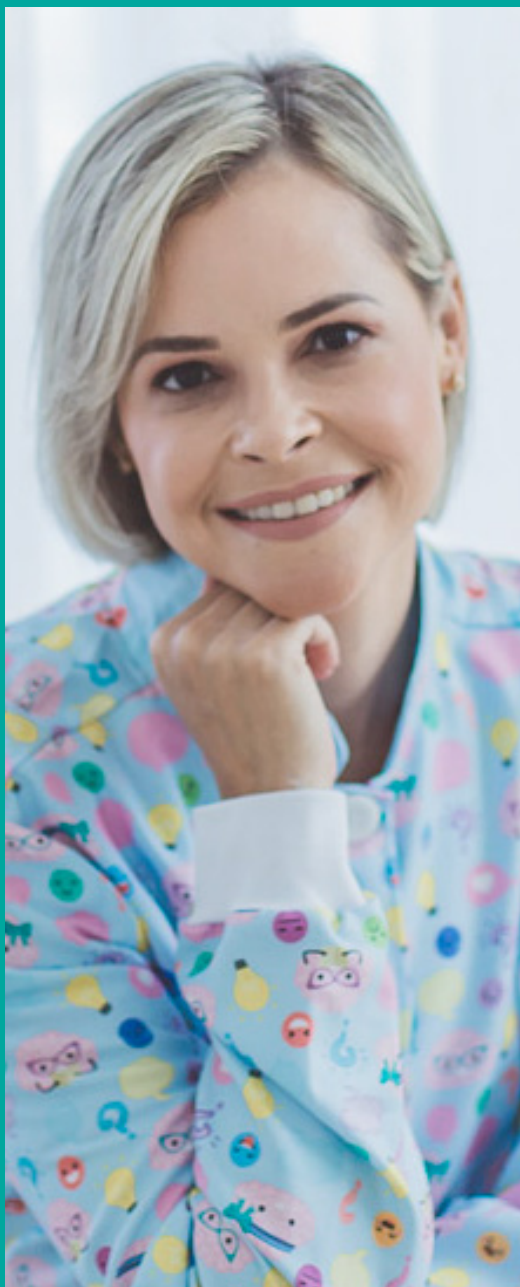


FAMÍLIA, CUIDADO E A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA



Prezada Equipe de Neuroreabilitação,

Sabemos que o cuidar de uma criança é uma tarefa desafiadora, naturalmente. Em cada fase do seu desenvolvimento exige-se do sistema familiar um novo repertório comportamental, arranjos internos e externos, muitas deles inéditos. Para além do romantismo que envolve as figuras parentais, existem emoções negativas não legitimadas, como vergonha, medo e tristeza. Considera-se adequado, apenas, sentir o que for socialmente ajustado: plenitude, amor e dedicação absoluta. Na medida em que os afetos negativos não são legitimados, eles são sentidos na solidão e silenciosamente, numa espécie de submundo interno. É nesse porão onde muitas fantasias fazem morada, tendo a culpa como maior companheira.



Ao se refletir sobre as famílias de crianças com deficiência, percebe-se uma grande hipérbole no fenômeno descrito acima. Desproporcionalmente, não são muitos os trabalhos de natureza psicológica existentes na literatura, que ofereçam uma fundamentação teórica densa sobre os desafios do cuidado numa realidade atípica. Procuro, neste E-Book, apresentar aos membros da equipe algumas características desse processo, que podem ajudar a compreender melhor o funcionamento das famílias atendidas.

Vamos lá?

