVADO EM: 30 / 08 / 2017

NOTA: 8,0

BANCA EXAMINADORA

Pedro de Oliveira Filho

Profº. Dr. Pedro de Oliveira Filho
Orientador

Suenny Fonseca de Oliveira

Profª. Drª. Suenny Fonseca de Oliveira
Examinadora

José Roniere Morais Batista

Profº Dr. José Roniere Morais Batista
Examinador

*Dedico esse relato vivencial ao amor palpável das mães
de cada criança e adolescente com as quais tive a honra
de conviver na APAE de Campina Grande.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma pausa de reconhecimento, frente a todo caminho percorrido. Inicialmente gratidão A Deus pela fé inabalável e por meu filho Heitor (primeiro diploma dessa caminhada).

Agradeço aos meus pais Eliene Martins e Gilsept Macêdo por toda paciência e investimento no decorrer desse curso, assim como pelas doses de amor nos exemplos de humanidade e motivação.

Minha avó Pautilha Macêdo por sempre acreditar nesse sonho, sendo fonte de tenacidade e meu avô Ernani Cavalcante (*in memorian*) que foi peça fundamental no início dessa jornada onde muito ensinou sobre silêncio e vida.

As minhas tias e tios, primos e primas, que mesmo distante se preocuparam e torceram muito. A minha irmã Glícia Macêdo e meus sobrinhos Natália e Gustavo, pela fonte de energia todas as vezes que estamos juntos. E demais familiares, gratidão!

Agradeço a todos os professores e professoras que contribuíram com minha educação na cidade de Parelhas-RN, de onde venho e sempre quero voltar.

As minhas amigas de longas datas, por não deixarem a linha de divisa de estados nos distanciarem, em especial Brenda Melo, Lidiane Soares, Linda Sousa, Jina Souza, Helena Caroline e o grupo Plantão, obrigada por cada mensagem e visita, obrigada por sempre dizerem que iríamos vencer!

A Leomarco Almeida (*in memorian*) por todo amor e boa energia no início dessa jornada.

Aos amigos e amigas conquistados com a psicologia: Júlia Montenegro, Luna Juliana, Théo Torres, Monalisa Lucena, Ana Raquel e o grupo de estágio específico, gratidão pelas madrugadas, trabalhos, vivências, comemorações e sorrisos, pois sem cada um de vocês Campina Grande teria sido uma cidade mais árdua e cinzenta.

A Patrícia Sousa, Juca, Vitor e Fabinho serei sempre grata pelo acolhimento e cuidado com Heitor quando mais precisei, deixando a casa de vocês ser também minha.

A Wagner Silva e toda sua família, pelo carinho, cuidado e recepção todas as vezes que busco fugir um pouco da rotina, por entender minha ausência e conceder energias positivas.

Aos meus pequenos afilhados João Vitor e Áirla Louise por cada foto, vídeo e áudio recebido, nutrindo o amor pela infância e pela vida.

A minha sempre orientadora de campo Elaine Custódio Rodrigues Gusmão, por apresentar a logoterapia, pela sutileza de ouvir cada angústia, conquista e acreditar tanto em mim.

A cada docente e supervisor (a) da qual tive honra de aprender e conhecer a psicologia de maneira ética, em especial os da vertente social.

Ao meu orientador Pedro de Oliveira Filho, pelo desafio aceito e atenção nesse percurso.

Agradeço a psicóloga da APAE Karla Milene Castor Pinheiro, pela confiança depositada em todo estágio e a fisioterapeuta Ivna Marques, pelo convite ao grupo e espaço para intervenções. Assim como a todos os profissionais, voluntários, usuários, alunos, mães e responsáveis desta associação, pelo acolhimento e reconhecimento.

Por fim e não menos importante agradeço aos demais que aqui não foram citados, mas contribuíram direto ou indiretamente com minha jornada, por meio da perseverança depositada.

RESUMO

A paralisia cerebral (PC) afeta a coordenação motora e muscular na fase infantil. Após o diagnóstico modifica toda a estrutura familiar, gerando dedicação exclusiva de muitas mães, sendo estas as principais cuidadoras, quando não são as únicas, visto a cobrança de uma rotina em diversos atendimentos profissionais e cuidados com locomoção e vigilância. Se fazendo preciso inserir essas mães no processo de cuidado enquanto agente no processo terapêutico de seus (as) filhos (as). O relato de experiência busca apresentar a prática de dois períodos de estágio do curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) na cidade de Campina Grande-PB em um grupo interprofissional da psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia, com quatro crianças e adolescentes de 10 a 17 anos e suas mães-cuidadoras. O objetivo do relato é pensar o papel da psicologia em um grupo interdisciplinar, quanto aos pontos indispensáveis de uma equipe e o cuidado com as mães-cuidadoras de crianças e adolescentes diagnosticados com paralisia cerebral (CID10-G80). Este foi um trabalho pautado em metodologias participativas como a tenda do conto, roda de conversa, terapia comunitária e técnicas da Psicologia Social Comunitária.

Palavras- Chave: Paralisia Cerebral; Equipe Interdisciplinar; Psicologia; APAE.

ABSTRACT

Cerebral palsy (CP) affects motor and muscle coordination in the infantile phase. After diagnosis, it modifies the whole family structure, generating exclusive dedication of many mothers, these being the main caregivers, when they are not the only ones, since the collection of a routine in several professional care and care with locomotion and vigilance. It is necessary to insert these mothers into the care process as an agent in the therapeutic process of their children. The experience report seeks to present the practice of two periods of the Psychology course of the Federal University of Campina Grande (UFCG), the Association of Parents and Friends of the Exceptional (APAE) in the city of Campina Grande-PB in an interprofessional group of psychology, physiotherapy and speech therapy, with four children and adolescents aged 10 to 17 years and their caretaker mothers. The objective of the report is to think about the role of psychology in an interdisciplinary group, regarding the indispensable points of a team and the care with the mothers-caregivers of children and adolescents diagnosed with cerebral palsy (CID10-G80). This was a work based on participative methodologies such as the tent of the story, talk wheel, community therapy and techniques of Community Social Psychology.

