



SÍNDROME DE *DOWN*: REAÇÃO MATERNA NO OLHAR DA ABORDAGEM
CENTRADA NA PESSOA

Rozimari Spinelli

Caxias do Sul, 2021

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE PSICOLOGIA

**SÍNDROME DE *DOWN*: REAÇÃO MATERNA NO OLHAR DA ABORDAGEM
CENTRADA NA PESSOA**

Trabalho apresentado como requisito
parcial para Conclusão de Curso de
Graduação em Psicologia, sob a
orientação da Profa. Dra. Rossane Frizzo
de Godoy

Rozimari Spinelli

Caxias do Sul, 2021

SUMÁRIO

	Página
RESUMO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
OBJETIVOS.....	9
Objetivo Geral.....	9
Objetivos Específicos.....	9
REVISÃO DA LITERATURA.....	10
Síndrome de <i>Down</i> : aspectos gerais.....	10
Reações maternas diante do nascimento de um filho com Síndrome de <i>Down</i>	14
Fundamentos da Abordagem Centrada na Pessoa.....	17
MÉTODO.....	25
Delineamento.....	25
Fonte.....	25
Instrumentos.....	25
Procedimentos.....	26
Referencial de Análise.....	26
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
Categoria 1- Reações maternas e seus impactos.....	29
Categoria 2- Novas experiências vivenciadas pelas mães de filhos com Síndrome de <i>Down</i>	35
Categoria 3- Abordagem Centrada na Pessoa.....	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Aspectos observados no documentário.....	26
Tabela 2. Categorias, Unidades de Análise e Cenas Correspondentes.....	28
Tabela 3. Categoria 1- Reações maternas e seus impactos.....	29
Tabela 4. Categoria 2- Novas experiências vivenciadas pelas mães de crianças com Síndrome de <i>Down</i>	35
Tabela 5. Categoria 3- Abordagem Centrada na Pessoa.....	41

RESUMO

A Síndrome de *Down* apresenta-se na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como uma anomalia resultante de deformidades e malformações cromossômica. Este assunto é considerado relevante para a área de estudos da psicologia tendo em vista que a síndrome irá afetar tanto o indivíduo que a possui, quanto quem convive com ele. Isso se deve ao fato de que quando nasce uma criança com deficiência, todo o sistema familiar se ajusta para lidar com o novo desafio. As reações maternas, independentemente do momento em for dada a notícia que o seu filho tem Síndrome de *Down*, estarão em volta de um processo impactante, que lhes exigirá adaptação e aceitação. Diante do exposto, estudos que busquem facilitar esse processo, são necessários. Este estudo, tem por objetivo geral identificar possíveis contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa para a mãe diante do nascimento do filho com Síndrome de *Down*. Já os objetivos específicos deste trabalho são: conceituar a Síndrome de *Down*, identificar reações maternas diante do nascimento de um filho com Síndrome de *Down* e descrever os principais aspectos da Abordagem Centrada na Pessoa. Quanto ao método, o delineamento é de cunho qualitativo e optou-se por utilizar a pesquisa exploratória e descritiva. Utilizou-se como fonte um artefato cultural que estivesse de acordo com os objetivos propostos e, para isso, foi selecionado o documentário brasileiro *Uma página por dia*, lançado em 2017. Como instrumento, foram elaboradas cinco tabelas, nas quais contemplassem as categorias estipuladas, além de permitir a visualização dos aspectos que foram observados no documentário. Como referencial de análise, foi utilizada a análise de conteúdo, a partir do modelo misto com estratégia de emparelhamento. A partir da visualização do documentário, foram selecionadas vinte e duas cenas que representaram as seguintes categorias: reações maternas e seus impactos, novas experiências vivenciadas pelas mães de crianças com Síndrome de *Down* e Abordagem Centrada na Pessoa. Como conclusões, foi possível perceber os impactos que a chegada de um filho com uma síndrome, pode causar na vida da mãe, bem como as mudanças que ocorrem no meio em que estarão inseridos. Percebe-se também, que a Abordagem Centrada na Pessoa, pode auxiliar no desenvolvimento da atualização, da congruência e estimular a consideração positiva incondicional das mães para com os filhos com a Síndrome de *Down*. Portanto, se atingiu o objetivo geral deste trabalho, isto é, identificar as possíveis contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa para a mãe diante do nascimento do filho com a Síndrome de *Down*.

Palavras-chave: Síndrome de *Down*, reações maternas, Abordagem Centrada na Pessoa.

INTRODUÇÃO

O interesse em abordar este tema surgiu a partir do estudo e prática de algumas disciplinas acadêmicas, como: Psicologia Humanista Existencial. Da Abordagem Centrada na Pessoa que refere à força motivacional do ser humano diante das adversidades, onde todo o organismo possui uma tendência inerente a desenvolver todas as suas potencialidades e a desenvolvê-las de modo a favorecer a conservação e o enriquecimento. Já a disciplina de Fundamentos da Personalidade teve relevância diante da escolha do tema, pois possibilitou o estudo das particularidades humanas que influenciam o comportamento. A disciplina de Intervenções em Família e Processos Psicossociais ampliou a visão sobre o sujeito saindo do enfoque individual para o sistema de relações em que está inserido, onde a família ocupa papel central. Os estágios curriculares permitiram uma ampliação do conhecimento em que, por meio da prática, foi possível estar em contato com diferentes demandas e áreas de atuação, que permitiram conhecer novas histórias, sendo que elas foram responsáveis por instigar o interesse pelo tema. Além disso, a disciplina de Psicologia e Processos de Inclusão possibilitou o entendimento de algumas deficiências e, como se dá o processo de inclusão desses indivíduos na sociedade. Cabe ressaltar que, nessa disciplina obteve-se o conhecimento a respeito de centros especializados para o atendimento tanto desses indivíduos, quanto para os seus familiares.

Observando determinados contextos, pude perceber que me questionava, frente a alguns indivíduos, que mesmo passando por situações de adversidade e estresse, mantinham-se firmes, com clareza em seus propósitos, adquirindo aprendizados para seguir a vida. Questionei-me algumas vezes: Qual seria o diferencial que essas pessoas possuíam? E seria possível desenvolver algo para enfrentarem tais situações?

Diante desse cenário, logo que começaram as práticas supervisionadas no Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISME), buscou-se entender a dinâmica de funcionamento do local e, por meio das observações pude perceber que existiam muitas demandas para atendimentos a pacientes que tinham na sua história a vivência de familiar com Síndrome de *Down*. Para compreender o contexto desses pacientes, fez-se necessário um aprofundamento teórico sobre o tema, objetivando ampliar conhecimentos adquiridos na graduação. Sendo assim, despertou-me o interesse por essas questões relacionadas a situações enfrentadas diante das adversidades.

Por meio do aprofundamento teórico e da ampliação dos conhecimentos, espera-se de um profissional da psicologia na clínica o respeito, a empatia, a escuta qualificada, ter

conhecimento a respeito do manejo clínico, oferecendo uma conduta assertiva e ética. É nesse viés que este trabalho visa colaborar na formação profissional desta acadêmica.

A Síndrome de *Down* (SD) está enquadrada no grupo de anomalias, deformidades e malformações cromossômicas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e, sua categoria (Q- 90) apresenta três subgrupos da trissomia do cromossomo 21, sendo eles: causada pela “não disjunção meiótica” (Q 90.1), “não disjunção mitótica” (Q 90.2) e a translocação não específica (Q 90.9) (Ministério da Saúde, 2013, p. 12). Este tema é relevante para a área da psicologia tendo em vista que a síndrome de *Down* afeta tanto o indivíduo (em questões físicas, adaptativas e emocionais), quanto quem convive com ele, uma vez que percebe-se o desconhecimento da situação por parte da família e/ou cuidadores.

A Federação Brasileira das Associações de Síndrome de *Down* (FBASD) traz que por meio dos dados do CENSO de 2010, as estatísticas para a SD no Brasil apresentam que a cada 700 nascimentos, 01 ocorre a trissomia do cromossomo 21. Nos Estados Unidos, a cada 691 nascimentos, 01 possui a síndrome e a nível mundial, a cada 01 mil nascimentos, 01 criança tem essa anomalia genética (<http://federacaodown.org.br/index.php/sindrome-de-down/#:~:text=Nos%20EUA%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20National,nascom%20s%C3%ADndrome%20de%20Down.>).

Para a execução dos cuidados diante do indivíduo com SD há as seguintes políticas públicas: “Política Nacional de Humanização, Política Nacional da Atenção Básica, Programas de Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, do Homem, do Idoso, Saúde Mental e no Relatório Mundial sobre a Deficiência”. Nesse sentido, o fazer da clínica irá articular as políticas públicas juntamente com o conhecimento teórico com o intuito de adquirir melhores resultados no que concerne ao cuidado (acolhida, escuta, diálogo) do paciente no processo terapêutico. Cabe ressaltar que o trabalho com o paciente ocorre de maneira transdisciplinar, o qual demanda dos profissionais o compartilhamento de saberes, a flexibilização e o diálogo, a fim de proporcionar a qualidade de vida de quem está recebendo o atendimento (Ministério da Saúde, 2013, p.13).

O tratamento psicoterapêutico com foco na Abordagem Centrada na Pessoa ocorre por meio de uma redefinição de papéis contínuo entre o terapeuta e o cliente, no qual percebe-se mudanças na relação terapêutica no que se refere a comunicação. Nesse sentido, a comunicação permeia de uma maneira mais unilateral, centrada na relação, partindo para algo mais transcendente (Miranda & Freire, 2012).