Com carinho,

Camila Ferrari
Organizadora

Psicóloga, Neuropsicóloga e Terapeuta de Família

Contato: @neurodesenvolvendo
www.neurodesenvolvendo.com.br

A FAMÍLIA E A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA

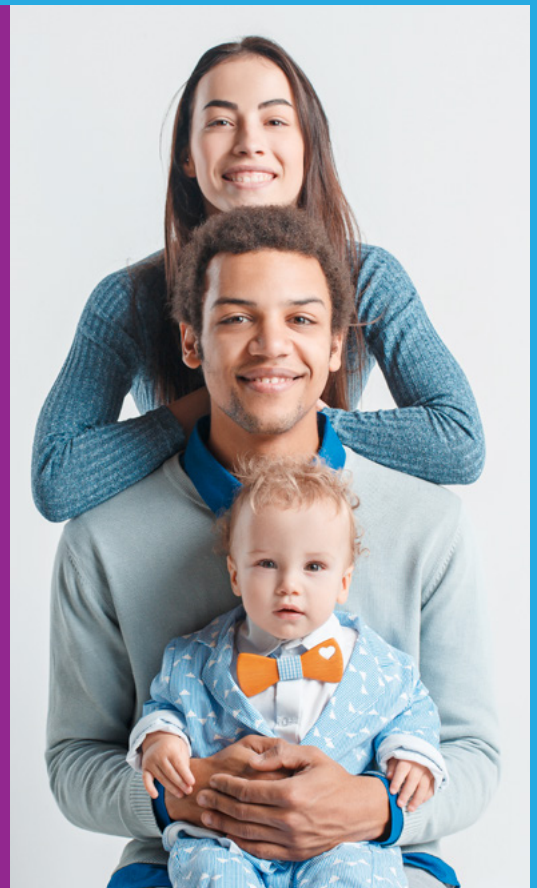
A família se constrói ao longo da sua trajetória, sendo consequência das histórias vividas através das gerações (BRONFENBRENNER, 1996), transcendendo a biologia de uma linhagem (PIERRON, 2009). É composta por uma complexa trama relacional, na qual a presença de um evento crítico desencadeia respostas em todo o grupo, exercitando a reciprocidade contida nas relações. Constitui-se, portanto, como um eixo complexo, porém basal, do desenvolvimento humano. O contexto familiar organiza-se como um núcleo aberto, que exige avaliações sucessivas em seu curso em relação aos papéis desempenhados por cada membro da família. Para Bronfenbrenner (1996), o desemprego, migração, nascimento de um filho e formatura são alguns exemplos de eventos que necessariamente implicam em mudanças.



A chegada de um filho normalmente é esperada com grande expectativa. A continuidade do núcleo, a transmissão familiar e as promessas de futuro constituem certezas para os pais. “Nascer é vir ao mundo do familiar” (PIERRON, 2009, p. 32). A família recebe a criança, o reconhece e o inscreve na história do grupo. Esse acolhimento é chamado por Pierron (2009) de hospitalidade genealógica e constitui um aspecto da inclusão na família. Este núcleo também tem um papel formativo, na medida em que os membros se aproximam da criança, lhe apresentam as possibilidades do mundo e dela se descolam, tornando-se expectadores das inovações que virão. A família é, portanto, uma escola das capacidades, na qual se espera que os componentes alcancem ou ultrapassem seu limite (PIERRON, 2009). Neste script, nenhuma história diferente do ideal de felicidade foi escrito. Bebês saudáveis, rosados e espertos, com todo o potencial para serem o que quiserem. São esses filhos que se deseja ter, com quem vão galgar degraus evolutivos e comemorar histórias de sucesso.

O nascimento de uma criança diferente deste padrão apresenta à família o peso da norma, conforme aponta Pierron (2009):

Com a deficiência, o tempo familiar das promessas, aberto aos prolongamentos futuros, é subitamente imobilizado. Descobre-se aí, nesta experiência de ruptura de continuidade, que nada na transmissão familiar corre naturalmente. A deficiência vem quebrar esta crença inata, lembrando que não há nada certamente dado, que tudo é construído, e assim, frágil. Eis por que, com a provação da deficiência, o futuro prometido, sobre o fundo do qual toda a vida de família se declina, parece não mais poder manter suas promessas (PIERRON, 2009, p. 313).