Keywords: Cerebral Palsy; Interdisciplinary Team; Psychology; APAE.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2. TRAJETÓRIA DA APAE DE CAMPINA GRANDE-PB..... | 14 |
| 3. EQUIPE INTERDISCIPLINAR: O FAZER DA PSICOLOGIA..... | 16 |
| 3.1 Grupo Interprofissional com Crianças e Adolescentes diagnosticados (as) com Paralisia Cerebral (PC) e suas Mães na APAE-CG..... | 17 |
| 4. MÉTODO E INTERVENÇÕES | 18 |
| 5. BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA..... | 19 |
| 5.1 Tenda do Conto | 20 |
| 5.2 Terapia Comunitária | 22 |
| 5.3 Rodas de Conversa | 24 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 26 |
| REFERÊNCIAS..... | 27 |

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2010), são consideradas com deficiência as pessoas que declaram ter grande dificuldade ou que não conseguem ver, ouvir ou se locomover de modo algum, e àquelas que declaram ter deficiência mental ou intelectual, em articulação com laudo médico.

Os resultados do Censo Demográfico 2010 (IBGE) apontaram 45 606 048 milhões de pessoas que declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas, correspondendo a 23,9% da população brasileira. Dessas pessoas, 38 473 702 se encontravam em áreas urbanas e 7 132 347 em áreas rurais. A Região Nordeste concentrou os municípios com os maiores percentuais da população com pelo menos uma das deficiências investigadas. Dados dessa mesma amostra permitem constatar que 7,5% das crianças de 0 a 14 anos de idade apresentaram pelo menos um tipo de deficiência. Ao se tratar de deficiência motora, 6,8% da população feminina apresentava deficiência motora, contra 4,5% da população masculina. A população feminina com pelo menos uma das deficiências investigadas representa 26,5%, correspondendo a 25 800 681 mulheres; esse percentual é superior ao da população masculina com pelo menos uma deficiência, que foi de 21,2%, correspondendo a 19 805 367 homens.

As crianças diagnosticadas com alguma paralisia ou deficiência, fosse esta intelectual ou múltipla, foram por muito tempo marcadas pela rejeição, preconceito e discriminação da sociedade e do próprio poder público brasileiro (ESTRÁZULA, 2008). Encontrando dificuldades em serem incluídas em escolas e grupos de interação social.

Helena Antipoff, a partir do ano de 1929, marcou a educação especial brasileira e influenciou as ações ligadas à educação em todo o país, buscando mostrar a realidade ao governo. Ela foi também responsável pela criação de serviços de diagnósticos, classes e escolas especiais com prática inspirada na psicologia da educação. Em 1932, criou a Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais, que, a partir de 1945, iria se expandir no país. Promoveu a criação da Sociedade Pestalozzi do Brasil, em 1945, no Rio de Janeiro e ampliou o modelo adotado em Minas Gerais com importantes inovações no tratamento a “excepcionais” (CAMPOS, 2012, apud DRUMOND, 2015).

Para Leão, Reis e Pereira (2016) a educação especial se faz necessária porque algumas crianças são confrontadas com problemas que não podem ser facilmente solucionados pela educação geral, sendo preciso transformar o espaço da escola popular em um espaço de atendimento psicopedagógico. Logo, se observa a necessidade de assistência social para esses cidadãos de direito e suas famílias, uma vez que o cuidado com pessoas com deficiência deve ser norteado por uma equipe interdisciplinar de profissionais que auxilie no desenvolvimento dessas pessoas, já que por muito tempo essa população era assistida apenas pela medicina, sem chances de escolaridade e convívio social (MENDES, 2010).

No Brasil, a luta por uma política de direito assistencial, de educação especial e acesso à saúde, ganhou mais força na década de 50, na cidade do Rio de Janeiro, quando Beatrice Bemis e seu esposo George, pais de uma criança com síndrome de down, vindos dos Estados Unidos, se espantaram por no Brasil não haver grupos de pais e locais adequados (fundação, associação) para interação social e ensino de pessoas com deficiência (ESTRÁZULA, 2008).

Em contato com outros pais, professores, profissionais e amigos, Beatrice e George Bemis, com o apoio da Sociedade Pestalozzi do Brasil, fundaram por meio documental a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no país, em 11 de dezembro de 1954, seria esse um espaço filantrópico de apoio e atenção integral às pessoas com deficiência e às suas famílias. Em reunião do Conselho Deliberativo em março de 1955, na sede da Sociedade de Pestalozzi do Brasil, por mediação do professor La Fayette Cortes, a supracitada Sociedade Pestalozzi colocou à disposição parte de um prédio, para que instalassem uma escola para crianças com deficiência intelectual ou múltipla, sendo esse o primeiro espaço da APAE no Brasil. (ESTRÁZULA, 2008). Isso nos mostra que o movimento comunitário e filantrópico é também fruto do descaso do governo com uma educação popular inclusiva (MENDES, 2010).

Com o passar dos anos e o resultado positivo das atividades, outras cidades foram aderindo à ideia da APAE do Rio de Janeiro, como local de convivência, acompanhamento profissional e de ensino, por meio de mobilização social. Intitulado de movimento apaeano. Essas associações funcionam com apoio familiar, profissional, voluntário, ajuda financeira de empresários locais e verbas políticas (ESTRÁZULA, 2008).

É o maior movimento filantrópico do Brasil e do mundo, na sua área de atuação. É uma explosão de multiplicação, verdadeiramente notável sob todos os aspectos, levando-se em conta as dificuldades de um país como nosso, terrivelmente carente de recursos no campo da Educação e mais ainda, na área de Educação Especial (ESTRÁZULA, 2008).

Em 1962 existiam 16 APAE no Brasil, e, pela primeira vez, nesse mesmo ano, se reuniram pais e representantes de 12 dessas associações para discutir os direitos da pessoa com deficiência, assim como as experiências e realidade de cada cidade. Como símbolo da associação adotou-se a figura de uma flor ladeada por duas mãos em perfil, desniveladas, uma em posição de amparo e a outra de proteção. Esse encontro resultou na organização e criação da Federação Nacional da APAES (FENAPAES), visando uma mobilização nacional. Logo após essa consolidação, foi possível a conquista da sede própria para federação em Brasília (ESTRÁZULA, 2008).