Essa abordagem da psicologia pode ser útil nos casos em que os pais recebem a notícia que o seu filho possui a SD uma vez que, em terapia pode-se trabalhar o luto da criança idealizada, bem como auxiliar a família a lidar com a situação, levando em conta

que, a falta de preparo pode interferir no desenvolvimento infantil. Dentre as reações que os pais podem ter diante da notícia estão ligadas ao desenvolvimento infantil, encontram-se: comportamentos de superproteção ou de rejeição. A superproteção pode ocorrer em decorrência dos cuidados que o indivíduo com Síndrome de *Down* necessita, nos quais são diferentes dos que uma criança sem a síndrome necessita e a rejeição pode vir em decorrência de não ter sido concretizada a chegada da criança idealizada por esses pais, isto é, acabam vivenciando um luto até o momento de aceitarem as condições presentes naquela criança (Cunha, Assis & Fiamenghi, 2010).

A Abordagem Centrada na Pessoa trabalha o livre arbítrio e a capacidade que o indivíduo tem de fazer escolhas (Santos, 2004). Além disso, reconhece que mesmo diante de situações negativas o indivíduo pode manter e desenvolver a capacidade de autonomia e autodeterminação, nas quais possibilitam o desenvolvimento do seu bem-estar. Para Araújo e Freire (2014) este tratamento psicológico inclui o processo valorativo, no qual está ligado entre o desenvolvimento emocional e o funcionamento do organismo. Isto é, o indivíduo irá valorizar o que lhe transmite segurança e o que lhe gera uma experiência saudável e irá desvalorizar o que lhe transmite desconforto. Diante do exposto, este trabalho procurará responder ao seguinte problema de pesquisa: Quais as possíveis contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa para a mãe diante do nascimento do filho com Síndrome de *Down*?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar as possíveis contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa para a mãe diante do nascimento do filho com Síndrome de *Down*.

Objetivos Específicos

- Conceituar a Síndrome de *Down*;
- Identificar reações maternas diante do nascimento de um filho com Síndrome de *Down*;
- Descrever os principais aspectos da Abordagem Centrada na Pessoa.

REVISÃO DA LITERATURA

Síndrome de *Down*: aspectos gerais

A genética humana é composta por 22 pares de cromossomos denominados de autossomos e 01 par chamado de cromossomo sexual, nos quais utilizam-se as letras XX para representar o feminino e XY para representar o masculino. No entanto, no caso da Síndrome de *Down*, há a presença de um cromossomo 21 a mais, apresentando-se de três maneiras: trissomia simples, na qual ocorre em 95% dos casos; translocação, percebida em 3-4% dos casos e mosaico, presente em 1-2% dos casos (Ministério da Saúde, 2013). Silva e Dessen (2002) relatam que realizou-se uma pesquisa na Inglaterra e foi constatado que as mães expostas à radiação ionizante possuem maior probabilidade de gestar uma criança com a síndrome e, o outro fator que influencia é a idade materna, uma vez que os óvulos envelhecidos podem aumentar as chances de desenvolver a síndrome.

Cabe ressaltar que o indivíduo com Síndrome de *Down* não possui uma patologia, mas sim, uma síndrome, tendo em vista que não tem cura e nem é considerada como uma instabilidade do organismo. Dentre as diferenças dos conceitos, a doença ocorre por meio de uma disfunção na homeostase do organismo e, por esse motivo, requer a cura. Já a síndrome, é caracterizada como “um conjunto de sinais e sintomas provocados pelo mesmo organismo e dependentes de causas diversas que podem levar a uma doença ou perturbação” (Déa, Baldin & Déa, 2009, p. 25). Estimativas apontam que a cada ano, no Brasil, surgem 08 mil novos casos de Síndrome de *Down*, o que equivale a 01 caso entre 600 a 800 nascimentos e ocorre independentemente da classe social, etnia e o gênero da criança (Maciel, Vieira, Aparecida, Ojeda & Lima, 2013; Ministério da Saúde, 2013). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 foi realizada uma pesquisa e constatou-se que 23,9% da população participante apresentava algum tipo de deficiência, sendo que, 1,4% tinham algum tipo de deficiência intelectual (Maciel et al., 2013). Segundo Schwartzman (em Maciel et al., 2013) dados mais antigos do IBGE, isto é, do ano 2000 havia, no país, em torno de 300 mil pessoas que apresentavam o diagnóstico da síndrome de Down e, nesta época, a média de vida para esses indivíduos era de 50 anos.

O termo Síndrome de *Down* teve sua origem a partir dos estudos do médico e pesquisador John Langdon Down, em 1866, no qual teve influência dos conceitos evolucionistas presentes na época (Silva & Dessen, 2002). Esta síndrome, também é conhecida como trissomia do 21 e caracteriza-se como uma anomalia genética comum em seres humanos, sendo considerada como a principal causa da deficiência intelectual (Ministério da Saúde, 2013). No entanto, na época de Down a deficiência mental era vista

como uma característica de raças inferiores e, o fato de a tuberculose ser uma doença comum, era considerada como outro fator para o desenvolvimento da síndrome (Silva & Dessen, 2013).

Após os trabalhos realizados por Down, outros estudos ocorreram em torno da síndrome nos quais possibilitaram o entendimento de que esta anomalia genética está presente em todas as nacionalidades, raças, classes sociais e gênero (Déa et al., 2009; Silva & Dessen, 2002). A síndrome pode aparecer em qualquer família, mesmo não havendo antecedentes e cada indivíduo com *Down* irá apresentar características distintas, uma vez que a influência do sistema familiar é um fator importante no desenvolvimento do ser (Déa et al., 2009).

Quanto ao diagnóstico, pode ser realizado após o nascimento do bebê, por meio do exame cariótipo em que o procedimento utilizado é a retirada de amostras de sangue do cordão umbilical ou coleta-se o líquido amniótico e pode ocorrer a partir observação das alterações fenotípicas, entre outras características presentes na síndrome (Déa et al., 2009; Wuo, 2007). Há a possibilidade de realizar durante a gestação a amniocentese, porém somente entre a 15ª e 20ª semana de gestação, onde ocorre a punção transabdominal, ou seja, retira-se o líquido amniótico na mãe para avaliar a saúde do bebê. Além disso, este procedimento possibilita “determinar grupos sanguíneos e sensibilização do fator Rh; estimar a maturidade fetal; revelar erros hereditários do metabolismo; determinar, por meio da análise bioquímica de células, a presença de quaisquer patologias fetais; determinar a possível necessidade de uma transfusão fetal intrauterina” (Déa et al., 2009, p. 27).

As diferenças presentes no desenvolvimento e o aspecto físico ocorrem em decorrência de fatores genéticos individuais e fatores externos, observados na estimulação, nutrição, contexto familiar e social. Porém, a realização do diagnóstico clínico inicia-se por meio da visualização das características físicas, sendo que, quanto mais específicas forem essas características, maior é a segurança do profissional diagnosticar o indivíduo com a síndrome (Ministério da Saúde, 2013). A genética irá influenciar nos desenvolvimentos físicos, neurológicos e psicológicos, enquanto o desenvolvimento motor, a capacidade de adaptação e a intensidade da deficiência mental, serão influenciadas por fatores externos, bem como com os estímulos oferecidos ao indivíduo (Déa et al., 2009).

Ao se falar da Síndrome de *Down*, os sintomas típicos a serem mencionados são: a hipotonia muscular e a deficiência mental. Outras patologias estão presentes nesta síndrome, sendo elas: problemas cardíacos, gastrointestinais e respiratórios, doenças no sistema nervoso central, hipotireoidismo e alterações na ortopedia (Wuo, 2007). Com relação as características fenotípicas, percebem-se: braquicefalia, base nasal achatada, clinodactilia,

hipoplasia na face, língua protusa e hipotônica, pescoço curto, pina displásica e pequena, pregas epicânticas, afastamento dos músculos abdominais, excesso de tecido na região do pescoço, orelhas baixas, cabelos finos, sobrancelhas unidas, ligamentos frouxos, afastamento nos dedos dos pés, hérnia umbilical e prega simiesca (Ministério da Saúde, 2013; Silva & Dessen, 2002).

É possível perceber atraso em alguns reflexos do desenvolvimento do bebê, nos quais podem gerar como consequências o comprometimento da postura dos quadris, bem como dificuldade na sucção e na deglutição nos bebês que possuem a síndrome. Porém, de todas as características presentes torna-se evidente a dificuldade intelectual, uma vez que o quociente de inteligência (QI) desses indivíduos é considerado como abaixo da média no que concerne ao grau de comprometimento, uma vez que esse diagnóstico é realizado com testes e avaliação psicológica (Silva & Dessen, 2009). No entanto, quando são estimulados e recebem atendimentos adequados, esses indivíduos apresentam potencial para se desenvolver na sociedade, isto é, serem incluídos e terem uma vida saudável (Ministério da Saúde, 2013).

No ano de 1980 (revisado em 2001) a Organização da Saúde, juntamente com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) apontaram que é fundamental o aconselhamento genético da família nos casos em que há um indivíduo com a síndrome, podendo ou não ser realizado o exame de cariótipo. Isso foi decidido tendo em vista que o cariótipo somente irá demonstrar a causa herdada (classificação da doença), não havendo a possibilidade de determinar as características físicas e o desenvolvimento desse indivíduo, no qual é possível ser realizado a partir do aconselhamento com a família (Ministério da Saúde, 2013).

De acordo com Buscaglia (1993) o aconselhamento com a família torna-se importante devido ao fato de que comportamentos possam vir a se manifestar diante da chegada do indivíduo com a síndrome, bem como com o preconceito presente na sociedade. Dentre os principais comportamentos, destacam-se três: o pais/cuidadores refugiam-se entre si para atender as necessidades da criança e isolá-la da sociedade, a fim de evitar o preconceito; pode ocorrer a recusa de assumir uma posição inferior na sociedade e a família tenta manter a rotina igual à que possuíam antes da criança nascer; pode haver negação diante da deficiência e, os pais/cuidadores buscam informações médicas e diagnósticos que possam satisfazer as suas fantasias, a fim de evitar o contato com a realidade. Levando em conta a dificuldade presente para a família se adaptar com a síndrome, tornou-se necessário a construção de políticas públicas afim de possibilitar a assistência adequada, desmistificar a síndrome e auxiliar na diminuição do preconceito.