Diante da revelação da deficiência, começa uma batalha adaptativa para recuperar o equilíbrio, externa e internamente ao sistema. Externamente, terão de viver em um “mundo urbano, suas arquiteturas e suas redes, tecnicamente feitas para os destros, bípedes, detentores de dispositivos cognitivos adaptados e eficazes para dominar tecnologias sofisticadas” (PIERRON, 2009, p. 317). Terão de que se confrontar com uma sociedade que tem dificuldades para incluir o atípico porque ele personifica a fragilidade humana, sua precariedade e

finitude (PIERRON, 2009). A exigência de adaptação interna reside no fato da deficiência golpear a família de forma violenta, na medida em que retira do nascimento o romantismo e a idealização

Neste duelo, a maior luta será contra a renúncia. Despedir-se do filho idealizado compõe um desafio sem precedentes, na medida em que muitos cuidadores atrelam a aceitação das limitações à desistência dos tratamentos, à descrença e à falta de amor.

O interesse pelo estudo deste fenômeno é crescente pela psicologia e ciência social, sendo Erikson (1988/1963) um pesquisador de destaque. A confiança em um futuro melhor é uma necessidade ontológica, na medida em que nos retira da inação ou imobilismo, provocando o estresse necessário para o enfrentamento de problemas. Neste momento, a confiança encontra a esperança, alavancando e movimentando a existência humana, individual e social (SCABINI e CIGOLE, 2008).

Ao deparar-se com a crise, a confiança ativa o mecanismo de cuidado e atenção nas pessoas próximas. Scabini e Cigole (2008) sinalizam que este tipo de manifestação, portanto, é relacional e a qualidade das ligações ajuda a construir as identidades dos envolvidos, pois:

A confiança possui um componente afetivo que permite o movimento de abertura para o outro, uma abertura que aceita o risco de exposição de si mesmo (auto revelação), que torna todos vulneráveis, mas confirma a bondade do investimento e a lealdade de resposta daquele à qual a confiança é dirigida. A confiança se conecta ao dom da vida (biológica e psicologicamente), aos cuidados maternos primitivos ou, mais geralmente, aos recursos da família que estão disponíveis para oferecer conforto (SCABINI e CIGOLE, 2008, p. 23).



Com o passar do tempo, as crianças com deficiência vão se tornando mais velhas e podem se afastar do caminho que é esperado para as outras da sua idade, criando uma distância entre o que a família deseja e o que elas podem oferecer, naquele momento (FORMAN, 2008). O tempo confronta a família com fatos incontestáveis, na medida em que oferece dados de realidade. Ao longo deste processo, o convite feito a este núcleo envolve a concordância sem a resignação, a aceitação de que a história pode ser escrita sob outro roteiro. A resposta ofertada a este desafio estará vinculada diretamente às experiências anteriores de crise, as condições socioeconômicas, aos antecedentes étnicos e as relações familiares, dentre outras influências (SÁ e RABINOVICH, 2006).



Agente de socialização primária, a família conduz seus membros pelos caminhos da proteção e acolhimento, envolvendo-os numa trama de afeto. Diante da deficiência, este núcleo contrapõe-se à marginalização, pois medeia o desejo da criança e sua possibilidade de realização, instrumentalizando-as (SÁ e RABINOVICH, 2006). Imprime-se, portanto, valores como a tolerância e respeito às diferenças. A inserção escolar, o desejo pelo auxílio locomoção para facilitar os deslocamentos, a participação em atividades em grupo ou desportivas são desejos frequentemente compartilhados com a equipe de reabilitação; tais pedidos fazem lembrar que, mesmo com todas as limitações, a família deseja que a criança envolva-se em tarefas próprias para a infância, independentemente da gravidade do acometimento. A luta, agora, é pela inclusão da criança em um meio social que ainda segrega e marginaliza o anormal.