A FENAPAES - Federação Nacional das Apaes é uma organização social sem fins lucrativos, reconhecida como de utilidade pública federal e certificada como beneficente de assistência social; de caráter cultural, assistencial e educacional, que congrega como filiadas, atualmente, mais de duas mil Apaes e outras entidades congêneres, que compõem a Rede Apae, tendo como missão institucional promover e articular ações de defesa dos direitos das pessoas com deficiência e representar o Movimento perante os organismos nacionais e internacionais, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas Apaes, na perspectiva da inclusão social de seus usuários (ESTRÁZULA, 2008).

No ano de 2016, existiam 2204 APAES em funcionamento no Brasil. Todo o trabalho é focado em: escolaridade, atendimento de saúde ambulatorial, Educação de Jovens e Adultos - EJA, esportes, artes e convívio social (LEÃO, REIS E PEREIRA, 2016).

Neste trabalho, relato a experiência de Estágio Supervisionado I e II na sede da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), na cidade de Campina Grande. O estágio ocorreu durante o período 2016.2 e 2017.1 em um grupo de atuação interdisciplinar (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia) que trabalha com crianças e adolescentes diagnosticados com Paralisia Cerebral (CID10 G-80) e suas mães.

2. TRAJETÓRIA DA APAE DE CAMPINA GRANDE-PB

Na década de 70, as pessoas com deficiência de Campina Grande e cidades circunvizinhas não contavam com atendimento clínico e educacional em instituições públicas, existindo apenas o Centro Assistencial Criança Excepcional (CACE), de viés particular, onde existiam estagiários de fisioterapia, psicologia e assistência social. Por meio de propagandas e eventos o CACE foi sendo procurado por diversos pais e profissionais que buscavam um atendimento especializado (RÊGO, 2013).

Durante a “Semana do Excepcional” no dia 28 de agosto de 1982, um grupo de pais, profissionais e universitários, com apoio da Secretária Municipal de Educação de Campina Grande, do CACE e da Rotary Clube¹ Campina Grande, se uniram no Museu de Artes Assis Chateaubriand, e receberam o visitante e palestrante Arauto Hugo da Costa, representante da FENAPAES (Federação Nacional das APAES), que apresentou o funcionamento e atividades de uma APAE aos presentes (RÊGO, 2013).

No dia 01 de Setembro de 1982, em reunião, José Farias Tavares (Secretário de Educação do município), Carlton Ferreira da Nóbrega (representante da Rotary Clube Campina), Maria da Conceição Costa Rêgo (representante dos pais e comunidade da pessoa com deficiência) e Arauto Hugo, resolveram criar em meio documental a APAE de Campina Grande junto a FENAPAES. Nesse momento foi escolhido como presidente da associação o poeta, professor, odontólogo e representante da Rotary: Carlton Ferreira da Nóbrega (RÊGO, 2013). Apesar de totalmente legalizada não foi possível concretizar o projeto, principalmente por falta de investimento e local adequado para esse atendimento na cidade. Todos os envolvidos então tomaram rumos diversos, ficando apenas a documentação com Maria da Conceição Rêgo (LEÃO, REIS E PEREIRA, 2016).

No ano de 1992, Margarida Mota Rocha, formada em direito, secretária de educação por duas gestões municipais e então membro do Conselho Estadual de Educação, foi procurada por duas pediatras, Santana Maria Florindo e Conceição Medeiros, para debater o assunto de inúmeros casos de crianças com deficiência nascidas na cidade, nos últimos anos, para as quais não existia na cidade um local

¹ O Rotary Clube é uma rede global de líderes comunitários, amigos e interessados que se unem para causar mudanças positivas e duradouras em suas cidades e pelo mundo, há mais de 110 anos. Tendo como lema: “Dar de Si Antes de Pensar em Si”. Atualmente reúne 1,2 milhão de associados em 35.000 clubes ao redor do mundo. Fonte: <https://www.rotary.org/pt/about-rotary>.

adequado para encaminhamentos e acompanhamento dessas famílias (LEÃO, REIS E PEREIRA, 2016). Outras pessoas se juntaram ao grupo: o pediatra Raul Dantas, membro da sociedade médica e profissional do Hospital Universitário Alcides Carneiro, localizado na cidade de Campina Grande, e um grupo de mães dos pacientes das pediatras. Juntos começaram a traçar planos (PEQUENO; CHAVES, 2017).

Somente em Setembro de 1993, com a intenção da criação de um grupo de apoio aos pais de recém nascidos com deficiência, os envolvidos com o passar dos meses descobriram em contato com a APAE de São Paulo e a FENAPAES, a existência da documentação da APAE em Campina Grande. Em contato com Maria da Conceição Costa Rêgo, o grupo assumiu o desafio de fazer funcionar a APAE como alternativa de atendimento sócio-psicopedagógico a este segmento da sociedade. (LEÃO, REIS E PEREIRA, 2016). Sendo escolhido no ano de 1995 o presidente Antônio Araújo Neto, o primeiro presidente pai a representar a associação campinense (PEQUENO; CHAVES, 2017).

Inicialmente a APAE de Campina Grande localizava-se no centro da cidade, em um prédio doado pelo então prefeito Ronaldo Cunha Lima. Em 2001 recebeu do município a doação do terreno onde se encontra a associação até os dias atuais, na Rua Professora Eutécia Vital Ribeiro, 525, bairro Catolé. Atualmente a sua estrutura está dividida em três blocos: administração, saúde e escolaridade. Conta com ambiente do setor clínico, salas de aula, sala de estimulação precoce, biblioteca, auditório, refeitório, espaço de horta, culinária, serigrafia, recepção, sala de brechó, sala de convivência das famílias, centro de equoterapia e estacionamento (RÊGO, 2013).

Funciona de segunda a sexta de 07h30min às 11h30min e de 13h30min às 17h30min. De acordo com o Sistema de Informação APAE-CG, são atendidos 465 usuários de 43 municípios paraibanos, que não tem limite de idade. No setor administrativo conta com profissionais e pais, que buscam de maneira filantrópica manter a associação; no setor saúde conta com atendimento clínico de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, assistência social e equoterapia. Por vezes, voluntários e acadêmicos de odontologia, medicina, comunicação social, educação física, nutrição, entre outros prestam serviços à instituição. O setor da escolaridade se pauta na alfabetização e Educação de Jovens e Adultos (EJA), assim como atendimentos de psicopedagogia, atividades de informática, oficinas de serigrafia e artesanato (PEQUENO; CHAVES, 2017).