Diante das mudanças histórico-culturais que ocorreram na sociedade, a nomenclatura da síndrome foi alterando e deu-se início a um movimento social que possibilitasse o surgimento de políticas públicas voltadas ao público que possui algum tipo de deficiência (Maciel et al., 2013). Neste quesito, é fundamental utilizar a nomenclatura correta para os indivíduos que possuem alguma deficiência, tendo em vista que a falta de informação pode gerar preconceitos e estigmas negativos sobre aquele indivíduo (Déa et al., 2009).

No que tange a nomenclatura da Síndrome de *Down*, em 1959 foi descoberta a existência de um cromossomo extra, possibilitando descobertas no quadro clínico desta síndrome. Porém, até 1961 os indivíduos que a possuíam, eram chamados de nomes pejorativos como: criança inacabada, mongoloide, idiota, entre outros (Silva & Dessen, 2002). Com os avanços da medicina, psicologia e pedagogia, essa deficiência passou a ser vista como um “erro” genético, mas não foi o suficiente para deixar de ser vista como uma “anormalidade” da qual foi classificada no século XIX. Com isso, pode-se dizer, então, que os preconceitos diante da terminologia são influenciados mais pelo contexto social, do que genético. Apesar das mudanças que ocorreram na área da saúde e da educação diante a síndrome, a sociedade ainda procura encontrar no externo um culpado para o surgimento da deficiência, isto é, normalmente culpabilizam os pais, pondo neles o estigma de serem incapazes de gerarem uma criança dita como “normal” (Wuo, 2007).

Para entender a maneira pela qual se desenvolve a síndrome no indivíduo, é importante observar como ocorre a sua interação no ambiente social. Num primeiro momento, a família é responsável por promover as primeiras interações sociais e, por esse motivo, podem influenciar para um desenvolvimento saudável ou não. Percebe-se que o ambiente social de um indivíduo com a Síndrome de *Down* está em constante movimento e transformação, tendo em vista que, quando este se desenvolve, modifica a sua relação com o meio e, conseqüentemente, o meio também é modificado (Silva & Dessen, 2002).

Buscaglia (1993) afirma que para um desenvolvimento saudável, a criança necessita explorar o ambiente no qual está inserida. No entanto, por falta de conhecimento da parte dos pais a respeito das teorias do crescimento e desenvolvimento infantil, isola a criança com o intuito de protegê-la dos perigos. A criança sem deficiência encontra maneiras de explorar a sua volta e aprender com as suas vivências, porém a que possui uma deficiência torna-se dependente dos pais/cuidadores para receber estímulos e experimentar o mundo. Além disso, é a partir da experimentação que a criança aprenderá a desenvolver o seu self e conseguirá diferenciar-se dos membros familiares. Portanto, complementando a ideia de Silva e Dessen (2002) na qual relatam que o meio da criança com a síndrome está em constante transformações, Buscaglia (1993) aponta que para que o desenvolvimento infantil ocorra

dentro dos padrões da normalidade, dependerá de o contexto familiar expor a criança ao mundo, no sentido de dar a oportunidade de experimentar a sua volta e criar vivências.

Reações maternas diante do nascimento de um filho com Síndrome de *Down*

No momento em que a criança nasce, mãe e bebê estão simbióticos, o que torna a mulher sensível para acolher e se adaptar as necessidades do seu filho. Quando a criança nasce com alguma anomalia, pode acontecer de a mãe se sentir frustrada, acarretando em uma dificuldade na maternagem (Couto, Tachibana & Vaisberg, 2007).

Ao receber a notícia de que a criança que está para se inserir no ambiente familiar possui a Síndrome de *Down*, as famílias encaram de maneiras distintas, sendo que, um dos fatores que influenciam as reações é receber a notícia durante a gestação ou somente após o nascimento da criança (Nunes, Dupas & Nascimento, 2011). Após o nascimento, os pais podem sentir dificuldade em aceitar a criança, tendo em vista que a mesma não supri as expectativas geradas durante a gestação e, além disso, podem emergir sentimentos de dúvidas, inseguranças e incertezas diante do desenvolvimento, bem como da autonomia desse indivíduo (Ministério da Saúde, 2013). Nesse sentido, é importante que haja fatores de proteção, ou seja, cuidados adequados e relacionamentos seguros, dentro do sistema familiar, uma vez que o estímulo auxilia no desenvolvimento infantil (Maciel et al., 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013) o momento no qual a família receberá o diagnóstico a respeito da Síndrome de *Down*, irá influenciar na adesão ao tratamento necessário, bem como na aceitação da situação. Segundo Nunes et al. (2011) se o diagnóstico ocorrer no período da gestação, há a possibilidade dos pais se prepararem para aceitar as condições dessa criança, porém, deve-se levar em conta que pode acontecer sentimentos de angústia devido a uma situação nas quais desconhecem e que só será amenizada após o nascimento. No entanto, nos casos em que o diagnóstico é dado somente após o nascimento, os pais percebem as diferenças físicas e não imaginam que possa ser uma síndrome, mas sim, algo provisório. Porém, com a confirmação do diagnóstico, os pais sofrem um golpe, devido ao fato de ser necessário haver uma nova adequação e cuidados para aquela criança.

Tanto na gestação quanto no nascimento, a família deverá se adequar à nova situação e, para que isso ocorra, buscam com as equipes de saúde respostas para as suas dúvidas, sendo que as perguntas mais comuns são: o que é a Síndrome de *Down*, o que irá modificar no sistema familiar (Nunes et al., 2011). Portanto, se faz necessário que os profissionais da área da saúde estejam capacitados para atender a demanda da família em que há um indivíduo com a Síndrome de *Down*, possibilitando tratamentos adequados para o desenvolvimento afetivo, físico e mental do indivíduo (Ministério da Saúde, 2013).

Buscaglia (1993) complementa que receber o diagnóstico provoca um choque inicial pelo fato de que os pais poderão vivenciar um futuro incerto e, diante disso, os sentimentos iniciais são de ansiedade, decepção e estresse, além da vergonha a respeito dos comentários que possam emergir na sociedade.

Para Sunelaitis, Arruda e Marcom (2007) a chegada de uma criança com alguma síndrome requer da família tempo para que todas as necessidades do bebê sejam supridas e para que se habitue a essa nova situação. Além disso, as mudanças no sistema familiar proporcionam sentimentos de incertezas, dúvidas e medos diante da situação desconhecida e, em alguns casos, os pais sentem o receio de tanto eles, quanto a criança sofrerem preconceitos. Por esse motivo, optam por não exporem para o restante da família o diagnóstico. Segundo Buscaglia (1993) quando a mulher entra no hospital para dar à luz a uma criança não está preparada emocionalmente para o caso de que tenha que lidar com alguma deficiência. Não estará preparada para reconhecer que a deficiência do seu filho irá causar limitações, nas quais exigirão dela e do restante da família ter energia, dinheiro e tempo.

Maciel et al. (2013) trazem que a chegada de um membro com a Síndrome de *Down* acarreta em mudanças em todo o sistema familiar, principalmente no comportamento materno e perpassa por estágios, até chegar na aceitação da situação. De acordo com Maciel et al. (2013) e Voivodic e Storer (2002) a primeira fase é caracterizada como um choque para essa mãe no qual se manifesta por meio de sentimentos de desamparo, choros intensos e necessidade de fuga para não enfrentar a situação. O segundo momento se refere à negação diante da deficiência que o filho apresenta e, ela pode ser manifestada em ansiedade, bem como o desejo de recuperar a criança idealizada. Na terceira fase, há o reconhecimento da perda da criança idealizada e, por esse motivo, apresentam-se sentimentos negativos como a raiva e a tristeza. A quarta fase, é aquela em que a mãe se reaproxima à criança e começa a se adaptar com a situação (Maciel et al., 2013). A quinta e última fase é aquela em que tanto a mãe, quanto o restante da família, passam a aceitar, gradativamente, a situação e dá-se início a reorganização do sistema familiar (Maciel et al., 2013; Voivodic & Storer, 2002). Couto et al. (2007) complementam que o luto que a mãe vivencia diante da chegada do bebê com a Síndrome de *Down* está relacionado ao sentimento de fracasso materno, por ter gerado um filho com uma anomalia, bem como com a perda da criança idealizada.

Durante todo o desenvolvimento do indivíduo com a Síndrome de *Down* a mãe e o restante da família sentem incertezas em decorrência das atitudes que devem ser tomadas diante da situação e sentem-se desapontados com o diagnóstico. Além disso, permeia o sentimento de medo no que se refere ao desenvolvimento do indivíduo, bem como ao

preconceito que possa vir a ocorrer (Nunes et al., 2011). Couto et al. (2007) relatam que as mães permanecem de meses a anos enlutadas em decorrência do sentimento de incapacidade e impotência na maternidade. As mães sentem-se culpadas e perguntam-se o que fizeram de errado durante a gestação para estarem vivenciando essa situação. Essas emoções podem resultar em “fortes sentimentos de autorrecriação e autocensura, que afetam a criança, reduzindo a sua autoestima e valorização pessoal” (Buscaglia, 1993, p. 107).

O luto acarreta no sentimento de rejeição para o filho imperfeito e, por esse motivo, o desenvolvimento infantil pode ocorrer de maneira disfuncional, uma vez que, esta criança não é acolhida, como ocorre com as crianças idealizadas. Recebe olhar de medo, somados com angústias e ansiedades em decorrência da realidade que a mãe e o restante da família irão vivenciar (Couto, et al., 2007). Diante do diagnóstico da Síndrome de *Down*, as mães vivenciam um processo de luto, mesmo sabendo que o filho está vivo (Couto, et al., 2007). De acordo com Buscaglia (1993) os processos irão variar de família para família, isto é, as mães podem aceitar que o problema é real e não há nada que possa ser feito para mudar e, para isso, se adaptarão de uma maneira que seja benéfico para todos os membros envolvidos; há aquelas que não aceitarão a situação e, por esse motivo, deprimem-se e isolam-se da sociedade; pode ocorrer das mães oscilarem entre os dois aspectos citados, sendo que, é considerado como o comportamento que mais se manifesta nessas situações.

