

Crianças com paralisia cerebral: Efeito da intervenção grupal na redução dos sintomas depressivos

Nuno E. Barata, nunob@upt.pt

RESUMO: O presente estudo procura avaliar a importância da reunião semanal do «Grupo de Crianças» com Paralisia Cerebral - intervenção grupal - e o seu impacto em termos de depressão. A reunião semanal do «Grupo de Crianças» tem como finalidade fornecer estratégias de *coping* no sentido de promover a autonomia e a interacção social. O estudo realizou-se com 24 participantes com Paralisia Cerebral, avaliados em dois momentos temporais distintos – t_1 e t_2 - espaçados por dois meses e meio quanto aos sintomas depressivos. Metade dos participantes foram submetidos a intervenção grupal durante 10 sessões semanais com a duração aproximada de 1 hora e 30 minutos (Grupo Experimental - GE) e a outra não foi submetida a qualquer intervenção (Grupo Controlo - GC). A análise dos dados permitiu verificar a existência de uma redução significativa dos sintomas depressivos apenas no grupo de participantes que foram alvo de intervenção grupal (GE). Ao invés, nos participantes que não foram sujeitos a intervenção grupal (GC) não houve qualquer modificação significativa dos sintomas depressivos.

Introdução

A primeira descrição de Paralisia Cerebral (PC) surge em 1843, efectuada pelo médico Dr. Little, considerando-se hoje não ser o termo «Paralisia Cerebral» o mais adequado, pois parece traduzir uma total ausência da função motora e psicológica o que não corresponde à verdade, além de ser um termo rejeitado pelos próprios e pelas famílias (Ferreira, Ponte & Azevedo, 2000).

É uma deficiência crónica, surgida precocemente, não sendo o resultado de uma doença progressiva reconhecida (Ellenberg & Nelson, 1981, cit *in* Schleichkorn, 1983). A lesão é estática e não progressiva. Não é uma entidade clínica bem definida, mas uma síndrome complexa, com formas diferentes de apresentação clínica e, em muitos casos, de etiologia múltipla. A PC pode também ser referida como uma alteração do desenvolvimento, uma disfunção neuromotora ou uma alteração motora desenvolvimental.

Inúmeros autores afirmam um decréscimo da prevalência de PC, especialmente, no que diz respeito aos Países Desenvolvidos (Hagberg, Hagberg, Olow & Wendt, 1996).

Contudo, Gonçalves e Borges (1990) referem que a prevalência da PC não dá mostras de baixar, sendo 1.9/1000 recém-nascidos na República da Irlanda (Dowding & Berry, 1988), de 2.7/1000 na Suécia (Hagberg, Hagberg & Olow, 1989) e de 1.5 – 2.5/1000 no Reino Unido

(Edmond, Golding & Peckmann, 1989). Dados mais recentes apontam para uma prevalência de 2.36/1000 na Suécia, indicando uma interrupção no aumento contínuo que havia desde 1970 (Hagberg, Hagberg, Olow & Wendt, 1996).

Em Portugal, pensa-se existirem aproximadamente 100.000 casos de Paralisia Cerebral (Borges, Fineza, Gomes, Nazário & Sousa, 1987, cit *in* Gonçalves & Borges, 1990), mas não há um conhecimento exacto do número, devido ao desconhecimento da existência dos Centros Especializados, nalgumas zonas do país, e à dificuldade no estabelecimento de um diagnóstico precoce. Andrada, (1995) refere uma prevalência actual de casos de Paralisia Cerebral de 1.5-2.5/1000 nados vivos.

A incidência desta patologia parece ser ligeiramente superior nos indivíduos do sexo masculino, numa proporção de 1.4 rapazes para 1 rapariga (Gilrou & Meyer, 1979, cit *in* Schleichkom, 1983).

Segundo Marques (1998, p. 38), «a etiologia da PC é múltipla e poderá ocorrer em diferentes estádios de desenvolvimento – pré-natal, perinatal e pós-natal».

Para Andrada (1986, cit *in* Monteiro, 2002, p. 11), «os factores pré-natais são considerados quando a criança ainda é pequena para o tempo de gestação ou quando se verificam anomalias durante a gravidez». Os factores perinatais poderão suceder antes, durante ou após o nascimento (até aos 7 dias de vida) e os pós-natais ocorrerão entre o 7º dia e o 2º ano de vida, não existindo grande consenso quanto a este limite cronológico (*ibid.*).

As classificações existentes são baseadas na Sintomatologia Clínica e na Distribuição Morfológica da mesma (Monteiro, 2002).

Andrada (1986, citada por Monteiro, 2002) afirma existirem três tipos nosológicos mais comuns: (A) Síndromes Espásticas, que se pode classificar em três tipos: *Hemiplegia*, *Diplegia*, *Tetraplegia e Monoplegia*; (B) Síndromes Disquinéticas; (C) Síndromes Atáxicas.

Segundo, Menolascino (1990) existe uma maior vulnerabilidade da população com Deficiência em relação à manifestação de problemas comportamentais graves ou psicopatologia, comparativamente à população «normal», com um risco cerca de duas vezes superior.

Este risco parece resultar em parte das dificuldades de processamento da informação e problemas de auto-regulação comportamental e emocional, aliados a alterações físicas ou sensoriais, problemas orgânicos, factores culturais e familiares, bem como a não aceitação da pessoa com deficiência – muitos problemas comportamentais parecem ser causados pela forma como as pessoas com deficiência se sentem (ou não) integradas na sociedade (Marinho, 2000).

Estudos de prevalência em diferentes países ocidentais mostram que a depressão é um transtorno frequente. A prevalência anual da população em geral varia entre 3% e 11% (Fleck *et al*, 2003).

Segundo Schuyler e Katz (1973, cit *in* Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997), pelo menos 12% da população adulta teve ou terá um episódio de depressão de severidade clínica suficiente para justificar tratamento.

Segundo Vallejo (2003) entre os pacientes em geral a prevalência da depressão oscila, segundo as estatísticas, entre os 10 e 20%, e entre os pacientes psíquicos aumenta até quase 50%. Só 10% destes pacientes são encaminhados para as consultas psiquiátricas especializadas, pelo que os restantes 90% são tratados por clínicos gerais ou outros especialistas não psiquiatras ou não recebem tratamento.

A Depressão Infantil tem sido detectada mais frequentemente podendo a sua percentagem de risco variar entre 1,5% e 38,9% dependendo a sua prevalência de factores como o tamanho da amostra, faixa etária e factores sócio-demográficos (Kashani *et al*, 1983).