3. EQUIPE INTERDISCIPLINAR: O FAZER DA PSICOLOGIA

No Brasil, nos últimos anos, a Psicologia tem sido chamada a ocupar novos espaços e a desenvolver trabalhos e/ou atividades que até então eram pouco frequentes. Nesse sentido, abre-se a possibilidade de construção de uma nova identidade da (o) psicóloga (o) brasileira (o), que dá ênfase ao compromisso social da profissão e à construção de equipes de trabalho. O entendimento da necessidade de um psicólogo em grupos tem sido frequente, uma vez que é visto como o profissional de escuta qualificada, voltado à doença-saúde-cuidado psíquico (MAZER; MELO-SILVA, 2010 apud REIS; FARO, 2016).

Peduzzi (2001), fundamentado na perspectiva de Habermas que considera dois tipos de trabalho em equipe: o agir-comunitário e o agir-instrumental, formulou então “uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes” (p.104). Sendo a equipe integração a mais apropriada para o trabalho interdisciplinar, uma vez que se faz preciso um consenso para um projeto de intervenção comum, em que busque atender às necessidades pertinentes do grupo atendido e não a individualidade de cada área. Buscando assim uma interação comunicativa entre os profissionais e a superação do isolamento de saberes.

Para que a interdisciplinaridade se torne uma postura profissional é necessário prevalecer o diálogo, a cooperação e a compreensão dos fazeres. A equipe deve estar integrada e também aberta às características pessoais de cada saber para que o diálogo se torne facilitador das ações interdisciplinares (MARQUES; OLIVEIRA, 2015).

Logo, “a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços” (REIS; FARO, 2016). Pautado na sua ação o compromisso ético e social, não esquecendo fatores indispensáveis nesse processo como respeito, abertura, colaboração, cooperação, tolerância, diálogo, humildade e ousadia (MARQUES; OLIVEIRA, 2015), uma vez que está em equipe requer convívio pessoal e profissional.

A partir disto visualizo que o papel da (o) psicóloga (o) em uma equipe interdisciplinar, assim como de demais profissionais que a compõem, é o fazer “em

equipe, não eu- equipe”², uma vez que “faz-se necessário uma troca intensa de saberes, com reciprocidade e mutualidade, buscando diferentes atitudes para problemas diferenciados, substituindo uma concepção fragmentada por uma visão abrangente do ser humano” (MARQUES; OLIVEIRA, 2015). Sendo indispensável na atuação da (o) profissional da Psicologia, o cuidado, o fortalecimento e a interação pessoal/profissional da própria equipe.

3.1 Grupo Interprofissional com Crianças e Adolescentes diagnosticados (as) com Paralisia Cerebral (PC) e suas Mães na APAE-CG

A paralisia cerebral (PC) é um distúrbio do movimento e da postura que resulta de lesão cerebral não-progressiva ocorrida no período inicial do desenvolvimento infantil, podendo apresentar sintomatologia variada, que caracteriza a gravidade do comprometimento neuromotor (MANCINI et al, 2004).

De acordo com o Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 2008), no capítulo VI (seis) intitulado o G como Doenças do Sistema Nervoso, é classificação da Paralisia Cerebral o G80 e suas especificações: G80.0 Paralisia cerebral quadriplégica espástica, paralisia cerebral tetraplégica espástica; G80.1 Paralisia cerebral diplégica espástica, paralisia cerebral espástica SOE; G80.2 Paralisia cerebral hemiplégica espástica; G80.3 Paralisia cerebral discinética, paralisia cerebral atetóide, paralisia cerebral distônica; G80.4 Paralisia cerebral atáxica; G80.8 Outras formas de paralisia cerebral, síndromes mistas de paralisia cerebral; G80.9 Paralisia cerebral não especificada, paralisia cerebral SOE. Será utilizado como norte do relato a paralisia cerebral na classificação G80, sem entrar em detalhes do quadro clínico individual das crianças e adolescentes.

O trabalho de equipe interprofissional na APAE de Campina Grande com crianças e adolescentes diagnosticados com paralisia cerebral (CID10 G80) de nível grave foi idealização do setor da fisioterapia, a partir da compreensão de que havia a necessidade da aprendizagem de técnicas da fisioterapia e práticas mais intensas de exercícios e movimentos pelas mães, para que pudessem aplicar nos seus (as) filhos (as)

² Grifo dos autores Marques e Oliveira (2015), sobre fragmento da fala de um participante da pesquisa apresentada.

diariamente, resultando em melhor funcionalidade e evitando atrofia motora.

Para melhor compreensão do leitor, o nível do quadro clínico da paralisia cerebral pode ser melhor compreendido no relato de pesquisa de Mancini et al. (2004), que apresenta o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (Gross Motor Function Classification System – GMFCS) e a caracterização auxiliar para os níveis do quadro de paralisia cerebral de I (um) a V (cinco), onde:

Os níveis I e II são atribuídos a crianças que andam sem restrições, no nível III são classificadas aquelas que andam com auxílio ou suporte, no nível IV, a criança utiliza tecnologia assistida para mover-se e no nível V, a criança é gravemente limitada na mobilidade, mesmo com o uso de tecnologia assistiva. (MANCINI et al., 2004)

O grupo de atuação interprofissional da APAE de Campina Grande deste relato, trabalha com crianças e adolescentes do nível V, em que as necessidades são consideradas crônicas e o quadro clínico já não apresenta os resultados esperados na mobilidade. Todos (as) são cadeirantes necessitando de assistência máxima nos cuidados e constante supervisão.

4. MÉTODO E INTERVENÇÕES

Para consolidação do grupo da fisioterapia, maior interesse pelas participantes e melhor rendimento institucional, foram convidados profissional da fonoaudiologia (1) e estagiária de psicologia (1) para contribuir com temas e práticas de grupo. Por meio de convites e indicações profissionais quatro mães e seus filhos formam o grupo atendido semanalmente, às terças-feiras das 14h10minhs às 15hs, na sala de estimulação precoce³ do setor de saúde da associação, onde devem estar presentes mães e filhos (as).