No que tange as reações maternas, diante do diagnóstico, ocorrem sentimentos de culpa, revolta, tristeza e preocupação com os cuidados que se deve ter com a criança. No entanto, como algumas mães desconhecem a síndrome, levam em conta o que o senso comum relata sobre a anomalia e, por esse motivo, passam a ter medo e receios dos preconceitos que ela e a criança possam vivenciar com o decorrer do desenvolvimento (Eucia & Petean, 1999). Voivodic e Storer (2002) complementam que nos casos em que a mãe consegue manter uma relação afetiva saudável com a criança, favorece o aprendizado no que se refere à autonomia e independência, condições essas que proporcionam segurança para ambos.

Receber o diagnóstico da Síndrome de *Down* requer tanto da mãe, quanto do restante da família, elaborar o luto do filho idealizado e aprender a lidar com as frustrações resultantes da situação (Sunelaitis et al., 2007). Para lidar com as emoções que surgem nesse novo momento, é necessário a mediação de profissionais que tenham conhecimento científico sobre o assunto para que, assim, possam proporcionar aos pais outro viés da situação, isto é, mostrar os aspectos positivos, além dos negativos (Voivodic & Storer, 2002). Portanto, o Ministério da Saúde (2013) recomenda que os profissionais da saúde sigam os passos de algumas diretrizes para a realização da comunicação com a família, sendo elas:

- No primeiro contato com os pais e a criança, recomenda-se que o profissional da saúde os chame pelo nome e parabeneze pelo nascimento do filho;
- Os pais devem ser comunicados sobre a suspeita ou diagnóstico da síndrome somente após a análise realizada por vários membros da equipe, no que se refere aos sintomas e sinais característicos da anomalia;
- Preferencialmente, o diagnóstico deve ser dado à mãe juntamente na presença do pai ou de outro familiar;
- É importante que os pais tenham visto a criança e criado o vínculo antes de o diagnóstico ser dado, para que se evite ideias fantasiosas a respeito da situação;
- O diagnóstico deve ser dado à família em um local em que não haja interrupções;
- Quanto às responsabilidades por parte de quem informa o diagnóstico para os pais, encontram-se: transmitir as informações necessárias a respeito da síndrome para a família, explicar a respeito dos encaminhamentos e exames necessários nos cuidados da criança, mostrar para os pais, durante o exame físico, as características responsáveis pelo diagnóstico;
- Logo após o nascimento da criança, deve-se passar aos pais somente as informações necessárias para que seja possível o estabelecimento do vínculo com o bebê e possibilitar o entendimento da importância e necessidade da realização dos procedimentos solicitados pela equipe de trabalho da área da saúde.

Cabe ressaltar a importância de os profissionais da saúde relatarem a etiologia de maneira simples, comunicar que não há cura, mas que há tratamentos que possibilitam a qualidade de vida e a autonomia desse sujeito (Ministério da Saúde, 2013). Por fim, ressalta-se a importância dos cuidados a serem tomados diante da notícia do diagnóstico, tendo em vista que, esse momento já estará influenciando a mãe e a família no processo de adaptação (Sunelaitis et al., 2007).

Fundamentos da Abordagem Centrada na Pessoa

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), anteriormente chamada de Abordagem Centrada no Cliente, surgiu para propor uma nova visão de ser humano diferente do que a psicanálise e os comportamentalistas já haviam proposto. Esta abordagem segue a linha da Psicologia Humanista e iniciou-se nos anos 40, nos Estados Unidos (Santos, 2004). Carl Rogers (1902-1987), fundador desta abordagem, demonstrou interesse diante das bases filosóficas da Psicologia durante toda a sua vida profissional e, a partir das suas práticas clínicas, bem como com pesquisas científicas, desenvolveu uma psicoterapia na qual

percebia o paciente diferente do que já era conhecido, conceituando como abordagem não-diretiva na relação terapêutica (Bezerra & Bezerra, 2012; Santos, 2004).

A Abordagem Centrada no Cliente teve a sua origem dentro dos contextos universitários, nas quais estava sendo influenciada por interrogações, críticas e sugestões dos universitários, a fim de validar ou não as hipóteses teóricas e possibilitar que a teoria fosse vista como aberta e autocrítica, ao invés de dogmática (Rogers, 1997). O objetivo desta abordagem era a construção de intervenções que possibilitassem a mudança da personalidade, focando somente no individual. O termo Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) passou a ser utilizado somente em 1977 a partir da publicação do material “Sobre o Poder Pessoal”, no qual o objetivo de trabalho passou a ser na construção de intervenções nas interações sociais (Moreira, 2010).

Segundo Rogers (1997) o estímulo para a investigação e o contexto de pesquisa são consideradas como características importantes para a terapia da Abordagem Centrada na Pessoa. A psicoterapia parte do estabelecimento de hipóteses, nas quais são analisadas de maneira objetiva e aberta, por meio da comunicação com o cliente.

Para Barreto (1998) a ACP, utiliza a psicoterapia individual para abordar os problemas humanos. De acordo com Santos (2004), a existência humana é determinada por fatores externos e internos e, por esse motivo, Rogers apresentou que o ser humano possui o livre-arbítrio, bem como o poder de escolha. Barreto (1998) aponta que a Abordagem Centrada na Pessoa sofreu influência da abordagem fenomenológico-existencial entre os anos de 1950 e 1960. Rogers construiu essa teoria por meio da influência do pensamento humanista, sob o viés fenomenológico e existencial, do pensamento positivista e pragmático presente na realidade acadêmica da época, preservou o conhecimento e comprovação científica para a prática de psicoterapia. Além disso, Bezerra e Bezzera (2012) trazem que Rogers apresentou que a ciência, a terapia e outros aspectos presentes na vida, são baseados pelas experiências imediatas do indivíduo, no qual a sua comunicação ocorre somente de maneira limitada.

De acordo com Santos (2004), Rogers acreditava que o ser humano, mesmo em condições severas, teria a capacidade para criar autonomia e autodeterminação diante da situação, não se limitando ou reagindo negativamente diante do que causou. Além disso, o ser humano estaria em um processo construtivo e criativo diante da sua realidade, sendo que a motivação para isso foi caracterizada como algo próprio do indivíduo, no qual o mantém vivo, o auxilia na organização psíquica e possibilita na evolução da complexidade e autonomia.

Rogers apresentou que a terapia irá influenciar no comportamento e na personalidade do cliente, isto é, percebeu que a terapia era bem-sucedida no momento em que havia evolução interna, ou seja, a congruência no quadro clínico do cliente, podendo ser visualizada por meio da diminuição de defesas, abertura para expor suas experiências pessoais e as percepções passam a ser diferenciadas, objetivas e realistas (Barreto, 1998). Nesse sentido, o foco da Abordagem Centrada na Pessoa está na valorização das experiências subjetivas do cliente, bem como na pré-reflexão que realiza diante do seu conhecimento. Ressalta-se que não é diretiva e que a função da compreensão empática é proporcionar ao cliente elementos e/ou condições que possibilitem o desenvolvimento da sua autodireção (Santos, 2004).

Rogers inseriu em sua teoria o conceito de Consideração Positiva Incondicional, no qual caracterizou como aceitar o cliente pelo seu ser, sem fazer uso de julgamentos e, com isso, permite que o indivíduo desarme as suas defesas para ser ele mesmo no processo psicoterapêutico, isto é, demonstrando sentimentos agressivos, ambivalentes, padrões infantis e, em alguns casos, impulsos mais maduros. Com isso, percebe-se a sua preocupação diante do processo de mudança do cliente para a aceitação de si mesmo e, para que isso ocorra de uma maneira proveitosa, cabe ao terapeuta ter uma compreensão a respeito das suas qualidades e/ou atitudes (Almeida, 2009).

A Abordagem Centrada na Pessoa estimula os clientes a desenvolverem uma comunicação autêntica, na qual é caracterizada como a percepção das ideias e sentimentos do outro diante do significado que o outro dá a essa experiência. Este recurso inicia-se na relação entre terapeuta e cliente e passa a ser estendida para a interação como o meio social, no qual o cliente está inserido. Esta tendência passa a ser desenvolvida no momento em que o cliente aprende a confiar em si próprio, nos seus sentimentos e nas suas reações e, ao perceber o seu caráter único, pode tornar-se capaz de confiar nos outros. A longo prazo, os clientes percebem que é mais satisfatório interagir com os outros a partir de sentimentos reais do que viver em um ambiente dissimulado. Perceber a vida diante da liberdade de cada um, possibilita que o cliente renuncie atitudes defensivas e passe a ouvir o que o outro tem a dizer (Rogers, 1997).

Outro conceito importante que Rogers apresentou na sua teoria é a tendência à atualização, na qual permaneceu imutável durante toda a construção da sua teoria (Barreto, 1998). De acordo com Sousa (2018) o indivíduo se atualiza quando, a partir das suas experiências, cria espaços com múltiplas dimensões nos quais possibilitam a visualização da diversidade que ocorre no cotidiano. Diante das experiências subjetivas, há a possibilidade de haver a criação de significados mais amplos diferentemente do que já se conhecia dos

saberes dos ancestrais e, assim, o indivíduo abre-se inteiramente para o seu funcionamento pleno e experiencial.

A tendência atualizante atua de maneira construtiva diante da sensibilidade presente nas condições estabelecidas pelo meio externo, o que pode dificultar ou facilitar a sua expressão. A maneira pela qual as relações interpessoais ocorrem no mundo em que a criança vive, possibilita o surgimento de sentimentos de aceitação e ser amada, nos quais, para Rogers é um fator crucial para a evolução da personalidade deste indivíduo, tendo em vista que possibilita a expressão de uma tendência natural para a atualização. Ressalta-se, também, que o processo de atualização é marcado diante da capacidade que o indivíduo possui para realizar reflexões sobre suas próprias escolhas e ao ter consciência de si mesmo (Santos, 2004).