Não se questiona o fato de uma desordem neurológica na infância afetar a família, na medida em que aumenta o nível de estresse entre os pais. Os cuidadores assumem de forma recorrente múltiplo e novos papéis, agregando responsabilidades. Mostram-se vacilantes diante das incertezas em relação ao presente e futuro. Sensação de choque, negação, raiva, culpa, revolta e sentimentos de rejeição são relatados com frequência e fazem parte do processo de construção desta nova família, que restabelece o seu equilíbrio de maneira variada, dependendo dos recursos psicológicos próprios de cada organização (SILVA e DESSEN, 2001).

Aliado a este contexto, observa-se uma queda nas condições financeiras, pois não raramente um dos cônjuges deixa de trabalhar para dedicar-se aos cuidados com a criança, sobrecarregando o companheiro. Devido ao trabalho, o membro provedor não consegue acompanhar devidamente as consultas e tratamentos necessários, gerando cansaço e fadiga no cuidador direto. Insegurança e a desestabilidade da estrutura familiar, a falta ou limitação de acessibilidade a serviços públicos como exames, terapias e escolas inclusivas são outros fatores apontados por Sá e Rabinovich (2006) como dificultadores da saúde emocional e socialização da família.

Johnson e Rose (2008) realizaram estudo no Reino Unido acerca do processo de reabilitação e prognóstico em crianças portadoras de lesão cerebral. Tal trabalho recomenda que o foco de análise e intervenção dos centros de saúde deva voltar-se para o nível de cansaço dos pais, graças à relação entre sobrecarga e qualidade do cuidado consequente da exposição prolongada a este contexto. No que tange à conjugalidade, Hirst (1991), em pesquisa realizada na Inglaterra, não encontrou correlação entre separação do casal e deficiência dos filhos. Analisando dados transversais em uma grande amostra nacionalmente representativa, observou dois fenômenos interessantes na conjugalidade diante da deficiência de um filho: os casais se unem mais para poder cuidar desta criança ou, em uniões já frágeis, a relação torna-se mais enfraquecida.



Da mesma forma, Ponsford e colaboradores (2003), em pesquisa realizada na Austrália, investigaram o impacto de ter um filho com uma deficiência na qualidade conjugal e percepção da estabilidade marital. Pais casados cuidadores de uma criança portadoras de deficiência foram comparados com os pais casados de crianças sem alterações no neurodesenvolvimento, sendo evidenciado que a qualidade conjugal e estabilidade percebida por eles não diferiu entre os dois grupos. Tais dados, aliados aos resultados encontrados por Woolfson (2010) e Urbano (2007), ao estudarem a conjugalidade frente à deficiência dos filhos, põem em questão os pressupostos encontrados no senso comum, no qual associa a presença de uma deficiência ao divórcio dos pais. Em relação aos irmãos, que não raramente colaboram com os cuidados, Forman (2008) sinaliza que estes ficam suscetíveis a seguir a carreira de saúde por forte influência da rotina da família, conforme sugerido em trabalho longitudinal realizado na população americana.



Mas qual é a definição de família, afinal? Família é um sistema complexo, composto por vários subsistemas que estão em constante interação, influenciando e sendo influenciados uns pelos outros (MINUCHIN, 1990). Além da dinâmica de funciona-

mento interno da família, outros sistemas externos a ela exercem importante influência nas interações e no desenvolvimento dos seus membros, como a escola, o local de trabalho e a comunidade. Quando se trata de núcleos que têm em seus integrantes uma criança com deficiência, portanto, é fundamental que se estude a interdependência e a mútua influência dos processos intra e extrafamiliares (BRONFENBRENNER, 1996), devido à necessidade de suporte externo em muitos âmbitos, desde o apoio direto nos cuidados às orientações técnicas, levando em consideração os elementos de ordem pessoal, relacional e contextual.

A close-up photograph of a person's hands gently holding a baby's feet. The baby's feet are in the foreground, and the hands are positioned around them, providing support. The background is softly blurred, showing the baby's face and other parts of their body. The overall tone is warm and caring.