Considerada, por vezes, de difícil conceptualização considerou-se neste estudo uma criança depressiva aquela que apresentava as expressões ou sintomas : «Ninguém gosta de mim» é um tipo de queixa comum entre crianças em idade escolar, que tendem a ter consciência das questões de popularidade; mas um sentimento prolongado de falta de amizade pode ser um sinal de depressão infantil – uma perturbação afectiva, ou perturbação do humor, que vai para além de uma tristeza normal, temporária. Outros sintomas podem incluir dificuldades em se divertir ou concentrar-se, fadiga, extrema actividade ou apatia, choro, problemas de sono, sentimentos de que nada vale a pena, alterações do peso, queixas físicas e ideias frequentes sobre a morte ou o suicídio. Cinco destes sintomas, durante pelo menos duas semanas, podem indicar depressão. Se os sintomas persistirem, deve ser dado apoio psicológico à criança. O tratamento é importante, não apenas para o alívio imediato dos sintomas, mas também porque a depressão infantil pode resultar em tentativa de suicídio e, muitas vezes, é sinal do início de um problema que pode persistir na idade adulta.

Em geral, tem vindo a considerar-se que as pessoas com incapacidade neuromotora são duas vezes mais propensas a desenvolver problemas graves de comportamento ou doenças mentais do que as pessoas sem qualquer deficit (Eaton & Menoslacino, 1982, cit *in* Alonso & Bermejo, 2001). Este risco pode dever-se ao resultado da dificuldade da pessoa atrasada para processar informação, a dificuldades relacionadas com aspectos médicos, físicos ou sensoriais, a problemas orgânicos, factores culturais-familiares, rejeição por parte da sociedade e preconceitos injustos em relação a ela. Outros factores relacionam-se com a incapacidade para comunicar os seus sentimentos; inclusive quando aparentam ter uma linguagem adequada têm grandes dificuldades para processar sentimentos abstractos e emoções.

Perante os aspectos acima expostos, foi de elevada pertinência implementar a Terapia de Grupo, em que os objectivos passam por fomentar a saúde mental dos seus participantes,

porque nela concorrem uma série de factores (Vallejo, 2003). Sendo assim: (I) O grupo proporciona tranquilidade e protecção aos seus membros; (II) O grupo poderá facilitar a expressão verbal; (III) O sujeito está consciente de que tem uma oportunidade para reaprender a relacionar-se com os outros; (IV) Dão-se fenómenos de identificação rápidos e complexos que facilitam a compreensão dos outros e das suas próprias dificuldades; (V) O grupo potencia ao máximo todas as características pessoais, tanto as mais positivas como as mais negativas.

Em síntese, Caballo (2002) refere que o formato grupal oferece certas vantagens. A terapia de grupo proporciona oportunidades para observar as interações dos pacientes e para administrar o *feedback* das suas interações. O formato grupal proporciona oportunidades para examinar os sistemas de crenças e os comportamentos dos pacientes, especificamente os comportamentos interpessoais. Uma terapia de grupo é um lugar ideal para se aprender a se relacionar e a interagir com as pessoas de formas diferentes, é um contexto seguro no qual se pode praticar novos comportamentos.

Outra vantagem e considerada uma das características diferenciais da terapia de grupo, em relação à análise individual, é a falta da obrigatoriedade de falar; uma pessoa pode manter-se em silêncio por longos períodos e obter, igualmente, os benefícios do tratamento. Apesar do silêncio, motivado por inibição ou outras razões, participa da dinâmica geral, pois cumpre, de qualquer forma, uma função dentro da *Gestalt* do grupo, e sente que os seus problemas estão contidos, parcial ou totalmente, nos apresentados pelos demais membros do grupo. Nem o tímido, nem o silencioso têm obrigação de falar, podendo até mesmo o seu silêncio constituir-se em tema de análise no grupo (Grinberg, Langer & Rodrigué, 1976).

Em virtude da sintomatologia depressiva, recorreu-se ao uso de técnicas cognitivo-comportamentais. Usou-se no trabalho de grupo, a terapia cognitiva para a depressão de Beck.

Recorreu-se, no início do grupo, ao *Treino de Habilidades Sociais*, para desta forma quebrar o gelo entre os membros do grupo. Pediu-se aos elementos do grupo que se unissem em pares, ficando cerca de dez minutos a conversar, nos quais cada membro da dupla passa cinco minutos falando com o outro. Posteriormente, as pessoas voltam ao grupo e cada membro faz uma pequena síntese do(a) seu companheiro(a).

Foram utilizadas outras técnicas, tais como: (1) *Monitorização da Actividade*, ou seja, pede-se aos sujeitos que façam um registo das actividades realizadas; (2) *Programação de Actividades*, em que se planeia actividades agradáveis e gratificantes ao longo do dia; (3) *Registo Diário dos Pensamentos Negativos/Disfuncionais*. Manter um registo diário dos pensamentos negativos que desencadearam o humor depressivo e situações associadas; (4) *Treino de Respiração*. Perante situações mais stressantes, pede-se aos elementos do grupo que comecem a respirar abdominalmente.

Recorreu-se à técnica psicodramática *espelho*, técnica em que o protagonista sai de cena e passa a ser espectador da representação que um ego auxiliar faz de sua intervenção anterior, para que possa identificar como próprios aspectos ou condutas que não está a reconhecer como suas (Osório, 2000).

Posto isto, serão apresentadas algumas das ideias fundamentais retiradas das sessões: (1) Faço tudo o que for preciso para vir ao Centro; (2) Ficarmos enrolados em casa é que não convém; (3) Toda a gente tem direito à vida; (4) Finalmente sei que não estamos sozinhos; (5) Ainda bem que vim para este grupo; (6) Somos uma família.

Quanto às iniciativas levadas a cabo no exterior e com o exterior, salientam-se as seguintes: (1) Visita ao centro de estágio do FCP, em Gaia, com recepção pelo guarda-redes Victor Baía e observação de uma sessão de treino da equipa principal; (2) Visita à Gráfica Navprinter, maior do Norte do País, com acesso a provas dos maiores jornais nacionais, diários, semanários e desportivos; (3) Participação num programa televisivo “Praça da

Alegria”, no estúdio de Gaia, com várias entrevistas ao longo da emissão com Jorge Gabriel, RTP1; (4) Realização da Exposição Colectiva, com trabalhos individuais e colectivos; (5) Participação no programa matinal da Rádio Sanjoanense, S. João da Madeira, com entrevista em estúdio, conduzida por António Santos; (6) Visita ao novo Estádio do Dragão, para assistir a um jogo; (7) Visita à Escola Secundária Teixeira Lopes, em Gaia.