Santos (2004) relata que como um instrumento para a tendência atualizante encontra-se a diferenciação da estrutura do *self*, no qual possibilita novos olhares para a relação do indivíduo com o seu meio, no que tange a sua autonomia e complexidade. Além disso, para que se manifestem as potencialidades da atualização, a criança deve sentir que a sua subjetividade está sendo aceita, respeitada e percebe-se como merecedora do amor de quem lhe cuida. Quando esses sentimentos não são supridos, pode ocorrer uma distorção de significados e acarretar em um afastamento desses elementos que, posteriormente resultam em um conceito de não ser digno de receber amor.

As defesas criadas pelo sujeito são acompanhadas pela interiorização de valores de referência para o que é aceito ou não no ambiente desse indivíduo. Como hipótese nuclear para a tendência a atualização encontra-se o crescimento, no qual é considerado como algo natural e que impulsiona o ser humano a realizar os seus objetivos dentro da sua própria autenticidade (Santos, 2004). Holanda (1998) aponta que a tendência à atualização é um dos principais conceitos estabelecidos na proposta de Rogers, na qual baseia-se numa visão de pessoa que se inicia e finaliza o processo psicoterapêutico diante de movimentos integrativos.

Segundo Guimarães e Neto (2015), Rogers trouxe a importância de haver um ambiente favorável para a construção do *self*. Esse ambiente é responsável por proporcionar experiências positivas e auxiliar o indivíduo a ser autêntico nas suas relações, além de ter relacionamentos sem ameaças ou desafios, nos quais possam distorcer o seu *self*. É importante que haja um ambiente favorável, tendo em vista que, de acordo com Justo (1987) está relacionado a relações humanas, na qual o cliente é aceito e valorizado no seu processo psicoterapêutico. Além disso, uma das contribuições de Rogers mais significativas está na

responsabilidade que o terapeuta transfere para o seu cliente no quesito de ter a capacidade para resolver os seus problemas, divergindo do paternalismo que existia com relação a ajuda.

De acordo com Holanda (1998) a visão do indivíduo na Abordagem Centrada na Pessoa está em volta de um trabalho psicoterapêutico que aborda uma atitude em uma ação, sendo que, esta ação é responsável por originar um processo dinâmico e dialético. Cada perspectiva teórica apresenta uma noção a respeito da visão de pessoa e na de Rogers, a pessoa é vista a partir de uma natureza subjetiva, na qual apresenta um valor positivo e que revela uma potencialidade individual inerente. Nesse sentido, diz-se então, que a pessoa está em um processo de ação, uma vez que está vivenciando a autocriação e, por esse motivo, a terapia é vista como algo existencial, que determina a qualidade do encontro a partir da atitude que conselheiro e cliente terão, além da técnica, ou seja, a vivência é mais valorizada do que o pensamento.

Holanda (1998) apresenta o conceito de dialética na teoria Rogeriana, na qual a classifica como um processo de mudança, isto é, modificação para uma nova formação; de transformação que se transpõe, indo além de algo; e enxerga o indivíduo como um ser em constante desenvolvimento e crescimento. Complementa que o pensar dialeticamente está ligado a algo concreto, uma visão total, em que a realidade do indivíduo é vista por meio de uma perspectiva dinâmica, com relação à práxis.

De acordo com Rogers (1977) as tendências quanto à atuação clínica saem do contexto atual no qual apresenta a terapia como o contato verbal, sessão entre duas pessoas e o tempo estendido. Com relação ao diálogo terapêutico, Rogers e Kinget (1977) trazem que a sua importância está na compreensão da mensagem enviada de ambas as partes. No diálogo deve-se observar como ocorre a compreensão da mensagem que o terapeuta enviou ao cliente, uma vez que, este conceito está relacionado com a empatia e, a compreensão pode ocorrer a partir da interação que o terapeuta tiver com o cliente. A comunicação não verbal, expressa por olhares, gestos, posturas, entonação vocal e expressões faciais, possibilita que o terapeuta entenda melhor o seu cliente. No entanto, cabe ressaltar a importância de o terapeuta ser autêntico, uma vez que irá expressar, também, de maneira não verbal os seus verdadeiros sentimentos, bem como atitudes.

No que tange ao tempo para as sessões, há resultados empíricos que demonstram a eficácia do atendimento com o horário predeterminado. Diante da questão da autopercepção, um dos objetivos da terapia é possibilitar que o cliente seja consciente das vivências do seu organismo, o que possibilita o contato pleno consigo mesmo. No que se refere à terapia com grupos, esta abordagem permite que haja novas habilidades terapêuticas e abranja um

número maior de pessoas, além de possibilitar a mobilização dos recursos internos de cada cliente (Rogers, 1977).

Segundo Fontgalland e Moreira (2012) e Barreto (1998) há três atitudes consideradas como fundamentais na relação entre o terapeuta e cliente para que possa ocorrer uma mudança construtiva, sendo elas: aceitação, congruência e empatia. A aceitação positiva incondicional, caracterizada como a consideração que o terapeuta desenvolve pelo cliente, digna de respeito, confiança e valorização da sua subjetividade, bem como a capacidade de atualização. Para que isso ocorra, faz-se necessário que o terapeuta aceite a si mesmo, para que saiba lidar com possíveis imprevistos que possam emergir no decorrer das sessões (Fontgalland & Moreira, 2012; Barreto, 1998). Rogers apresenta o conceito de congruência como uma maneira de agir verdadeiramente, isto é, sem o uso de máscaras, bem como demonstrar para o cliente o que realmente está sentindo, além de não tentar fazer mais do que pode na situação, tendo em vista que isso auxilia no processo de crescimento. A congruência dependerá exclusivamente da aceitação devido ao fato de que a partir da maneira pela qual o terapeuta enxerga a experiência do cliente, poderá se esquivar ou aceitar a situação (Fontgalland & Moreira, 2012). Portanto, a congruência pode ser descrita como o que o terapeuta experencia de determinada situação e o que irá comunicar ao cliente (Moreira, 2010). A empatia tornou-se uma das atitudes facilitadoras pelo fato da importância de o terapeuta ter compreensão empática pelo seu cliente, ou seja, a partir da perspectiva do terapeuta, busca-se compreender como é o mundo do cliente e, é comunicado os sentimentos, bem como os significados que foram percebidos por meio dos relatos (Fontgalland & Moreira, 2012; Moreira, 2010; Barreto, 1998).

Bezerra e Bezerra (2012) trazem que durante o processo psicoterapêutico, o terapeuta atua como um participante além de ser observador para que, assim, tanto os sentimentos quanto os conhecimentos possam se fundir, a partir de uma experiência, ao invés de ser algo meramente analisado. O terapeuta irá atuar como observador nos casos em que acredita ser pertinente ordenar o processo psicoterápico sendo que, para isso, utiliza-se de métodos científicos e a valorização da subjetividade. Santos (2004) aponta que na Abordagem Centrada na Pessoa, o cliente é considerado como um ser livre, no qual pode reagir diante de situações que tentam ausentar a sua individualidade, bem como afetam a sua autodeterminação. Nesse sentido, a terapia auxilia na criação de estratégias que possibilitam a livre expressão e que possam dissolver os obstáculos que estejam prejudicando a evolução do indivíduo, além de causar um desajustamento social e desequilíbrio psicológico.

A partir das experiências vividas na clínica, os clientes passam a perceber os seus sentimentos diante dos membros da família e/ ou outras pessoas de uma maneira mais plena,

isto é, durante a terapia, o cliente aprende a se tornar mais autêntico e retirar as máscaras construídas com o passar dos anos. Além disso, a terapia pode auxiliar o cliente a romper um ciclo vicioso, ou seja, ao aprender a extravasar e reconhecer as emoções, evita-se situações em que emoções negativas se manifestem de maneira explosiva e possibilita a compreensão dos sentimentos desencadeados em cada momento (Rogers, 1997).

Para Rogers, a subjetividade humana se desenvolve a partir de um processo contínuo diante das relações que o indivíduo estabelece com o seu mundo interior e com o convívio no mundo exterior. Acreditava, também, que o cliente é capaz de ter a sua liberdade e, para isso torna-se cauteloso consigo próprio em decorrência das opções existenciais que lhe surgem (Bezerra & Bezerra, 2012). Santos (2004) complementa que o terapeuta deve ser autêntico durante o processo psicoterapêutico, valorizando as experiências do seu cliente, além da capacidade que o mesmo possui de superar as suas adversidades, para que assim, consiga almejar a sua liberdade.

Morato (1987) relata que diante das práticas clínicas, Rogers percebeu que o indivíduo é responsável pela sua própria realidade e pelo significado que dá a sua liberdade, bem como a sua autocompreensão. Com isso, Rogers modificou a visão sobre causa e efeito, propondo que os indivíduos realizam as suas escolhas subjetivas a partir dos seus próprios interesses. Não desenvolveu técnicas específicas para auxiliar no processo do paciente, devido ao fato de acreditar que a ajuda que o cliente necessita, inicia-se a partir do contato do profissional, juntamente com um conjunto de conhecimentos e habilidades que o mesmo possui, para que assim o terapeuta haja como um conselheiro e não como um especialista. Ressaltou que a maneira pela qual o conselheiro/terapeuta irá se relacionar com o cliente, irá determinar o processo de crescimento de ambos. Para Rogers e Kinget (1977) a relação entre terapeuta e cliente deve ser semelhante à de amigos, ou seja, a vinculação depende da qualidade da interação sendo que, se não são positivas, tende a ocorrer o afastamento, bem como a perda de significação. Portanto, na relação terapêutica, cliente e terapeuta devem perceber qualidades, além de sentirem-se confortáveis e abertos à mudança.