CUIDADO E DEFICIÊNCIA

O cuidado compõe a vida do ser humano desde a sua concepção, fazendo-se necessário durante seu processo de desenvolvimento. Heidegger (1995), filósofo que se dedicou ao estudo do cuidado, conceitua o cuidar como um fenômeno ontológico que fundamenta e justifica a existência humana, pois ele movimenta um sujeito em direção a outro. Partindo dessa concepção, o cuidado está presente em toda ação, guiando comportamentos. Esta característica oferece ao cuidar uma dimensão ética de existir, fazendo-o assumir um caráter inadiável e intransferível.

No processo de cuidar, os envolvidos tendem a se afinar, dividindo e compartilhando sentimentos. O olhar e o toque são ações valorizadas, pois é um canal onde se conduz essas emoções. É no sentimento (pathos) que se encontra a centralidade do cuidar, e não na razão (logos). O sentimento sensibiliza para o que está ao seu redor, unindo às coisas, envolvendo as pessoas, tornando-os preciosos e merecedores de atenção. Devido ao nível de subjetividade e significações envolvidas, é estabelecida uma relação interpessoal autêntica e intensa (HEIDEGGER, 1995).

A filosofia heideggeriana não compreende o cuidar meramente como a conformação humanizada do ato assistencial, tal como as ciências da saúde o faz, ou no sentido de estar atento, assim como interpreta o senso comum. Este conceito vai além de sinônimos como zelo e desvelamento. Da mesma forma, não deve aproximar-se de conceitos como fragmentação, seriação, meios e modos de fazer. Para Heidegger (1995), o cuidar deve desnudar-se do pensamento totalitário e da razão tecnológica, pois esta perspectiva em última instância, desenvolve uma compreensão rasa sobre as coisas, a respeito do outro e do mundo.

O cuidado, em maior grau, é associado à infância pelo nível de dependência da criança, a fases tardias da terceira idade, quando os idosos cursam com dificuldades na execução de suas atividades diárias por debilidades físicas/cognitivas, bem como diante de adoecimento em um momento qualquer do ciclo de vida. A maioria dos estudos que se dedicam a compreender o processo de cuidado volta sua atenção para os profissionais de saúde e sua relação com os pacientes, notadamente a enfermagem, conforme observado nas pesquisas de Waldow (2008). Quando pensamos nos cuidadores familiares, sujeitos sem formação técnica e afetivamente vinculados ao doente, análises de outras naturezas se fazem importantes.