Metodologia

Justificação do Estudo

O presente estudo pretende mostrar o efeito que o encontro semanal do «Grupo de Crianças» pode ter junto dos sujeitos portadores de Paralisia Cerebral, ao nível dos sintomas depressivos, verificando se a mesma terá implicações directas na diminuição ou não dos sintomas depressivos.

Como sabemos estes sujeitos têm limitações várias. Contudo, muitos deles apresentam aptidões espectaculares e entusiasmantes, como a pintura, artes plásticas, representações teatrais e ainda competências psico-sociais relevantes. Muitos dos sujeitos com Paralisia Cerebral só reconhecem a realidade do mundo em que vivem através da comunicação social, estando quase sempre em casa, apresentando não raras vezes sintomas depressivos ou até mesmo depressão clínica.

Posto isto, coloca-se a seguinte questão científica: Até que ponto a reunião semanal do «Grupo de Crianças» - intervenção grupal – poderá reduzir os sintomas depressivos? Para Talbot (1995, citado por Fortin, 1999) «as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação» (p. 101).

Relativamente à questão científica, coloca-se a seguinte hipótese: A intervenção grupal promove a redução de sintomas depressivos junto de um grupo de crianças com Paralisia Cerebral.

No presente estudo a variável independente do presente estudo é a intervenção grupal, operacionalizada através de 10 sessões realizadas semanalmente, durante um período de dois meses e meio, tendo a duração de 1 hora e 30 minutos sensivelmente; e a variável dependente é a depressão, operacionalizada através do CDI.

Antes e depois da experimentação, aplicou-se o Inventário Depressivo para Crianças aos dois grupos com objectivos avaliativos.

Adoptou-se um desenho experimental, pois actuou-se sobre a variável independente (intervenção grupal) para identificar se esse tipo de intervenção produz alterações na variável dependente (depressão). Definiram-se dois grupos (experimental – com intervenção grupal – e de controlo – sem intervenção grupal), em que os sujeitos de investigação são distribuídos de modo aleatório por cada grupo, intervindo-se sobre um (grupo experimental) e não sobre o outro (grupo de controlo) e depois comparam-se as alterações que se verificaram após a intervenção.

Assim sendo, tendo em conta o grau de controlo das variáveis, classifica-se esta investigação em *quase experimental* (Edwards, 1972; Christensen, 1980; Ribeiro, 1999).

Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 24 participantes portadores de Paralisia Cerebral.

Salienta-se, desde já, que a amostra é não probabilística, sendo do tipo de amostragem por selecção racional, uma vez que, «tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico» (Fortin, 1996, p.209), refere-se a «amostras de conveniência» (ou «incidentais», ou «voluntárias») e levanta um problema fundamental que reside na impossibilidade de estimar os erros de amostragem, pelo que as inferências para a população ficam largamente prejudicadas (Pedhazur & Schmelkin, 1991). É de número reduzido, pelo que não podemos generalizar os resultados deste estudo a uma população mais alargada.

Foram criados dois grupos distintos: (1) grupo experimental (GE) – com intervenção grupal – constituído por 12 elementos (7 do sexo masculino e 5 do sexo feminino); (2) grupo de controlo (GC) – não foi alvo de intervenção grupal – constituído por 12 elementos (7 do sexo masculino e 5 do sexo feminino).

Quadro 1. Distribuição por Frequências dos Participantes quanto à Variável Sexo

Sexo	Particip.		GE		GC		Tot.	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Masculino	7	29,2	7	29,2	7	29,2	14	58,3
Feminino	5	20,8	5	20,8	5	20,8	10	41,7
Total	12	50	12	50	12	50	24	100

Particip. = Participantes; Freq. = Frequências; % = Percentagens; GE = Grupo Experimental; GC= Grupo Controlo; Tot. = Total

Como podemos observar através do Quadro 1, a amostra é constituída por sujeitos de ambos os sexos, sendo 10 do sexo feminino (41,7%) e 14 do sexo masculino (58,3%). Ao analisarmos as sub-amostras (Grupo Experimental; Grupo Controlo), verificamos que ambas apresentam igual distribuição de participantes quanto ao sexo (7 do sexo masculino e 5 do sexo feminino), correspondendo respectivamente a 29,2% e 20,8% da amostra total.

Quadro 2. Distribuição por Frequências dos Participantes quanto à Variável Idade

Idade	Particip.		GE		GC		Tot.	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
[6-8]	7	58,4	6	50,0	6	50,0	13	54,2
[9-11]	4	33,3	5	41,7	5	41,7	9	37,5
> 11	1	8,3	1	8,3	1	8,3	2	8,3
Total	12	100	12	100	12	100	24	100

Particip. = Participantes; Freq. = Frequências; % = Percentagens; GE = Grupo Experimental; GC= Grupo Controlo; Tot. = Total

Relativamente à variável idade, verificamos que a maior parte da nossa amostra situa-se entre os [6-8] anos (54,2%).

Comparando as sub-amostras, podemos observar que no grupo experimental a maioria dos participantes (58,4% - GE – e 50% - GC -) se situa entre os [6-8] anos.

Quadro 3. Média e Desvio Padrão da Idade dos Participantes nos Dois Grupos Considerados

Participantes	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GE	12	8,50	1,98	6	12
GC	12	8,83	1,53	7	12
Tot.	24	8,67	1,76	6,5	12

N = amostra; GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controlo; Tot. = Total

Pela análise do Quadro 3, podemos observar que a média de idades da amostra total é de 8,67 anos (DP= 1,7). Ao analisarmos as sub-amostras, verificamos que ambas têm médias muito próximas: de 8,50 (DP= 1,98) e 8,83 (DP= 1,53) (GE e GC, respectivamente).

As idades mínima e máxima no GE são de 6 e 12 anos, respectivamente. No GC a idade mínima é de 7 anos e a idade máxima é de 12 anos.

Procedimento

Como o objectivo do estudo é avaliar a importância da intervenção grupal num grupo de participantes com Paralisia Cerebral, nomeadamente o efeito desta intervenção sobre os sintomas depressivos, optou-se por comparar os participantes dos dois grupos [Grupo experimental (G.E.): com intervenção grupal; Grupo controlo: sem intervenção grupal (G.C.)] relativamente à pontuação obtida no Inventário Depressivo para Crianças, isto em dois momentos temporais (t_1 – antes da intervenção grupal; t_2 – depois da intervenção grupal), espaçados entre si por um período de dois meses e meio (10 sessões) (Quadro 5).