No que se refere à função do conselheiro na terapia, Rogers (1974) apresenta que irá utilizar um conjunto de métodos e técnicas coerentes para o processo evolutivo do cliente. Além disso, é fundamental que o método utilizado seja coerente com as próprias atitudes do conselheiro, isto é, atitudes que facilitam o êxito da terapia e evolução do cliente. A importância de se utilizar métodos e técnicas coerentes se deve ao fato de que o cliente busca a terapia com o intuito de ter condições para adquirir a autorrealização e, para que isso ocorra de maneira satisfatória, a presença ativa e real do conselheiro irá influenciar durante o

processo, uma vez que, há momentos de instabilidade, confrontos com erros cometidos, além das mudanças de rumos.

Apesar de não haver técnicas na linha de Rogers, o terapeuta tem como função se esforçar para conduzir as sessões não como especialista, mas como pessoa. Nesse sentido, é essencial ser colocado em prática ao invés de conhecimentos e habilidades especiais, atitudes e concepções que sejam fundamentais ao ser humano. Porém, não é o suficiente apresentar as atitudes requeridas, é necessário que o terapeuta consiga demonstrá-las de uma maneira que seja eficiente para a situação, ou seja, comunicando o que for pertinente ao cliente. Além disso, as atitudes verdadeiras continuam se manifestando e é importante haver a compreensão da mensagem que quer ser comunicada para que não ocorra de maneira ambígua ou inadequada e, por esse motivo, o terapeuta deve seguir as exigências que emergem nas situações (Rogers & Kinget, 1977).

Rogers construiu a sua teoria em torno da noção de centralidade, na qual enxergava o indivíduo como subjetivo, livre e unitário, tendo sempre a oportunidade de atualização diante dos contextos em que está interagindo. Ou seja, a Abordagem Centrada na Pessoa é uma teoria proposta com o foco voltado para a própria vida, dando ao indivíduo a responsabilidade por assumir suas próprias escolhas e lidar com as consequências. Portanto, ressalta-se que a ACP foi constituída sob um corpo teórico, com a possibilidade de atualização, uma vez que é considerada como uma abordagem singular e que pode ser utilizada em diferentes contextos na relação de ajuda para o cliente (Bezerra & Bezerra, 2012).

MÉTODO

Delineamento

Optou-se por utilizar o delineamento qualitativo tendo em vista a possibilidade que o investigador possui para coletar dados e compreender a situação sob o viés do indivíduo estudado, portanto, o foco do estudo foi definido a partir das informações que forem coletadas (Godoy, 1995). Nesse sentido, esta pesquisa possibilita a expressão da subjetividade, bem como a múltiplas interpretações (Chueke & Lima, 2012).

Utilizou-se, também, a pesquisa exploratória, tendo em vista que por meio da modificação de conceitos e o seu esclarecimento, possibilita o aprimoramento das ideias do instigador e a familiaridade diante do problema de pesquisa. Por fim, a pesquisa foi de cunho descritivo, na qual, Gil (2002) relata a possibilidade de o investigador descrever as variáveis sobre determinado assunto.

Fonte

Como fonte, utilizou-se o artefato cultural “Uma página por dia”. Este documentário foi dividido em quatro episódios nomeados como: notícia, cuidados, preconceito e superação, e por meio dos relatos de quatro mães, pode-se observar e analisar como é a vida de um indivíduo com Síndrome de *Down*, bem como as mudanças que ocorreram na vida dessas mães. O documentário foi realizado por Castro e Costa (2017) como um trabalho de conclusão do curso de jornalismo da Faculdade de Comunicação da Universidade de Brasília (UnB). Cada episódio tem duração de 07:31min e apresentam relatos das mães, além de mostrar os indivíduos com síndrome de *Down* em atividades cotidianas.

Instrumentos

Para contemplar o objetivo geral, foi construída uma tabela que, de acordo com Laville e Dionne (1999) tem como função demonstrar, resumidamente, a conclusão do estudo e a relação das variáveis encontradas.

Tabela 1

Aspectos observados no documentário

Número da cena	Descrição breve da cena	Aspectos observados
		Características presentes na Síndrome de <i>Down</i>

Reações maternas diante do
nascimento de um filho com
Síndrome de *Down*
Considerações da Abordagem
Centrada na Pessoa

Fonte: a autora, 2021.

Procedimentos

No que se refere aos procedimentos utilizados em uma pesquisa, Gil (2002) traz que é a descrição dos conteúdos nos quais serão analisados durante o estudo. Nesse sentido, a pesquisa ocorreu da seguinte maneira:

- Visualização do artefato cultural

Após a escolha do artefato cultural, visualizou-se e separou-se cenas que estivessem de acordo com os objetivos proposto para este trabalho de pesquisa.

- Leitura e seleção de dados

Os dados foram selecionados por meio da visualização dos episódios para, posteriormente, escolher as cenas que estivessem de acordo com os objetivos propostos. Após a escolha das cenas, foram descritas, categorizadas e, por fim, realizou-se a análise de todo o conteúdo.

- Organização e codificação de dados

Os dados encontrados foram organizados e codificados a partir do número da cena estipulada no artefato cultural, a sua descrição e os fatores que foram analisados e observados em cada uma.

- Análise dos dados

A análise dos dados se deu a partir da análise de conteúdo do artefato cultural escolhido e, para isso, utilizou-se a estratégia de emparelhamento, seguindo o modelo misto proposto por Laville e Dionne (1999).

Referencial de Análise

A análise de conteúdo proposta de Laville e Dionne (1999) foi realizada a partir do documentário “Uma página por dia”. Essa análise tem como objetivo proporcionar que o investigador organize as informações coletadas a partir das explicações sobre os fenômenos sociais.

Pretendeu-se utilizar um modelo misto que, de acordo com Laville e Dionne (1999) as categorias são definidas a priori, embasadas no contexto teórico, porém pode ser mutável

e não haver limitação de elementos predeterminados. Isto é, no decorrer da pesquisa pode emergir elementos que possibilitem a alteração, eliminação ou surgimento de novas categorias. Essa estratégia possibilita a exploração de dados, as relações entre eles e a elaboração de categorias que possam responder os objetivos estipulados na pesquisa. Além disso, foi utilizada a estratégia de emparelhamento na qual tem por objetivo relacionar as informações que foram investigadas a partir de um modelo teórico com a finalidade de compará-los.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atingir os objetivos propostos, utilizou-se o artefato cultural “Uma página por dia” e, a partir da visualização do documentário foi possível selecionar 22 cenas que possibilitassem o desenvolvimento dos resultados para este estudo. Com a seleção das cenas, criou-se três categorias que, juntamente com as unidades de análise que são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2

Categorias, Unidades de Análise e Cenas Correspondentes

Categorias	Unidades de Análise	Cenas	
1- Reações maternas e seus impactos	Recebimento da notícia	Cena 01 (00:43min- 00:52min)	
		Cena 02 (01:38min- 02:05min)	
		Cena 03 (02:31min- 02:50min)	
		Cena 04 (02:58min- 03:18min)	
	Negação	Cena 02 (01:38min- 02:05min)	
		Cena 05 (03:20min- 03:31min)	
	Choque/Incerteza	Cena 04 (02:58min- 03:18min)	
		Cena 06 (03:38min- 03:55min)	
		Cena 07 (04:00min- 04:09min)	
	Rejeição	Cena 08 (05:47min- 05:58min)	
		Angústia	Cena 09 (05:05min- 05:25min)
	2- Novas experiências vivenciadas pelas mães de filhos com Síndrome de <i>Down</i>	Estímulos	Cena 11 (00:42min- 01:42min)
		Mudança no sistema familiar	Cena 10 (03:47min- 04:18min)
Preconceito			Cena 12 (03:33min- 03:52min)
		Cena 13 (03:54min- 04:01min)	

3- Abordagem Centrada na Pessoa	Tendência a atualização	Cena 14 (02:39min- 02:54min)
		Cena 15 (02:56min- 03:12min)
		Cena 17 (04:33min- 04:48min)
		Cena 22 (02:23min- 02:33min)
	Consideração positiva incondicional	Cena 16 (03:31min- 03:40min)
		Cena 18 (05:38min- 05:46min)
		Cena 20 (06:33min- 06:46min)
		Cena 21 (05:57min- 06:02min)
	Congruência	Cena 19 (04:50min- 05:10min)

Fonte: a autora, 2021.

Categoria 1- Reações maternas e seus impactos

Na categoria 1 foi possível identificar como unidades de análise: “Recebimento da Notícia”, “Negação”, “Choque/Incerteza”, “Rejeição” e “Angústia”. Diante disso, as unidades de análise e respectivas cenas são apresentadas na tabela 3.

Tabela 3.

Categoria 1- Reações maternas e seus impactos

Cenas	Unidades de Análise
Cena 01: Tatiana (T)- “Eu fiquei sabendo que o Augusto tinha Síndrome de <i>Down</i> três dias depois que ele nasceu. Meu marido, foi avisado no primeiro dia do hospital pela pediatra do berçário.”	Recebimento da notícia
Cena 03: Maria (M)- “E eu soube da notícia da Valentina já na primeira morfológica, 13ª semana de gestação sempre pede para a gente fazer, né, um teste da morfologia. E ao fazer esse exame, o médico já foi me falando que ela teria 94, eu acho que era, 94 % de chances de vir com a Síndrome de <i>Down</i> ”.	Recebimento da notícia

Cena 02: Edvânia (E)- “E quando ela nasceu, que o médico pegou ela e o pediatra veio, ai ele me perguntou “em alguma ultrassonografia dizia que ela tinha a Síndrome de *Down*?” e eu falei assim: “não”. E eu olhei Geovanna, achei ela normal, né!? Quando foi logo pela manhã, as enfermeiras, as médicas, vieram né, me comunicar que realmente fizeram todas as medidas e todas as características deu para Síndrome de *Down*”.

Cena 05: M- “Na hora eu falei “não, tranquilo, não tem problema nenhum, vai ser bem aceita do mesmo jeito”. Mas ao retornar da clínica, até em casa, eu senti assim... não foi muito fácil não”.