Todas as crianças e adolescentes do grupo em relato tem a mãe como cuidadora primordial e não moram na mesma residência que seus pais biológicos. Milbrath et al. (2013) em considerações de sua pesquisa com mães de crianças com PC, afirma que a reorganização da família, em casos de cuidados exclusivos da paralisia cerebral, fica mais fácil quando ocorre um apoio mútuo entre o casal. Também reconhecemos o papel do pai como primordial nesse processo, mas não levantaremos questões acerca, visto

³ Espaço dispõe de camas e ambiente propício para acomodar as crianças e adolescentes, fora das cadeiras de rodas, em movimentos e atividades.

que nunca encontramos com os mesmos, e trabalhamos focando nessas cuidadoras.

Duas delas residem na cidade de Campina Grande-PB, e outras duas em comunidades rurais, uma no município de Campina Grande e outra no município de Puxinanã. Neste trabalho serão utilizados números para identificar os (as) participantes envolvidos, e não será divulgado o nome das profissionais da equipe buscando preservar suas identidades.

A tabela a seguir apresenta o perfil das crianças e adolescentes participantes:

| Idade | Sexo | Situação de Moradia | Nº de Irmãos | Uso de Medicação/Tipo |
|----------------|-------------|----------------------------|---------------------|------------------------------|
| 17 anos | F | Própria | 04 | Sim, 1 |
| 16 anos | M | Alugada | 01 | Sim, 1 |
| 11 anos | F | Própria | 02 | Sim, 1 |
| 10 anos | F | Alugada | 02 | Sim, 2 |

Inicialmente o grupo tinha como objetivo o fortalecimento dessas mães frente ao quadro de paralisia cerebral de seus (as) filhos (as), uma vez que depende delas a assistência de locomoção e demais cuidados. Como se sabe, “[...] a deficiência vem como algo extremamente inesperado e impactante, que gera medo e anseio, frente ao desconhecido” (MILBRATH et al., 2008) e isto em quadros de paralisia cerebral infantil é mais angustiante e constante, uma vez que mesmo estimuladas essas crianças e adolescentes já em nível V da paralisia apresentam um quadro não gradativo.

Logo, com o passar dos encontros enquanto equipe notamos o quanto esse precisaria ser também um espaço de cuidado e fala dessas mulheres, então foi oferecido neste grupo interdisciplinar um espaço às mães-cuidadoras para cuidado mútuo, informação de saúde e aprendizagem.

Enquanto método foi utilizado técnicas da Psicologia Social Comunitária, como rodas de conversa, tenda do conto, terapia comunitária e espaço de educação em saúde, em relato a seguir.

5. BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA

O convite para fazer parte do grupo enquanto estagiária de psicologia foi sugestão da supervisora de campo junto à fisioterapeuta.

Foi acordado entre as profissionais que a cada encontro semanal uma profissional traria suas contribuições, podendo ser um encontro conversado entre as áreas ou discursivo com o próprio grupo. Pesquisas mostram que profissionais que trabalham em equipe interdisciplinar falam muito sobre se “policiar para não entrar no espaço do outro” (SILVA; OLIVEIRA FILHO, 2013) sendo de suma importância o planejamento. Na realidade das profissionais desse grupo isso acontecia de maneira autêntica, nunca houve envolvimento invasivo em algo que não lhe era competência, mesmo que duas ou três profissionais estivessem presentes o foco estava no tema e em quem o conduzia. Podendo claro, haver perguntas e contribuições de todos, para que fosse possível um espaço de atividade partilhada.

Durante as atividades das demais profissionais sempre buscamos enquanto equipe estar presente, sendo essa uma oportunidade de também conhecer algo mais sobre as crianças e adolescentes com PC e suas mães. Mas isso nem sempre era possível, por questões de demandas institucionais, o que dificultava um maior vínculo e conhecimento dos temas, que precisavam ser em outros momentos retomados.

O primeiro contato com o grupo de mães e seus filhos aconteceu no dia 06 de dezembro de 2016, uma semana antes do recesso do final de ano. O encontro seguinte e último encontro do ano, foi utilizado para levantamento de demandas e fechamento das atividades. Nesse momento se utilizou a técnica de acolhimento pautada na psicologia social comunitária, da qual se propiciou espaço para produção de fala e de identidade ao grupo, em seguida como objetivo foram elencados temas de interesse de todas as mães e um levantamento geral do que já havia ocorrido nos trabalhos da fisioterapia.

O retorno ao grupo ocorreu no dia 07 de fevereiro de 2017. Nesse retorno, duas das participantes do ano anterior resolveram não permanecer no grupo. Objetivando formar novamente um grupo com quatro duplas, a instituição convidou mais duas mães juntamente com as suas filhas.

5.1 Tenda do Conto

Nos encontros seguintes intercalados ainda no mês de fevereiro sugeri às mães e profissionais a metodologia participativa da Tenda do Conto. Tendo em vista que a condução da tenda se inicia antes do momento da realização da metodologia propriamente dita, sugerimos às participantes que trouxessem na semana seguinte objetos que retratem alguma história, lembrança, sonhos, em resumo algo que marque

suas experiências de vida. Dessa forma, objetos que poderiam estar esquecidos têm seus valores ressignificados (FÉLIX-SILVA et al., 2014). Logo, no dia 14 de fevereiro de 2017, a tenda foi montada e aberta após proposta do acordo de sigilo e respeito para com o outro, a partir disso colocou-se ao lado da mesa de objetos uma cadeira a disposição, para que as mães individualmente narrassem contos. Na tenda do conto, o objeto que lhe represente deve ser investido por meio da palavra, transformando-se em afetos e vida a partir dos discursos de quem narra o conto e onde o silêncio também tem voz: significa que cada participante que se senta na cadeira está tendo sua história ouvida (FÉLIX-SILVA et al., 2014).

Nesse encontro o ser mulher, a vaidade feminina e o ser mãe-cuidadora perpassaram os contos. Uma delas escolheu o espelho e batons para falar de sua vaidade, e como seu filho reconhece os horários do dia por lhe ver arrumada, afirmando que não veio tão “pronta para o recalque das inimigas”, mas gosta de sair sempre arrumada. Outra segura o celular e fala sobre fotos, que adora fotografar, ouvir músicas e fazer postagens desde o *orkut*. Uma profissional do grupo segura uma fotografia e fala sobre seu sonho de ser mãe, e como tudo ocorreu para que sua filha adotiva chegasse ao seu lar. A terceira participante escolhe esmaltes e retoma falas sobre vaidade e tempo para si enquanto mulher. Em seguida uma mãe escolhe uma pelúcia sobre a mesa e conta que esse objeto lhe despertou lembranças da infância humilde e que sua filha hoje também tem certo zelo por tais objetos. Por fim, foi feita uma rede devolutiva sobre a fala de todas, em que se agradeceu a confiança no grupo e o conto apresentado, fortalecendo a importância de fala e vida.