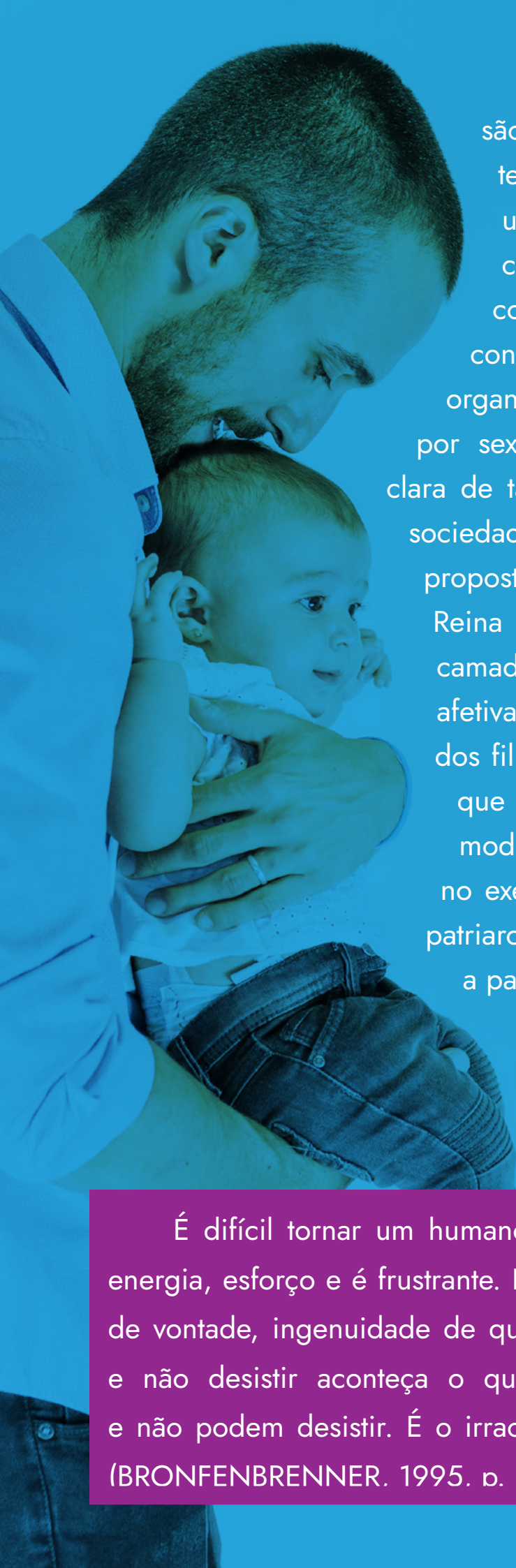
Serapioni (2006) descreve a crise do Estado brasileiro, no que tange à assistência à saúde e à família, com ênfase em municípios nordestinos. Este fenômeno, gerador de crise social, possibilitou a redescoberta da família, das redes primárias e da comunidade como elementos fundamentais na efetivação das políticas sociais. A família é cada vez mais o foco de atenção das instituições governamentais devido ao seu papel protetor e oferta de ajuda. Serapioni (2006), Gutierrez e Minayo (2008) acreditam que muitas propostas de políticas sociais são baseadas na concepção de um cuidado comunitário, que objetivam co-responsabilizar a família em relação aos problemas sociais e de saúde, como, por exemplo, o programa de saúde da família e a rede de proteção à criança e ao adolescente.



Este movimento, embora incentive o papel ativo da família no processo de cuidado e estimule comportamentos promotores de saúde, inseriu os profissionais desta área no ambiente doméstico, até então, restrito aos membros do sistema familiar. Uchoa e Vidal (1994), analisando a adesão aos programas de saúde cujo foco é a família, sinalizam que atitudes discriminatórias da equipe, fundamentadas em valores e crenças divergentes da família, dificultam a implementação das intervenções sugeridas. O rompimento do modelo hospitalocêntrico de assistência exige, por conta disto, a compreensão do funcionamento da família, suas relações internas e com serviços de saúde, bem como o estabelecimento uma relação próxima com o cuidador (Minayo e Gutierrez, 2008).



Geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa da família, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade, capacidade ou imposição dos demais membros (MENEZES, 1994). Conforme pontuado por Mendes (1995), os critérios utilizados para a identificação do cuidador não são claros, sendo possível encontrar múltiplas definições; o tipo de cuidado (complexo ou simples, de curto ou longo prazo, frequentes ou ocasionais) e os atributos de vínculos (parentes ou não parentes) são alguns exemplos. Estudos de Rureschi e Simons (apud MENDES, 1995) sugerem que três elementos são importantes neste processo de escolha: ser parentes em primeiro grau, conviver diretamente com o sujeito acometido e ter aproximação afetiva. Santana (2010), Waldow (2008), Minayo e Gutierrez (2008), Euzébio e Rabinovich (2006), Karsch (2003), Oliveira e Bastos (2000) ratificam o que é sabido pela observação cotidiana que é a mulher quem assume os cuidados com a saúde diante de uma patologia na família.