Cena 04: Edilsa da Silva (ES)- “Foi um choque muito grande, porque a maneira que o médico me abordou...Eu estava recebendo alta, a gente já estava prontos para sair e o médico entrou de repente e foi me dando a notícia que meu filho tinha Síndrome de *Down*, que não sei o que, que não sei o que lá, que não sei o que lá. E eu fiquei assim... sem entender. Eu não sabia nem o que era isso”.

Cena 06: ES- “E deu os piores diagnósticos, sentenças para a vida do meu filho. “Oh, não vai viver muito, no máximo vai chegar a 18 anos e que não sei o que lá” e foi falando, dando aquele tanto de informação e eu, uma mãe saindo do pós-parto, né, eu sai bombardeada”.

Recebimento da notícia/Negação

Negação

Recebimento da notícia/Choque

Incerteza

Choque/Incerteza

Cena 07: E- “Então eu entrei numa depressão, chorava muito, não queria é, meio que eu rejeitava a Geovana em todas as hipóteses e a minha mãe cuidando da minha filha”.

Rejeição

Cena 08: T- “Porque eu falava: “meu Deus, será que eu vou ter força, né, será que eu vou conseguir?” Tinha... aí eu ainda me emociono, porque tinha dia que foi muito difícil. Eu falava: “eu não vou dar conta”.

Angústia

Fonte: a autora, 2021.

No decorrer da evolução do ser humano diversas crenças foram surgindo e se mantendo, sendo uma delas a obrigatoriedade de a mulher tornar-se mãe. Considera-se como gestação bem-sucedida aquela em que nasce a criança idealizada a partir dos padrões que prevalecem em cada cultura e, com isso, propicia na mulher sentimentos de potência, além de competência na tarefa de procriar (Milbrath, Cecagno, Soares, Amestoy & Siqueira, 2008). A maternidade, por ser uma experiência mobilizadora, exerce a função de iniciar uma nova fase na vida da mulher e da sua família. No que se refere a maternidade e a sociedade, sua explicação ocorrerá conforme a época, questões políticas, sociológicas, psicológicas e culturais, sendo que todos esses aspectos apresentam em comum a concepção de um novo estágio da vida, o qual emerge na mulher diferentes expectativas, fantasias, reações e sentimentos. Essa transição do ciclo vital envolve mudanças na questão de identidade, papéis e funções (Kunst, Machado & Ribeiro, 2010).

O documentário foi realizado no ano de 2017. Edilsa, Edvânia, Maria e Tatiana são quatro mães brasileiras que contam as suas experiências a partir da chegada dos filhos com a Síndrome de *Down*, bem como a maneira pela qual lidaram com a notícia e com as situações que foram surgindo durante a vivência com o novo bebê. Edilsa, é mãe do Bruno de 31 anos; Edvânia é a mãe da Geovanna de 06 anos e da Gabriela de 17 anos; Maria é a mãe da Valentina, Emanuele, Rafaela, Maria Laura, Mônica, Victor Hugo, Bárbara, Elizabete, Débora e outros 3 falecidos que não foram citados os nomes; Tatiana é mãe do Augusto de 16 anos e do Guilherme de 13 anos. Das quatro mães, somente a Edilsa não mostrou e nem comentou nada a respeito de ser casada, já as outras mães mostraram os seus companheiros durante a apresentação do documentário, bem como os seus outros filhos.

A falta de preparo e informações a respeito da chegada de um bebê com deficiência pode acarretar em sentimentos de piedade, rejeição e superproteção, as quais interferem na formação de vínculo entre mãe e bebê, além de prejudicar o desenvolvimento da criança. Sendo facilmente diagnosticada após o nascimento devido as características peculiares que possui, a Síndrome de *Down* é considerada a deficiência mental mais comum e, os pais são informados sobre a situação, normalmente, somente no momento em que a criança nasce (Cunha et al., 2010). Tatiana na cena 01, Edvânia na cena 02 e Edilsa na cena 04 receberam a notícia após o parto. No entanto, conforme foram sendo realizadas pesquisas e estudos a respeito do tema, durante a gestação o médico pode solicitar para a mãe realizar exames específicos do cariótipo, a fim de averiguar se a suspeita da síndrome é fidedigna ou não (Cunha et al., 2010). Além disso, ao receber a notícia, o casal, mais específico a mãe, não se sente autorizada para chorar e demonstrar a dor que sente pela perda do filho idealizado (Aves, 2012). Como mostra a cena 03, Maria, mãe da Valentina, recebeu o diagnóstico na 13ª semana de gestação e, de início não se permitiu sofrer na frente do profissional que lhe comunicou sobre a síndrome.

A lamentação é vista como o primeiro passo para a tomada de consciência da deficiência e pode ser manifestada por meio de decepção, descrença e lágrimas (Buscaglia, 1993). No caso da rejeição diante síndrome, pode ser definida por diferentes fatores: o não planejamento de um filho com deficiência, como a informação é recebida pela mãe, como é apresentada pelo profissional da área da saúde e a maneira pela qual ele se comunica diante da situação. Quando a notícia é dada de maneira objetiva, isto é, inadequada para o momento, o sofrimento da mãe pós-parto é ampliado e, como consequência a rejeição pelo filho aumenta (Cunha et al., 2010). A maneira inadequada de fornecer o diagnóstico foi percebida na cena 02: (E)- “E quando ela nasceu, que o médico pegou ela e o pediatra veio, ai ele me perguntou “em alguma ultrassonografia dizia que ela tinha a Síndrome de *Down*?” e eu falei assim: “não”. E eu olhei Geovanna, achei ela normal, né!? Quando foi logo pela manhã, as enfermeiras, as médicas, vieram né, me comunicar que realmente fizeram todas as medidas e todas as características deu para Síndrome de *Down*”; e na cena 04: (ES)- “Eu estava recebendo alta, a gente já estava prontos para sair e o médico entrou de repente e foi me dando a notícia que meu filho tinha Síndrome de *Down*, que não sei o que, que não sei o que lá, que não sei o que lá. E eu fiquei assim... sem entender. Eu não sabia nem o que era isso”.

Algumas mães demonstrarão, frente ao diagnóstico, medos, incertezas e inseguranças de como será essa nova etapa da vida (Buscaglia, 1993). Como mostra a cena 06 Edilsa demonstrou de início o choque com a notícia recebida; a Edvânia, na cena 07 mencionou a rejeição; já na cena 08, Tatiana apresentou sentimentos de angústia. Outras serão o oposto,

isto é, demonstrarão alegria e bem-estar para provar ao seu meio de convívio que estão preparadas para lidar com essa situação e amam o seu filho independentemente da sua condição. Porém, com esse comportamento, a mãe tentará manter a dor sob controle, deixando as lágrimas somente para os momentos em que estiver sozinha e tentará esconder todo o sofrimento que sente com relação ao diagnóstico (Buscaglia, 1993). Maria, na cena 05, procurou demonstrar alegria na frente do profissional que a comunicou sobre o diagnóstico da Valentina e se permitiu sentir o sofrimento, somente quando saiu da clínica.

Na gestação, os pais criam sonhos, expectativas para aquele ser que está a caminho, isto é, imaginam que o seu filho possa ter as qualidades que mais admiram e quando a criança nasce com alguma deficiência, os pais entram em um processo de luto para lidar com a frustração das expectativas não almeçadas (Bueno, Monteiro & Souza, 2011). Prado (em Bueno et al., 2011) aponta os estágios mais comuns que os pais vivenciam com a chegada de um filho deficiente, sendo eles: há a vivência traumática, denominada de choque; nega-se a realidade, demonstrando assim a descrença; emergem sentimentos de ansiedade, raiva e tristeza; inicia-se a reorganização e o equilíbrio emocional e familiar. Nessa situação, além da mãe vivenciar as mudanças normais da nova etapa, ainda se depara com o luto da perda do filho idealizado, bem como precisa aprender a lidar com sentimentos emergentes de que o recém chegado é um estranho ou um impostor. Cabe a mãe, expressar o medo e a angústia por meio da verbalização, sentimentos e pensamentos, para que assim, consiga trabalhar com essa dor, dando a possibilidade de ocorrer a resignificação da situação e estabelecer uma relação satisfatória com o seu filho (Kunst et al., 2010). Na cena 04 Edilsa apresentou o choque e a incerteza pelo seguinte relato: “e eu fiquei assim... sem entender. Eu não sabia nem o que era isso”. Já na cena 06 ficou nítido o sentimento de choque pela fala: ES- “E deu os piores diagnósticos, sentenças para a vida do meu filho. “Oh, não vai viver muito, no máximo vai chegar a 18 anos e que não sei o que lá” e foi falando, dando aquele tanto de informação e eu, uma mãe saindo do pós-parto, né, eu sai bombardeada”.

Levando em conta esse aspecto, entende-se o porquê de haver estudos a respeito da vinculação entre mãe e bebê quando há a presença de uma deficiência que só é comunicada, muitas vezes, após o nascimento e o processo de luto que ocorre com relação a notícia, principalmente, quando chega inesperadamente (Filho et al., 2017). No momento em que o profissional for dar a notícia para os pais, é importante levar em conta a desorganização emocional que possam experimentar durante os estágios de choque e negação e, por esse motivo, devem ser ressaltados os aspectos normais dessa criança, bem como repetir diversas vezes a evolução do quadro clínico e das condições que são esperadas diante da síndrome (Cunha et al., 2010). Nesse sentido, vale complementar o caso da Edilsa, no qual percebeu-

se na cena 06 que o profissional que lhe deu o diagnóstico não levou em conta os impactos que a notícia poderia causar, uma vez que o relato foi o seguinte: “e deu os piores diagnósticos, sentenças para a vida do meu filho. “Oh, não vai viver muito, no máximo vai chegar a 18 anos e que não sei o que lá” e foi falando, dando aquele tanto de informação e eu, uma mãe saindo do pós-parto, né, eu sai bombardeada”.