Quadro 4. Esquema da Intervenção Psicológica

Tempo	t ₁	↔ (10 sessões)	t ₂
Grupo			
GE	CDI	Com Intervenção Grupal	CDI
GC	CDI	Sem Intervenção Grupal	CDI

GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controlo; t₁ = Primeiro momento de avaliação; t₂ = Segundo momento de avaliação

A selecção dos participantes (tanto dos sujeitos que integraram o grupo experimental como dos sujeitos que integraram o grupo de controlo) foi feita procedendo primeiro à observação e consulta individual com posterior análise da sintomatologia, sendo seleccionados os que apresentassem menores dificuldades comunicacionais e sem atraso mental ou atraso mental leve¹.

Antes de se proceder à aplicação do instrumento, foi dito aos participantes (com a presença dos seus pais) que todos os dados recolhidos seriam confidenciais. Deu-se a conhecer o objectivo do estudo e obteve-se o consentimento livre, escrito e esclarecido dos pais.

O inventário foi lido por todos os sujeitos e foi-lhes pedido que interpretassem cada afirmação salvaguardando, desta forma, uma possível má interpretação dos sujeitos. Para não haver diferenças no preenchimento do inventário, este foi preenchido pelo investigador, pois muitos dos participantes apresentavam dificuldades ao nível da motricidade fina.

Concluída esta fase de administração e preenchimento dos inventários, procedeu-se ao seu tratamento estatístico.

Instrumento

A avaliação da existência de sintomas depressivos, fez-se a partir do Inventário de Depressão para Crianças (CDI) – na adaptação de Helena (1994) do original *Children's*

¹ Segundo Marinho (2000), o atraso mental leve é descrito como sendo um critério de funcionamento intelectual significativamente inferior à média referindo-se a uma pontuação típica de aproximadamente 70-75, que toma em linha de conta o potencial erro padrão de 5 pontos acima ou abaixo no resultado de QI.

Depression Inventory (Kovacs & Beck, 1977; Kovacs, 1985). Cada um dos 27 itens deste inventário é composto por quatro frases descrevendo quatro possibilidades, ordenadas por gravidade de expressão sintomática, cotadas de 0 a 3. A criança deve escolher em cada item, a alternativa que melhor descreva o seu comportamento nas últimas duas semanas. Metade dos itens inicia as escolhas com a frase correspondente à gravidade máxima e a outra metade inicia com as correspondentes à gravidade mínima. O resultado final, obtém-se através do somatório da pontuação nos 27 itens, podendo variar entre 0 e 54 pontos. Considerou-se como ponto de corte o valor 17.

Resultados

Após a cotação do instrumento, procedeu-se à análise intra e inter-grupo dos resultados obtidos pelos participantes.

Recorreu-se ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 14.0, para se fazer o tratamento estatístico dos dados, utilizando-se para o efeito:

- Análises descritivas (estudo das médias e desvios padrão nos dois grupos e nos dois momentos temporais);
- Análises diferenciais (teste *t student* para amostras independentes (GE vs GC em t1 e em t2) e para amostras emparelhadas (GE t1 vs GE t2; GC t1 vs GC t2).

Quadro 5. Análise Comparada dos Sintomas Depressivos entre os Dois Grupos (GE e GC) nos Dois Momentos Temporais (t1 e t2)

Depressão Grupos	Média		Desvio Padrão		t		gl		p	
	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂
GE	19.00	10.75	3.16	2.05						
					11.645	-3.633	23	23	.000**	.004
GC	23.25	24.25	5.71	6.21						

*p ≤ .05; **p ≤ .01

Pela análise do Quadro 5 e da Figura 1, observamos que os participantes do grupo experimental apresentam em t_1 um valor médio no CDI de 19 (DP = 3.16), enquanto que nos participantes do grupo controlo, o valor médio no CDI é de 23.25 (DP = 5.71).

Após a intervenção, num segundo momento de avaliação (t_2), constatamos que os participantes que integraram o grupo alvo de intervenção grupal registam uma redução nos valores médios de depressão, apresentando um valor de 10.75 (DP = 2.05). Os participantes que não foram alvo de qualquer tipo de intervenção, apresentaram um agravamento nos valores médios do CDI, registando em t_2 um valor médio de 24.25 (DP = 6.21).

Constatamos, igualmente, que os participantes de ambos os grupos (GE e GC) se distinguem à partida (t_1) quanto aos sintomas depressivos [$t(23) = 11.645$; $p = .000$]. O mesmo se passa depois de se implementar a intervenção. De facto, verificamos que os participantes que foram alvo da intervenção grupal (GE) apresentam, em t_2 , valores médios de depressão significativamente inferiores aos apresentados pelos participantes que não foram submetidos a intervenção (GC) [$t(23) = -3.623$; $p = .004$]

Quadro 6. Análise Comparada dos Sintomas Depressivos entre os Dois Momentos Temporais (t_1 e t_2) nos Dois Grupos (GE e GC)

Mom. de Aval.	Depressão		Média		DP		t		gl		P	
	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC
t_1	19.00	23.25	3.16	5.71								
							-2.257	-7.141	22	22	.034	.000**
t_2	10.75	24.25	2.05	6.18								

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Quando procedemos à análise comparada daquilo que se passa em cada um dos grupos (GE e GC) ao longo do tempo (de t_1 para t_2) (Quadro 6), observamos que existe uma redução

significativa dos sintomas depressivos junto daqueles que foram submetidos à intervenção grupal [$t(22) = -2.257$; $p = .034$], o que não se verifica de forma tão acentuada nem no mesmo sentido, junto dos participantes que não foram alvo de intervenção ($t(22) = -7.141$; $p = .000$). De facto, assiste-se no GC a um aumento, ainda significativo, da sintomatologia depressiva.

Discussão dos resultados

Verificamos que antes do início da terapia grupal os participantes de ambos os grupos apresentam índices depressivos, sendo que o grupo experimental (com intervenção psicológica) apresenta um valor médio de índice depressivo de 19, enquanto que o grupo de controlo (sem intervenção psicológica) apresenta um valor médio de índice depressivo de 23.25 distinguindo-se entre si.