Outra tenda do conto foi sugerida após notar o entusiasmo das crianças e adolescentes frente à fala das mães na primeira tenda. Nesse segundo momento deveriam trazer um objeto em acordo com o (a) filho (a). Após montada a tenda com os mesmos princípios da primeira, viramos as crianças e adolescentes para ela, logo cada mãe pega um objeto de fala e narra o conto de seu filho (a).

A primeira trouxe inúmeros itens de cozinha em brinquedo, relatando que sua filha tem uma sonda gástrica, mas ama estar na cozinha brincando e sentido o cheiro da comida. A segunda trás no celular um vídeo da filha com uma ave de estimação, diz que o mesmo tem de ficar solto pela casa e sempre próximo dela. A terceira pega um DVD e conta que sua filha nunca gostou muito de brinquedos, mas gosta muito de músicas na televisão. A quarta mãe trouxe um pequeno massager manual de madeira, narrou que o mesmo tem a idade do seu filho, e que inicialmente acreditava que se o

massageasse muito nas pernas, ele andaria. Em seguida, também escolhemos um objeto, um uso de pelúcia, narrando brevemente à vivência enriquecedora nesse grupo, o quanto foi aprendido com cada um, visto que o fim do estágio já se aproximava.

Por fim, agradecemos por cada conto e foi feito a costura dos relatos, que resultavam no fortalecimento dessas mães atualmente ao falarem do quadro clínico de seus filhos (as), observando sempre o melhor, uma vez que não é fácil aceitar e lidar com as frustrações das perspectivas durante todo quadro da paralisia cerebral. Uma delas afirma: as pessoas sempre me perguntam quando ela vai andar, falo que nunca! Outra diz que na escola da filha já houve perguntas do mesmo tipo. E uma terceira mãe relata que nem mesmo alguns familiares entendem da paralisia cerebral: conheço mães aqui na APAE que ainda não aceitam os filhos que têm, em razão do quadro de paralisia (se referindo a cronicidade e não evolução da maioria dos casos), mas a gente faz o melhor!

O questionamento, por alguns familiares, sobre os motivos da existência de um membro deficiente em seu núcleo familiar pode demonstrar preconceito em relação ao mesmo, visto que, subjetivamente, passam a ideia de “castigo” ou de um fato que “fere” a imagem da família perfeita, com integrantes fisicamente “perfeitos” (MILBRATH et al., 2008).

5.2 Terapia Comunitária

No mês de março havia um sentimento de tristeza predominando na APAE. Nesse período algumas crianças com paralisia cerebral acompanhadas pela associação foram internadas e o falecimento de uma delas foi assunto das mães de nosso grupo.

Realizamos então uma terapia comunitária para que essas mães tivessem espaço de fala e cuidado. Segundo Barreto (2008), a Terapia Comunitária fundamenta-se em cinco pilares conceituais: O *pensamento sistêmico* leva-nos a compreender que o comportamento de um membro afeta e é afetado pelo comportamento do outro, deste modo, todos passam a fazer parte do problema. A *teoria da comunicação* ajuda-nos a entender que todo comportamento é comunicação, incluindo gestos e atitudes, toda comunicação tem dois lados: o conteúdo e a relação, toda comunicação entre pessoas é feita de forma simétrica ou complementar. A *resiliência* está relacionada à vivência pessoal enquanto fonte de saber. A *antropologia cultural* também é considerada como pilar conceitual porque a cultura é um elemento de referência na construção de nossa identidade pessoal e grupal, interferindo na definição do quem sou eu, quem somos nós. E a *problematização* de Paulo Freire que faz pensar na constituição do indivíduo como

sujeito de seu tempo e de seu espaço e como membro de uma totalidade de que pode e deve ser voz ativa na construção da consciência crítica (FREIRE, 1979).

Pautando a prática nos cinco pilares, inicialmente foi feito acolhimento e escuta da demanda a partir da pergunta individual: “Hoje qual o seu aperreio?”. As quatro mães se colocaram, a 1 falou sobre ter tido gastos com farmácia para seu filho e está com a conta de água em atraso; a 2 diz que no momento em comparação a outros tudo está bem; a 3 falou sobre não saber lidar com adolescência de um dos seus quatro filhos, e temer certas companhias dele; a 4 falou angustiada sobre necessitar comprar um oxímetro⁴ digital de dedo para filha, indicação da fisioterapia, visto que ela estava cansando muito, ou pagar o curso de informática de outro filho.

Em seguida, depois de todas essas falas, agradecemos a confiança depositada em cada relato, e as mães escolheram para ser trabalhado o tema formulado pela mãe de número 4. Falou um pouco sobre sua realidade econômica e sua preocupação no momento, a posteriori o grupo foi convidado para uma reflexão positiva sobre o que foi dito por ela, e a apreciação foi feita pela mãe 1, que tinha um problema parecido. Esta trouxe em relato que a vida requer prioridades, e a dessas crianças e adolescentes um pouco mais, podendo muitas coisas ficar para depois menos o cuidado com a vida deles (as), finalizou dizendo que o momento deu abertura para se conhecerem mais, e que jamais imaginara que a mãe escolhida na terapia, a mãe 4, estava passando por esse problema. Ao final do processo, todos os passos considerados fundamentais na terapia comunitária foram alcançados: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, reflexão positiva em grupo e apreciação (BARRETO, 2008). Como finalização desse momento, foi feita leitura de um trecho do texto A Escutatória de Rubens Alves pelas profissionais presentes.

A terapia comunitária reforçou o lugar dessas mulheres enquanto mães-cuidadoras, uma vez que seus problemas estavam focados nos (as) filhos (as). Pois, “a adaptação á situação de ter um filho com paralisia cerebral não acontece magicamente. É um processo complicado e permanente” (GERALIS, 2007 apud MILBRATH et al., 2008), onde além da dedicação exclusiva da maternagem também se exige delas abrir mão de questões sociais e econômicas, principalmente porque a maioria dessas famílias se sustentam apenas do benefício federal desses (as) filhos (as).