Sabe-se que a maternidade e paternidade são papéis sociais, estando este primeiro termo atrelado diretamente ao cuidar, a uma condição naturalizada como sendo constitutivo do feminino (MEDRADO e colaboradores, 2008). Tal configuração é consequente ao fato de o meio social ainda ser organizado pelo princípio da divisão do trabalho por sexo e gênero, gerando uma segregação clara de tarefas, aliada à crise na paternidade na sociedade contemporânea, conforme os estudos propostos por Moreira e colaboradores (2010). Reina e Rabinovich (2010) apontam que, na camada popular, após a dissolução da relação afetiva com parceira, o homem afasta-se também dos filhos oriundos desta relação. Vale ressaltar que este cenário está em franco processo de modificação, pois já se observa uma tensão no exercício do ser pai, na medida em que o patriarcalismo perde espaço gradativamente para a paternidade participativa.

Referindo-se ao processo de cuidar de um bebê, Bronfenbrenner (1995) pontua que:

É difícil tornar um humano ser humano. Leva tempo, consome energia, esforço e é frustrante. É imprescindível toda a atenção, força de vontade, ingenuidade de quem cuida. Tem de se agarrar àquilo, e não desistir aconteça o que acontecer; estão fartos, cansados e não podem desistir. É o irracional que faz com que não desistam (BRONFENBRENNER, 1995, p. 117).

Quando se transporta essa assertiva para o cuidar de crianças que apresentam desordens no desenvolvimento, é possível pensar que o empenho e estimulação oferecidas em uma dada etapa do seu desenvolvimento neuropsicomotor serão estendidas para além do esperado, graças ao atraso global que apresentam. O consumo de energia é elevado, portanto. O esforço envolve os cuidados básicos oferecidos em casa, aliados aos tratamentos médicos e afins que se fazem necessários nesta condição.

Bronfenbrenner acredita que o amor é essencial para cuidar, mas o próprio autor refere que apenas este sentimento não basta, sendo necessário um motor, uma espécie de mola propulsora, chamada atividade; este termo está relacionado ao vigor e à disposição. O desenvolvimento é descrito por ele como sendo:



Um processo que envolve estabilizações e mudanças das características biopsicológicas de um ser humano, não apenas ao longo do ciclo de vida, mas também através de gerações (BRONFENBRENNER e MORIS. 1995. p. 191).

Tal processo é comparado a um jogo de ping-pong envolvendo dois sujeitos, entre os quais existe um grande vínculo afetivo. Os jogadores, um mais velho e um mais novo, são convidados a aprender entre si. Esta relação recebe o nome de díade, definida por Bronfenbrenner (1996) como a atenção oferecida às atividades de uma outra pessoa. Mas esse jogo é longo, despende grande energia e promove a fadiga. Para garantir um final prazeroso para os envolvidos, faz-se necessário a disponibilidade de um terceiro jogador, que pode oferecer assistência e encorajamento. Momentos de pausa, descanso, oferta de reforços e modelos comportamentais são importantes no processo de cuidar. Neste caso, a díade possibilita a construção de estruturas pessoais maiores, como tríades e tétrades.

Este elemento pode ser o pai porque “não é fácil encontrarmos pessoas que sejam doidas pelos nossos filhos, tal como acontece com o pai, que se deixa facilmente seduzir por eles” (BRONFENBRENNER, 1995, p. 119). Em contrapartida, este autor pondera a presença de outros personagens femininos da família, como avós, tias e irmãs, que têm comumente assumindo o papel de co-cuidador. Devido ao fato de terem uma relação próxima com a mãe, elas permitem-lhe exercer de forma afetiva sua interação com o filho e ocupando seu lugar quando necessário.

Durante o desenvolvimento de uma criança é importante que os envolvidos estejam em estado de alerta uns aos outros, mantendo-se suficientemente sensíveis para captar os seus ensinamentos e demandas, evitando deixar lacunas neste processo. Bronfenbrenner (1995) identifica que o estresse é um elemento que dificulta a troca de informações e acomodação mútua, bem como é fonte de conflitos. O cuidar é por definição um termo que se relaciona a um estado de vigília, a manutenção da atenção e a preocupação, estados estes que, em longo prazo favorecem a presença do estresse e suas consequências danosas à saúde.