Após a intervenção grupal, constatamos que as médias amostrais dos valores obtidos no CDI nos dois grupos divergem acentuadamente, apresentando valores de 10.75 e 24.25 para o grupo experimental e para o grupo de controlo, respectivamente, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Perante estes resultados, e com base nos objectivos específicos propostos neste estudo empírico, confirma-se que existem diferenças significativas entre os participantes sujeitos a terapia de grupo e participantes não sujeitos a este tipo de terapia, o que vai de encontro com outros estudos efectuados (Shipley & Fazio, 1973; Shaw, 1977; Dobson, 1989).

Numa avaliação intra-grupal verifica-se que no grupo alvo de intervenção grupal (GE) há diferenças significativas, entre os momentos temporais (t_1 e t_2), assistindo-se a uma redução significativa da sintomatologia depressiva apresentada pelos participantes (19 e 10.75, respectivamente). Estes resultados vão de encontro a um estudo efectuado por Rush e Watkins (1978, citados por Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997), que também verificaram valores pós-tratamento significativamente mais baixos em medições da síndrome depressiva do que haviam evidenciado no pré-tratamento.

No grupo de controlo (GC) e numa perspectiva intra-grupal, verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos avaliativos (t_1 e t_2), verificando-se um aumento, significativo, da sintomatologia depressiva apresentada pelos participantes (23.25 e 24.25, respectivamente).

Perante estes valores, pode-se demonstrar que o tratamento cognitivo-comportamental, de que foi alvo o grupo experimental, apresenta resultados mais satisfatórios (diminuição) relativamente à sintomatologia depressiva, o que corrobora os estudos efectuados por Shipley e Fazio (1973) e Dobson (1989).

De acordo com os resultados já citados, confirma-se a pertinência de uma intervenção grupal em sujeitos com deficiência, sendo que, neste estudo, registou-se uma melhoria na sintomatologia depressiva, o que vem no sentido do encontrado por Gallimore e Zetlin (1980) e Goldstein (1972, cit *in* Marinho, 2000).

Verifica-se que a correcção das cognições é o traço distintivo da terapia cognitivo-comportamental e a chave para resultados terapêuticos duradouros. Além disso, no seu formato grupal, a terapia cognitivo-comportamental pode ser ampliada para tratar problemas interpessoais e para incentivar a exploração e a percepção de si mesmo.

Pode-se afirmar que a não melhoria da sintomatologia depressiva no GC se deve à ausência de qualquer tipo de intervenção, seja ela individual ou grupal. Por conseguinte, a melhoria da sintomatologia depressiva no GE deveu-se à identificação e consequente modificação dos processos e padrões cognitivos disfuncionais. Este tipo de terapia permitiu focar não só nos aspectos cognitivos, mas também nas relações recíprocas entre o afecto, o comportamento e a cognição, produzindo uma mudança nestas três áreas.

Nas primeiras etapas do tratamento da depressão, procurou-se usar algumas técnicas que se centram, em grande parte, na mudança comportamental e enfatizam menos a mudança cognitiva. A programação de actividades que proporcionam satisfação ao paciente, permitiu

que os participantes se tornassem mais activos e se envolvessem mais no seu ambiente. Ao mesmo tempo, deve-se observar que a mudança comportamental não começa sozinha. Inclusive na programação de acontecimentos, o terapeuta conhece as atitudes que o indivíduo mantém, de modo que pode escolher actividades que se unam a estas atitudes, a fim de criar maior efeito anti-depressivo.

A introdução do elemento psicodramático no grupo revelou-se de extrema valia, pois permitiu trabalhar em situações nas quais a comunicação verbal se tornou difícil ou na presença de «impasses» na evolução do grupo.

O uso de técnicas psicodramáticas no grupo permitiu uma melhor compreensão aos participantes de distorções cognitivas e de acções pouco compreensíveis dos participantes em várias situações, por eles, experienciadas.

O número de participantes no grupo poderá ter sido uma das condições para o bom desenvolvimento deste, pois um estudo efectuado por Ruiz (2003, cit *in* Rodríguez *et al*, 2003) verificou em que medida o número de sujeitos que integram um grupo de tratamento pode influir nos resultados. A eficácia do tratamento varia quando os sujeitos são tratados em grupos por 3-4, 6-7 ou mais de 9 sujeitos. A conclusão a que chegou é que o grupo com mais de 9 participantes alcançam melhores resultados que os grupos de 3-4 e 6-7 participantes.

Pensamos que a reestruturação cognitiva ajudou os participantes a identificarem os seus próprios pensamentos automáticos negativos. Com a reestruturação cognitiva conseguiu-se que os participantes identificassem e modificassem estes pensamentos conduzindo a alterações posteriores no seu estado de ânimo, na sua fisiologia e no seu comportamento, o que vai de encontro aos estudos de Beck e Emery (1985).

Conclusão

Chegado ao final deste trabalho, impõe-se agora a apresentação dos aspectos mais relevantes que foram surgindo ao longo do seu desenvolvimento!

Debatemo-nos com dificuldades em delimitar o objecto de estudo, a disponibilidade de elementos para integrar a amostra, os constrangimentos e a morosidade decorrente da administração do instrumento para recolha de dados.

Este trabalho de investigação está limitado, porque os sujeitos fazem parte de uma amostra de conveniência e são provenientes só de uma região do país (região Norte), o qual põe em causa a generalização dos resultados.

Uma outra limitação do estudo prende-se com o preenchimento do CDI, pois não é possível saber se os sujeitos responderam ao mesmo de forma sincera, honesta ou de acordo com a desejabilidade social, pois foi de heteropreenchimento. São factores difíceis de controlar e, por isso, uma limitação deste estudo.

O uso de uma metodologia de questionário por auto-relato apresenta alguns limites, neste estudo: (I) o viés retrospectivo (tendência para o sujeito minimizar ou exagerar a percepção sintomática no momento da administração do inventário); (II) o viés de desejabilidade social (tendência para responderem ao inventário de acordo com aquilo que é socialmente correcto e esperado); (III) o viés de respostas aleatórias (quando o respondente não está motivado ou quando não é capaz de responder. Neste caso, ele assinala a resposta de modo quase aleatório, sem qualquer critério).

Em futuras investigações é importante, depois da avaliação pelo CDI, a utilização de uma entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (1996), como a de Spitzer (SCID; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1995), para um melhor controlo da minimização ou exagero dos resultados.

Segundo Groth-Marnat (1990), resultados abaixo de 4 podem indiciar uma possível negação dos sintomas depressivos e resultados acima dos 40 podem indicar um possível exagero da sintomatologia depressiva, mesmo em sujeitos com depressão severa.