⁴ Aparelho destinado a medir de forma não invasiva a porcentagem de oxigênio no sangue (SpO2) e também a frequência cardíaca (pulsação). Devendo fazer parte da monitorização básica do homem. Fonte: <https://www.zeletro.com.br/oximetro-de-dedo>.

5.3 Rodas de Conversa

Em março foi trabalhada a cartilha: Não Maltrate o Seu Amor, publicação da Universidade Federal do Pernambuco (UFPE) junto ao Centro das Mulheres de Cabo Branco (CMC), do ano de 2013. Na qual se dispõe para toda a sala frases culturais e carregadas de “preconceitos” sobre gênero e violência, por exemplo: Ruim com ele, pior sem ele; Na verdade toda mulher só gosta de cafajeste; Uma mulher só fica completa quando casa e tem filhos; Ela é brava assim porque é mal amada; Mas foi ela quem deu mole; Mulher no volante perigo constante; Lugar de mulher é no fogão (...). Após lerem essas frases e falar sobre a vivência em ouvir algumas, um mãe relatou já ter inclusive falado tais frases. Em seguida fizemos uma breve leitura da Lei Maria da Penha Nº11 340, com ênfase nos cinco tipos de violência: física, psicológica, social, sexual e patrimonial, com exemplos rotineiros e por fim foi falado da rede de apoio em casos de violência, elencando brevemente os cuidados com essas crianças e adolescentes em violação de direitos, por parte de outros. Nesse encontro a fisioterapeuta se fez presente na condução da intervenção.

Durante o mês de abril foi sugerido às mães um conjunto de temas dentro da temática geral “saúde na psicologia”, e entre elas a escolha foi falar sobre estresse. Apresentei à fisioterapeuta e à fonoaudióloga a ideia do “estressômetro” do Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida (CPAQV), do Prof. Dr. Guanis de Barros Vilela Junior. Nesse instrumento, são ditadas situações cotidianas que tenham ocorrido preferencialmente nos últimos meses e as atitudes e emoções que as acompanharam em uma escala de 0 (nunca) a 4 (sempre). Em nosso grupo, utilizamos uma bexiga enorme como resposta ao invés de papéis e lápis, e nessa bexiga as mães deveriam dar um número de assopros de acordo com a resposta emocional ou atitudinal a cada situação. Ao final, e com duas bexigas estouradas, trabalhamos como lidar com o estresse, ou mesmo como combater-lo uma vez que uma pessoa em alto nível de estresse, pode se tornar um estressor, ou mesmo chegar ao esgotamento físico e emocional. Por fim foi apresentada a técnica da respiração diafragmática pela fisioterapeuta e uma série de pequenos exercícios faciais pela fonoaudióloga. Apesar do tema, esse foi um momento de interação e diversão também para as crianças e adolescentes pelo uso das bexigas.

No mês de maio, como tema foi utilizado às comemorações do dia das mães, levando uma reflexão intitulada: Quem lembra mais?. Nessa reflexão, foi feito

perguntas sobre as mães de cada mãe do grupo e sobre elas enquanto mães, uma vez que o tema escolhido havia sido lazer e elas falaram na semana anterior que não tinham nenhum lazer, centrando suas vidas nos (as) filhos (as) e nas vindas a APAE. Com essa reflexão foi possível enxergar que as mães delas também não tinham o lazer que elas idealizam. A primeira delas falou sobre a vida sofrida de sua mãe no campo para cuidar dos filhos, e que acreditava que o lazer dela era plantar, pois lhe parecia feliz ao colher ou ver flores e frutas, porém a mesma faleceu há alguns anos. A segunda falou que não conseguia enxergar nenhum lazer na vida de sua mãe e que nem na casa dos filhos atualmente ela gosta de estar, afirmando que a vida lhe deixou muito em casa e ela é assim. A terceira fala que sua mãe gostava de levar os filhos para um rio, e que havia toda uma expectativa dos filhos nesses dias. Diz sentir saudades, pois hoje sua mãe é muito caseira. A quarta, fala com sorriso que sua mãe sempre fora animada e aos fins de semana se reunia com amigos para comemorações em casa, “e não precisava de aniversariante”.

Ao falar sobre elas enquanto mães e sobre o lazer que proporcionam aos filhos (as), a primeira falou que nem caminhar em uma praça próxima pode, pois a filha não aceita ficar com ninguém, mas aos domingos vão à igreja. A segunda diz que o lazer é quando vão a cidade na casa de familiares, e também se queixa do laço forte (dependência total), pois a filha só fica com avó materna e com ela. A terceira fala gostar de festas e que não sai muito com os filhos, é a filha mais velha quem “olha” a filha menor portadora de paralisia quando lhe é solicitada. A quarta diz que gostaria de ser animada como a mãe dela, mas não gosta de festas e prefere lugares para lanche ou passeio com seu atual companheiro e/ou filho. Por fim, foram questionadas sobre o que seria então o lazer que revigora cada uma, e a importância dos filhos em suas vidas. A primeira fala que sempre que voltam da igreja param para comprar pastel e as semanas acabam melhor assim. A segunda diz não enxergar muito lazer na sua rotina, mas sempre que dar deixa a filha com sua mãe e se diverte um pouco. A terceira lembra-se de festa de forró, diz adorar dançar e que revigora sair com seu atual esposo, “é muito bom ter um momento só nosso!”. A quarta diz que qualquer passeio lhe deixa melhor, “arrumo o cabelo, passo um batom e já tô pronta!”. Sobre os (as) filhos (as), todas falam sobre a garra após ser mãe, dizendo ter uma força que muitas vezes não acreditavam que era de capaz possuir. Por fim fechamos o momento cantando a música Você é Tudo, de Jammil para que elas percebessem o quanto são amadas, o quanto não se comparam a ninguém.