As deficiências que acometem a infância, em geral, são condições que exigem atenção direta ao longo de toda a vida. Para tal, a família precisa organizar-se para oferecer o apoio requerido, gerando necessariamente modificações na sua forma de relacionar-se interna e externamente com os membros do sistema, com a comunidade e centros de saúde. Ao mesmo tempo, o cuidar é uma atividade constituída no âmbito privado, inerente à esfera doméstica, sendo regulado por relações afetivas, não contratuais, sem normatizações. Não há receitas, portanto. O modo pelo qual o cuidador é constituído só pode ser compreendido através da observação das relações e do próprio processo. Lembrem-se disso, profissionais de Reabilitação! Sem receitas! Existe o imperativo de ajustarmos toda e qualquer orientação, tarefa e/ou programa para cada família.

Agora que você já conhece sobre o sistema familiar e o processo de cuidado, precisamos estender nosso olhar para toda a Rede de Apoio que circunda esse paciente. No nosso próximo E-book vamos abordar esse tema. Fica meu convite.

Dúvidas? Inquietações? Fique à vontade para entrar em contato!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979/1996.
- BRONFENBRENNER, U. Uma família e um mundo para o bebê XXI: sonho e realidade. In: GOMES-PEDRO, J. Bebê XXI: criança e família na viragem do século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995. p. 115-126.
- BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W. (Org.). Handbook of child psychology. New York: John Wiley & Sons, 1998. p. 993-1027.
- GUTIERREZ, D. M. D; MINAYO, S. C. M. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. Fazendo Gênero. Florianópolis. n. 8, p. 1-7, ago, 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf Acesso em março de 2011
- HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes, 1995.
- HIRST, M. Dissolution and reconstitution of families with a disabled young person. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v. 33, n. 12, p.1072-1079, 1991.
- MINUCHIN, S. (1990a). Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____. (1990b). Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PIERRON, J. O clima familiar: uma poética da família. Tradução de Elaine Pedreira Rabinovich. Paris: Les Eds du CERF, 2009. Título original: Le climat familial: une poétique de la famille.
- PONSFORD, Jennie et al. Long-term adjustment of families following traumatic brain injury where comprehensive rehabilitation has been provided. *Brain Injury*, 17, n. 6, p. 453-468, 2003. doi:10.1080/0269905031000070143
- SÁ, S. M. P.; RABINOVICH, E. P. Compreendendo a família da criança com deficiência física. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 16, n. 1, p. 68-84, jan-abr. 2006.
- SABINI, E. Fiducia, speranza e qualità delle relazioni. Disponível em http://www.medicinaepersona.org/resources/pagina/N123a7d82475b49bc5a8/N123a7d82475b49bc5a8/08-Scabini_pp_27-33.pdf> Acesso em: 08 de set. 2011.

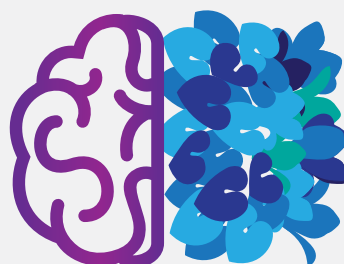
- SERAPIONE, M.; SILVA, M. G. C. Qualidade do programa saúde da família no Ceará: uma avaliação multidimensional. Fortaleza: Editora da UECE, 2006.
- SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 17, n. 2, ago. 2001.
- UCHÔA, E. ; VIDAL, F. M. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p.497-504, out/dez, 1994.
- WALDOW, V. R.; BORGES, R.F. O processo de cuidar sobre a perspectiva da vulnerabilidade. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 765-771, jul.-ago., 2008.
- WOOLFSON, Lisa. Family wellbeing and disabled children: a psychosocial model of disability-related child behaviour problems. British Journal of Health Psychology, v. 9, n. 1, p. 1-13, 2004. doi: 10.1348/135910704322778687

Dados catalográficos:

ISBN 978-65-00-12343-2

Data de registro: 10/11/2020

Direito Autoral registrado em 10/11/2020



NEURODESENVOLVENDO