Outra limitação, que aliás considero a maior do meu estudo, prende-se com o facto de não ter encontrado estudos que tivessem como participantes crianças/sujeitos com Paralisia Cerebral e cujo objecto de análise fosse a intervenção grupal. A deficiência é uma área ainda pouco explorada, mormente a Paralisia Cerebral, o que dificulta, ainda mais, a percepção das competências destes sujeitos!

É quase um lugar comum afirmar que a saúde mental é o parente pobre da saúde.

Apesar de todos os progressos, isto é ainda um facto indiscutível e, se quisermos, transnacional. Mesmo assim, penso humildemente que já chegámos a um momento no qual é perfeitamente consensual reconhecer que é necessário «libertar as pessoas com doença mental», no sentido: de conceder-lhes um atendimento personalizado; ajudá-las a aumentarem a capacidade de resolver os seus próprios problemas; ajudá-las a adquirir a capacidade de satisfazerem as suas necessidades; promover a sua cidadania; promover a sua capacidade de decisão e de escolha.

Pretendo com isto alertar, e não criticar, para o facto de que por vezes os meios inerentes a uma boa intervenção nesta área são significativamente insuficientes para se elaborar o melhor programa de intervenção.

Constata-se que a paralisia cerebral exige um elevado grau de serenidade e realismo na sua abordagem, mas também de optimismo, sem a qual cairíamos num niilismo nefasto que nos impediria de ajudar o paciente a superar seus problemas. Recordo sempre uma frase de Gonzalez (1977), que foi o meu lema de actuação «En el tratamiento de la parálisis cerebral hay que mantenerse siempre en un punto intermedio entre la eutanasia y la utopía»² (p. 22). Se analisarmos a frase pode constatar-se a aguda observação do autor. Os que têm experiência neste campo vêm com muita mais frequência do que o desejável, algum desses dois pólos extremos no enfoque e na abordagem do problema.

² Traduzindo para português seria «No tratamento da paralisia cerebral temos que nos manter sempre num ponto intermédio entre a eutanásia e a utopia».

A experimentação realizada com um grupo com alguns déficits motores e cognitivos mostrou que fornecendo as condições necessárias, estes sujeitos são passíveis de aprendizagens e campos de interesse superiores às expectativas, proporcionando oportunidades para observar as interações dos pacientes e para administrar o *feedback* das suas interações. O formato grupal proporciona oportunidades para examinar os sistemas de crenças e os comportamentos dos pacientes, especificamente os comportamentos interpessoais. Uma terapia de grupo é um lugar ideal para se aprender a se relacionar e a interagir com as pessoas de formas diferentes, é um contexto seguro no qual se pode praticar novos comportamentos.

Constata-se que treinar os pacientes nessas habilidades cognitivas ajudou a sustentar a melhora. A concentração em problemas aqui-e-agora pareceu produzir alívio acentuado nos sintomas depressivos.

Conclui-se, com o presente estudo que:

- Houve uma melhoria significativa na sintomatologia depressiva nos participantes submetidos a intervenção grupal, em relação aos sujeitos sem qualquer tipo de intervenção, apresentando valores médios de depressão de 10.75 e 24.25, respectivamente;
- No grupo sujeito a intervenção psicológica, o pós-tratamento apresenta valores de depressão mais baixos que no pré-tratamento (10.75 e 19, respectivamente);
- No grupo de controlo houve um ligeiro aumento dos valores de depressão (24.25 e 23.25).

Posto isto, constata-se que a terapia de grupo poderá ser deveras importante para o tratamento da depressão. Neste tipo de terapia poderão discutir-se os problemas colectivamente, ajudando a combater o isolamento social, reforçar junto das pessoas com depressão o facto de não serem as únicas a terem sintomas que as afligem e proporcionar uma

oportunidade para o encorajamento mútuo e discussão de formas práticas de ultrapassar a depressão.

Assim sendo, deve:

- Apostar-se mais alto nas crianças, jovens e adultos portadores de deficiência;
- A sociedade não deve infantilizar o discurso quando interage com esta população, mas «normalizar» no sentido amplamente referido de valorizar.

Findo esta conclusão afirmando que se deve conceptualizar a pessoa com Paralisia Cerebral como um organismo dinâmico, experimentando, manipulando e participando activamente nos seus ambientes, tentando perspectivar-se uma forma inovadora de pensar e realizar as intervenções psicológicas junto desta população.

Nunca, mas nunca, deveremos inferiorizar estes sujeitos colocando-lhes uma rotulagem, pois segundo um estudo de Combs (1967), em que analisa o efeito do rótulo *Paralisia Cerebral*, este constatou de que os professores e os estudantes deste estudo acham mais positivo a descrição do comportamento de uma criança deficiente quando lhes era apresentada sem rótulos, do que quando o rótulo lhe estava associado.

O que é preciso, isso sim, é admitirmos que, enquanto técnicos de saúde mental, não podemos «fechar os olhos», mas sim tentar proporcionar uma qualidade de vida mais saudável e que isso depende, em boa parte, de cada um de nós.

Referências

- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, (1998). *Manual de psicopatologia infantil* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Al-Musawi, N. M. (2001). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory – II with university students in Bahrain. *Journal of Personality Assessment*, 77 (3), pp.568- 579.
- Alonso, M. & Bermejo, B. (2001). *Atraso mental*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Ed.). Traduzido por J. C. Fernandes (obra original publicada em 1994). Lisboa: Climepsi Editores.

- .Andrada, M. G. C. (1986). Cerebral palsy: Issues in incidence, early detection and habilitation in Portugal. *Development Medicine & Child Neurology*, 29, pp. 333-349.
- Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 29, pp. 453-457.
- Angel, A., Rodríguez-Blásquez, M. C. & Salvador, L. (1997). Nuevos Aspectos en la Epidemiología Psiquiátrica del Retraso Mental. In *II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad – Libro de Actas*, pp. 150-175. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Anzieu *et al* (1975). *Le travail psychanalytique dans les groupes*. Paris : Bordas.
- Anzieu *et al* (1978). *O trabalho psicanalítico nos grupos*. Lisboa: Moraes Editores.
- APA – American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th*. Ed. Trad. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4^a Ed.. Climepsi: Lisboa.
- Athayde, J. S. (1979). *Elementos de psicopatologia* (3^o ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Aveline, M. (1990). The group therapies in perspective. *Free associations*, 19, pp. 77-101.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Beck, A. T. *et al* (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general Psychiatry*, 4, pp. 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Care and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1973). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, H. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders, depression and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, pp. 77-100.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berman, M. I. (1977). Mental retardation and depression. *Mental Retardation*, 5, pp. 19-21.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E. & Lelon, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred among referred juveniles with major depression: fact or artefact?. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (5), pp. 579-590.
- Bleger, J. (1961). *Grupos operativos en la enseñanza*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bobath, K. (1976). *Transtornos cerebromotores en el niño*. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana.
- Branco, M. E. (2000). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Burrow, T. (1974). In *Group psychotherapy and group function* (ed. M. Rosenbaum e M. Berger). New York: Basic Books.
- Caballo, V. E. (2002). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 3, pp. 245-276.