O último encontro se deu no mês de julho, breve e com apresentação de uma nova profissional de fisioterapia que substituiria a então estagiária de psicologia. Nesse encontro foi entregue às mães uma cópia da Lei Nº 13 146, de 6 de julho de 2015 que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Essa decisão foi motivada pelos comentários delas em encontros anteriores sobre a ausência de conhecimentos sobre os direitos de seus filhos (as).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tudo que foi elencado sobre a trajetória da APAE no Brasil e na cidade de Campina Grande mostra o quanto é notável o trabalho dessa associação para trazer inclusão para essas famílias e pessoas com deficiência, uma vez que muitas mulheres mudam completamente suas vidas pelo vínculo materno do cuidado contínuo com suas crianças e adolescentes. Em contraponto a isso, a angústia inicial de não conseguir observar uma intervenção efetiva junto às crianças e adolescentes atendidos (as) neste grupo, pelo nível crônico da paralisia cerebral de cada um, foi se transformando em cuidado para com as cuidadoras, e delas para com seus filhos (as), pois não precisam ser vistas apenas como o ideal de mãe, e sim como mulheres de vaidade, sonho, maternidade e história. Sendo elas as agentes primordiais do processo terapêutico.

Sabe-se que os profissionais brasileiros estão caminhando cada vez mais para a atuação em grupo interprofissional nos serviços de saúde, por cobranças de gestores ou visão sobre a comunidade.

Neste caso do relato tentamos dar o melhor de nós enquanto equipe, apesar de todas as dificuldades institucionais para a realização de reuniões e planejamentos. Em minha atuação busquei repensar as práticas interdisciplinares e o próprio papel da psicologia social comunitária frente a casos severos de paralisia cerebral, trabalhando o fortalecimento dessas mulheres e problematizando a natureza do vínculo afetivo da relação mãe-filho, tendo em vista que muitas vezes elas, por serem as cuidadoras primordiais, se cobram muito e dedicam suas vidas inteiramente ao cuidado dos (as) filhos (as), vivenciando um constante processo de adaptação para o qual se faz necessário uma rede de apoio social.

Ao retomar o objetivo do grupo em cuidado, fortalecimento e aprendizagem das mães pode-se elencar que fora alcançado com êxito. Uma vez que elas se mostraram

sempre participativas e agentes de todo processo terapêutico. Sendo de suma importância escutar cada mãe não apenas nas intervenções, mas após elas e no fechamento final do estágio, notando também o quanto foi crescente o vínculo do próprio grupo e da relação mãe-filho de maneira mais consciente.

Por fim o relato buscou mostrar a possibilidade da prática das metodologias participativas e técnicas de grupo da psicologia social comunitária, enquanto possíveis. Utilizando dos materiais possíveis e da fala como geradora de cuidado em saúde, seja com mães, crianças, adolescentes ou profissionais.

REFERÊNCIAS:

APAE Brasil. Disponível em: <http://www.apaebrasil.org.br/#/>.

APAE Campina Grande. Disponível em: <http://campinagrande.apaebrasil.org.br/>.

BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia comunitária passo a passo**. 3 ed. Fortaleza: LCR; 2008.

CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.

DRUMOND, Adriana Cláudia. **Perspectivas Históricas e Teóricas**. Em: A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Barbacena e o atendimento às pessoas com síndrome de Down (1962-1976): diálogos com pestalozzianos.. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-A3N4/tese_adriana_cl_udia_drumond.pdf?sequence=1

ESTRÁZULA, Alda Moreira. **Um Pouco da História do Movimento das Apaes**. São Paulo: APAE-SP, 2008. 7 p. Disponível em: [http://novosite.apaebrasil.org.br/uploads/historico_10.12.2008\(1\).pdf](http://novosite.apaebrasil.org.br/uploads/historico_10.12.2008(1).pdf).

FÉLIX-SILVA, Antônio Vladimir, et al. **A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica**. Natal: Edunp, 2014. 78p. ISBN: 978-85-8257-014-2.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.

IBGE – Pessoas com deficiência. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>

LEÃO, Wilma Jacyere Silva dos Reis; REIS, Gracimone Meneses dos Santos; PEREIRA, Lígia. **Associação De Pais e Amigos dos Excepcionais - Campina Grande: História de amor e dedicação através das mãos da professora Margarida Mota Rocha**. In: II Congresso Internacional de Educação Inclusiva, Campina Grande. **Anais**. CINTEDI: Ed. Realize, 2016. [online]

MANCINI M.C.; ALVES A.C.M.; SCHAPER C.; FIGUEREDO E.M.; SAMPAIO R.F.; COELHO Z.A.; TIRADO, M. G. A. **Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional**. Rev Bras Fisioter. 2004. 8(3):253-60. [online]

MARQUES, Ana Alice Dalla Valle; OLIVEIRA, Rafael Wolski de. **Possíveis contribuições da psicologia na estratégia de saúde da família**: interdisciplinaridade entre fazeres e saberes. Est. Inter. Psicol., Londrina, v. 6, n. 2, p. 39-58, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072015000200004&lng=pt&nrm=iso.

MENDES, Enicéia Gonçalves. **Breve histórico da educação especial no Brasil**. Revista Educación y Pedagogía, vol. 22, núm. 57, maio-agosto, 2010. [*online*]

MILBRATH, Viviane Marten; CECAGNO, Diana; SOARES, Deisi Cardoso; AMESTOY, Simone Coelho; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. **Ser mulher mãe de uma criança portadora de paralisia cerebral**. Acta Paulista de Enfermagem, vol. 21, núm. 3, 2008, pp. 427-431. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023827007>.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde**: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001. 35(1):103-9.

PEQUENO, Valéria; CHAVES, Regina. **Pesquisa documental com profissionais**. Depoimento [11.julho.2017]. Campina Grande : APAE. Entrevista concedida a Marília Cavalcante de Oliveira.

RÊGO, Karla Karina Abrantes. **Histórico e Estrutura da APAE-PB**. Em: O facebook e a inclusão de deficientes intelectuais: uma experiência na APAE-CG. TCC-UEPB. 2013. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/13223/1/PDF%20-%20Karla%20Karina%20Abrantes%20R%C3%A0go.pdf>.

SILVA, Juliana Catarine Barbosa da; OLIVEIRA FILHO, Pedro de. **Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica**: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. Estudos de Psicologia. Campinas. 30(4). 609-617. outubro - dezembro 2013.

VILELA JUNIOR, Guanís de Barros. **Estressômetro**. Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida. 2010. Disponível em: <http://www.cpaqv.org/qv/estressometro.pdf>.