- Christensen, L. (1980). *Experimental methodology*. Boston: McGraw-Hill.
- Christie, G. L. (1970). Group psychotherapy in private practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, pp. 43-48.
- Combs, R. (1967). Effects of labels and attitudes of educators towards handicapped children. *Exceptional Children*, 33 (6), pp. 399-403.
- Compas, B. E. (1993). Promoting positive health during adolescence. In S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents – New directions for the twenty-first century* (pp. 159-179). New York: Oxford University Press.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com deficiência mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cunha, J. A. et al (1993). *Psicodiagnóstico – R*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, pp. 6- 11.
- Diament, A. J. (1996). Encefalopatias crônicas da infância. In Diament, A. J. & Cypel, S.: *Neurologia Infantil* (3ª ed.) pp. 781-798. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Dias, C. A. & Vicente, T. N. (1984). *A depressão na adolescência*. Porto: Afrontamento Editora.
- Dobson, K. S. (1989). A Meta-Analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, pp. 414-419.
- Dreyfus, C. (1984). *Psicoterapias de grupo*. Lisboa: Verbo.
- Dunn, G.; Sham, P. & Hand, D. (1993). Statistics and the nature of depression. *Psychological Medicine*. 23, pp. 871-889.
- Eaton, L. F. & Menolascino, F. J. (1982). Psychiatric disorders in the mentally retarded: Types, problems and challenges. *American Journal of Psychiatry*. 139, pp. 1297-1303.
- Edwards, A. (1972). *Experimental design in psychological research*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Ferreira, M., Ponte, M. & Azevedo, L. (2000). *Inovação curricular na implementação de meios alternativos de comunicação em crianças com deficiência neuromotora grave* (2ªed.). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1995). *Structured clinical interview for DSM-IV: Axis I disorders*. New York: Biometrics Research Unit, New York Psychiatric Institute.
- Fleck, M., Lafer, B., Souguy, E., Del Porto, J., Brasil, M. & Juruema, M. (2003). Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 25 (2), pp. 114-122.
- Fletcher, M. R. & Francis, D. J. (1992). Methodological issues in the classification of attention-related disorders. In S. E. Shaywitz & Bennet A. Shaywitz (Eds.). *Attention Deficit Disorder of Age – Toward the Twenty-first Century*, pp. 13-28. Austin: Pro. Ed.
- Fortin, M. (1996). *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Paris : Décarie Éditeur Inc.
- Foulkes, S. H. (1946). Group analysis in a military neurosis center. *Lancet*, 1, pp. 303-310.
- Foulkes, S. H. (1981). *Psicoterapia grupo-analítica*. Barcelona: Gedisa.
- Freud, S. (1955). *Group psychology and the analysis of the ego*. London: Hogarth.
- Fuchs, C. & Rehm, L. P. (1977). A self-control behaviour therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, pp. 206-215.
- Gallimore, R. & Zetlin, A. (1980). A cognitive skills training program for moderately retarded learners. In *Education and Training of the Mentally Retarded*, vol. II.
- Gilliéron, E. (2001). *A primeira entrevista em psicoterapia*. Lisboa: Climepsi Editores
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, E. (1997). *Efeitos de um programa de cultura geral numa população adulta com deficiência mental moderada*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Gonçalves, O. (1984). As dimensões da consulta psicológica. *Jornal de Psicologia*, 3 (1), pp. 3-10.
- Gonçalves, O. & Borges, L. (1990). Paralisia cerebral: Que etiologia? *Saúde Infantil*, XII, pp. 227-228.
- Gonzalez, M. T. (1977). *Parálisis Cerebral*. Madrid: Cuadernos de Documentación del Serem.

- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Grinberg, L., Langer, M. & Rodrigué, E. (1976). *Psicoterapia de Grupo*. Brasil: Editora Forense Universitária.
- Groth-Marnat, G. (1990). *The handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Hagberg, B., Hagberg, G., Olow, I., & Wendt, L. (1996). The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VII. Prevalence and origin in the birth year period 1987-1990. *Acta Pediátrica*, 85, pp. 954-960.
- Hollander, M. & Kazaoka, K. (1988). *Behavior therapy groups*. In S. Long, *Six group therapies*. New York: Plenum Press.
- ICD-10 (1994). *International classification of diseases* (10^a ed.). Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Ingram, T. T. S. (1964). *Pediatric aspects of cerebral palsy*. Edinburgh and London. Livingstone Ltd.
- Jung, C. (1974). In *Group psychotherapy and group function* (ed. M. Rosenbaum e M. Berger). New York: Basic Books.
- Kashani, J.; McGee, R.; Clarkson, S.; Anderson, J.; McKnew, D. (1983). Depression in a sample of 9 years old children. Prevalence and associated characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 40, pp. 1217-1223.
- Kazdin, A. E.; Matson, J. L. & Senatore, V. (1993). Assessment of depression in mentally retarded adults. *American Journal of Psychiatry*, 140, pp. 1040-1043.
- Kendall, P. C., Hallon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L. & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11 (3), pp. 289-299.
- Kovacs, M. A. (1983). Developmental perspective on methods and measures in the assessment of depressive disorders: the clinical interview. In: Rutter, M.; Izard, C.; Read, P. (eds.): *Depression in young people: developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford Press.
- Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas Jr, R. & Miguel, E. C. (2000). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leal, I. P. (2000). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio* (2^a ed.). Lisboa: ISPA.
- Lewin, K. (1935). Teoria dinâmica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 22, 12-16.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper & Brothers.
- Lewin, B. (1961). *Reflections on depression*. In *The Psychoanalytic Study of the Child*. Londres: Universal Press.
- Limongi, S. (2000). *Paralisia cerebral: processo terapêutico em linguagem e cognição*. São Paulo: Profono.
- Luckasson, R.; Coulte, D. L.; Polloway, E. A.; Reiss, S.; Schalock, R.; Snell, M.E.; Spitalnik, D. M. & Stark, J. A. (1992). *Mental retardation: definition, classification and systems of supports*. Washington, DC: Academic Press.
- Marinho, S. M. (2000). *Psicopatologia e Deficiência Mental – Fragmentos no cristal*. Braga: Edições APPACDM.
- Marques, R. (1998). *Comunicação e linguagem na interacção entre mãe e crianças com paralisia cerebral aos dois anos de idade – Estudo Exploratório*. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Martins, A. (2000). *As manifestações da depressão na adolescência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina, Porto.
- Mas, R. G. (1984). *Estimulación Sensoriomotriz Precoz*. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales: San Sebastián
- Matson, J. L. (1982). The treatment of behavioral characteristics of depression in the mentally retarded. *Behavior Therapy*, 13, pp. 209-218.
- McReynolds, P. (1989). Diagnosis and clinical assessment: current status and major issues. *Archives of General Psychiatry*, 40, pp. 83-108.
- Mello Filho, J. (2000). *Grupo e corpo: Psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artmed

- Mendonça, T. (2000). *A adaptação psicológica em irmãos de crianças com paralisia cerebral*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Menolascino, F. J. (1990). Nature and types of mental illness in the mentally retarded. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: - Plenum Press.
- Menolascino, F. J. & Egger, M. L. (1978). *Medical Dimensions of Mental Retardation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Monreal, F. J. (1985). Consideration of genetic factors in cerebral palsy. *Development Medicine & Child Neurology*, 27, pp. 325-330.
- Monteiro, M. (2002). *Adaptação psicológica de mães cujos filhos apresentam paralisia cerebral: Aspectos da deficiência, do coping e do apoio social*. Coimbra: F.P.C.E.U.C.;
- Moran, P. W. & Lambert, M. J. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In M. S. Lambert & E. R. Christensen (Eds.), *The assessment of psychotherapy outcome* (pp. 263-303). New York: Willy.
- Moreno, J. L. (1974) *Psicodrama*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, A. C. (1999). *Guia terapêutica de las depressions*. Barcelona: Masson.
- Morin, E. (1996). A noção de sujeito. In D. F. Schnitman (Eds.), *Novos paradigmas, cultura e subjectividade* (pp. 45-55). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mutch, L. (1992). Cerebral Palsy epidemiology: Where are we now and where are we going?. *Development Medicine & Child Neurology*, 34, pp. 547-555.
- Naves, F. (2004). Depressão atinge 33,4 milhões de europeus. *Diário de Notícias*, 49503, p. 24.
- Newcomb, T. M. (1955). *Social Psychology*. London: Tavistock Publications Ltd.
- Oliveira, F. J. (2003). *A depressão na adolescência: Estudo de prevalência de sintomatologia depressiva*. Dissertação de Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Osório, L. (1986). *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Osório, L. C. (2000). *Grupos: teorias e práticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pedhazur, E. J. & Schmelkin, L. P. (1991). *Measurement, Design and Analysis – An Integrated Approach*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pichon-Rivière, E. (1946). Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia. *Revista de Psicoanálisis*, 4 (2), pp. 32-39.
- Piotrowski, C.; Sherry, D. & Keller, J. W. (1985). Psychodiagnostic test usage: A survey of the society for personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, pp. 115- 119.
- Piotrowski, C. (1996). Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Reports*, 79, pp. 873-874.
- Prieto, A. (1998). *Niños e niñas com parálisis cerebral*. Oviedo: Narcea ediciones.
- Puig-Antich, J. (1982). The use of RDC criteria for major depressive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 21 (12), pp. 291-293.
- Reiss, S. (1990). Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *American Journal on Mental Retardation*, 94, pp. 578-585.
- Reiss, S. & Vanelti-Hein, D. (1990). *Test Manual for the Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis*. Ohio: International Diagnostic Systems.
- Reynolds, W. M. & Baker, J. A. (1988). Assessment of depression in persons with mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 103, pp. 93-98.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Roberts. E. R. & Lewinsohn, P. (1995). Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: evidence from an epidemiological survey. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (12), 1608-1617.
- Rodrigues, M. (2000). O diagnóstico de depressão. *Psicologia USP* 11 (1), pp. 155-187.
- Rodríguez, J. O., Alcázar, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Amorós, M. O. & López Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11 (3), pp. 599-622.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa (7ª ed.)*. Lisboa: Moraes Editores

- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia e Consulta Psicológica*. Martins Fontes.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. & Hollon, S. Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, pp. 17-37.
- Ryan, N. D. & Williamson, D. E. (1992). A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 31, pp. 600-605.
- Serra, C. (2004). Aumentam os deprimidos. *Correio da Manhã*, 9272, p. 13.
- Shapiro, A. K. & Morris, L. A. (1978). Placebo effects in medical and psychological therapies. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Shaughnessy, J. & Zechmeister, E. (1997). *Research methods in psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Shaw, B. F. (1977). Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, pp. 543-551.
- Shipley, C. R. & Fazio, A. F. (1973). Pilot study of a treatment for psychological depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, pp. 3772-3776.
- Schleichkorn, J. (1993). *Coping with cerebral palsy*. Texas: Pro-ed.
- Schloss, P. J. (1982). Verbal interaction patterns of depressed and non-depressed institutionalized mentally retarded adults. *Applied Research in Mental Retardation*, 3, pp. 1-12.
- Startup, M., Ree, A. & Barkham, M. (1992). Components of major depression examined via the Beck Depression Inventory. *Journal of Affective Disorders*, 26, pp. 251-260.
- Trindade, I. & Carvalho Teixeira, J. A. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vallejo, J. (2003). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (5^a ed.). Barcelona: Masson.
- Verdugo, M. A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 153, pp. 5-24.
- Vincent, K. R. (1987). *Full battery codebook*. Norwood, N. J.: Ablex.
- Vygotsky, L. S. (1989). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Weisblatt, S. A. (1996). Diagnósticos de desordenes psiquiátricos em personas con retraso mental. *Siglo Cero*, 27 (4), pp. 21-23.
- Wilkinson, Moore & Moore (2003). *Tratar a depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Zanella, A. V., Lessa, C. T. & Da Rós, S. Z. (2002). Contextos grupais e sujeitos em relação: contribuições às reflexões sobre grupos sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), pp. 211-218.
- Zimerman, D. E., & Osório, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.