O nascimento de uma criança com alguma deficiência gera na mãe sentimentos de frustração e negação por não ter conseguido almejar o seu desejo e, compete à família auxiliar, nesse momento difícil, uma vez que emergem sentimentos ambíguos diante do novo familiar (Milbrath et al., 2008). A questão da negação pode ser percebida na fala da Edvânia na Cena 02, ou seja, “e quando ela nasceu, que o médico pegou ela e o pediatra veio, ai ele me perguntou “em alguma ultrassonografia dizia que ela tinha a Síndrome de *Down*?” e eu falei assim: “não”. E eu olhei Geovanna, achei ela normal, né!?” e na fala da Maria na cena 05, em que relata: “Na hora eu falei “não, tranquilo, não tem problema nenhum, vai ser bem aceita do mesmo jeito”. Mas ao retornar da clínica, até em casa, eu senti assim... não foi muito fácil não”.

Logo que a criança nasce, os pais e em específico, as mães, estabelecem o vínculo a partir de palavras, gestos e olhares, para possibilitar que os seus desejos sejam alcançados. Porém, no caso de uma criança com deficiência, há a dificuldade de encontrar algo que se assemelhe com as representações elaboradas na gestação (Goés, 2006). No nascimento de uma criança deficiente, morre a expectativa que os pais possuíam do filho idealizado e, por esse motivo, inicia-se um processo de luto caracterizado por sentimento de frustração, medo, tristeza e vergonha (Alves, 2012). Perceber que o bebê esperado é diferente do real, ou seja, da imagem idealizada, provoca na mãe respostas de negação e dificuldades na aceitação, que podem refletir não somente na vinculação, como também nos cuidados negados à essa criança (Goés, 2006). Das quatro mães, a que ficou mais evidente o fato da dificuldade em aceitar o diagnóstico, ou seja, a que nomeou a rejeição, foi a Edvânia na cena 07, tendo em vista que chorava constantemente e procurou evitar o contato com a Geovanna, enquanto estava no processo inicial do luto. Além disso, enquanto a Edvânia estava enfrentando o processo de luto, rejeitando a Geovanna, sua mãe assumiu o papel para cuidar da neta.

Durante o desenvolvimento da criança com deficiência, os pais passam por diversas situações de rejeição, angústias e aceitação com relação ao seu filho, até que seja elaborado psicologicamente que as expectativas não serão supridas (Goés, 2006). A chegada de uma criança com deficiência na família é vista como um acontecimento repentino, no qual não há a possibilidade de se preparar emocionalmente e resulta em sentimentos de confusão, desespero, lágrimas e medo. Inicia-se, então, uma mudança radical na vida de todos os

envolvidos, sendo cercada de mistérios, problemas especiais e, muitas vezes, carece do aconselhamento psicológico para aliviar as fantasias que surgem (Buscaglia, 1993). Na cena 08 foi possível perceber a dificuldade no preparo emocional para lidar com essa situação, a partir da seguinte fala: T- “porque eu falava: “meu Deus, será que eu vou ter força, né, será que eu vou conseguir?” Tinha... aí eu ainda me emociono, porque tinha dia que foi muito difícil. Eu falava: “eu não vou dar conta”.

Categoria 2- Novas experiências vivenciadas pelas mães de filhos com Síndrome de *Down*

Na categoria 2 foi possível identificar como unidades de análise: “Estímulos”, “Mudança no sistema familiar” e “Preconceito”. Diante disso, as unidades de análise e respectivas cenas são apresentadas na tabela 4.

Tabela 4.

Categoria 2- Novas experiências vivenciadas pelas mães de filhos com Síndrome de Down

Cenas	Unidades de Análise
Cena 09: M- “Eles nos orientam atividade que a gente possa fazer com ela em casa, né, todos os dias. É indicado que faça todos os dias. Tire um tempo ali para que trabalhe com ela as formas certas para que ela chegue a fazer um processo normal, como qualquer criança faz, né. E lá, ela só receberá alta, quando ela começar a andar e andar de forma correta”.	Estímulos
Cena 11: E- Quando a Geovanna nasceu tudo era muito recente. Tudo era ainda muito oculto. Então, o processo pra mim já foi mais árduo. Aí, tudo que me falavam, as pessoas que tinham crianças com síndrome, não só a Síndrome de <i>Down</i> . Me falavam: “Edvânia, faz a inscrição da Geovanna em tal lugar, faz a inscrição para terapia tal”. É, tudo era terapia. Aí eu fiz por último, Geovanna, aos oito meses eu fiz na ecoterapia. E ela foi chamada assim, pra	Estímulos

mim foi uma vitória, porque todas as pessoas que eu estava convivendo, já estavam na ecoterapia, mas pagando e eu não tinha condições. Eu vi, realmente, que a ecoterapia, era a parte mais, assim, perfeita para a Geovanna. Ia trabalhar, assim, tudo que ela precisava naquele momento”.

Cena 10: T- “É uma agenda apertada. Tanto que eu tenho horário especial no trabalho, também por causa disso. Porque ele tem a escolinha dele agora que é no turno da manhã. É, terça e quinta tem natação, judô. E já não é mais aula de natação, nem aula de judô, é treino. Então ele nada 1500 metros toda terça e quinta, é exaustivo, é cansativo”.

Mudança no sistema familiar

Cena 12: E- “O que eu queria, era tirar Geovanna de dentro da escola e levar ela pra um hospital, porque eu não sabia a gravidade. Chegou lá, a médica, né, que examinou ela, detectou que ela tinha sido agredida, né, tinha sido mordida, tinha sido pisada e aquilo me deu um choque”.

Preconceito

Cena 13: T- “Aí é que o bicho pega. Ninguém convida ele para festa de 15 anos, ninguém convida ele para dormir em casa”.

Preconceito

Fonte: a autora, 2021.

Ao finalizar o processo de luto do filho idealizado, os pais iniciam um processo para a estimulação da criança com a Síndrome de *Down*, sendo que nele envolve atividades que promovam a superação e o desenvolvimento das potencialidades, além do aprendizado biopsicossocial (Pires, Bonfim & Bianchi, 2007). A criança com deficiência é inserida em tratamentos de reabilitação com o intuito de diminuir os sintomas decorrentes dos seus déficits e, para isso, recebe o atendimento de diversos profissionais, os quais tem como

principal função trabalhar na reabilitação da criança e manter o vínculo com os pais para que as atividades possam ser realizadas, também, no ambiente familiar. Nos casos em que a criança já nasce com alguma deficiência, ela e sua família já são inseridas em ambientes ligados à saúde e educação com o intuito de receberem as orientações para os cuidados necessários (Lopes, Kato & Corrêa, 2002).

Na cena 09 foi possível perceber que na prática realmente ocorre a orientação dos profissionais para que a família auxilie no desenvolvimento da criança. Nota-se pelo seguinte relato: M- “eles nos orientam atividade que a gente possa fazer com ela em casa, né, todos os dias. É indicado que faça todos os dias. Tire um tempo ali para que trabalhe com ela as formas certas para que ela chegue a fazer um processo normal, como qualquer criança faz, né. E lá, ela só receberá alta, quando ela começar a andar e andar de forma correta”.

Os aprendizados com relação aos cuidados e educação serão baseados no instinto e na experimentação, sendo que, as mães estarão constantemente apresentando preocupações, além de se sentirem incapazes de responder a toda demanda. Os sentimentos terão que ser controlados da melhor maneira possível para possibilitar toda a assistência que o filho irá precisar. Ressalta-se que os pais de criança com deficiência não estão mais preparados do que os outros para lidar com as adaptações e exigências originadas em cada fase do desenvolvimento infantil. Porém, sentem a cobrança para lidar com a situação tendo pouca ou nenhuma orientação, além de terem que enfrentar sozinhos os sentimentos confusos que sentem com relação ao seu filho (Buscaglia, 1993). Cabe ao profissional apresentar para os pais a importância de haver as adaptações adequadas, como no caso da alimentação e higiene, além de proporcionar intervenções que atuem como estímulos para corrigir e controlar os sintomas da patologia. Além disso, como a criança é um membro do sistema familiar, o profissional deve elaborar intervenções que proporcionem o bem-estar tanto do paciente, quanto da sua família, uma vez que ambos interagem dentro de um mesmo sistema (Lopes et al., 2002).

O ambiente em que a criança está inserida, ou seja, o sistema familiar, exerce o papel de inibir ou impulsionar o desenvolvimento infantil. Na família, são ensinados crenças, hábitos, culturas, papéis, nos quais serão especificados para desempenhar no dia a dia e, com isso, se manifestarão no macrossistema, ou seja, na convivência com a sociedade (Silva & Dessen, 2007). Os pais, juntamente com os especialistas, realizarão atividades que possibilitem a reabilitação e adaptação da criança no contexto em que está inserida. A vivência familiar dita como normal e o bem-estar da criança serão influenciadas por algumas atitudes dos pais, sendo elas: aceitação incondicional, demonstrações de afeto e amor,

perseverança, paciência, disciplina, bem como os esforços para se adequarem à nova realidade (Lopes et al., 2002).

No caso da cena 11, a Edvânia aprendeu os cuidados na experimentação e seguindo o conselho de pais que estavam vivenciando a mesma situação. Além disso, a mãe estava empenhada, com paciência e perseverança para inserir a filha em algum contexto de aprendizado e estímulos para auxiliar no seu desenvolvimento. Percebeu-se a partir do seguinte relato: “E- Quando a Geovanna nasceu tudo era muito recente. Tudo era ainda muito oculto. Então, o processo pra mim já foi mais árduo. Aí, tudo que me falavam, as pessoas que tinham crianças com síndrome, não só a Síndrome de *Down*. Me falavam: “Edvânia, faz a inscrição da Geovanna em tal lugar, faz a inscrição para terapia tal”. É, tudo era terapia. Aí eu fiz por último, Geovanna, aos oito meses eu fiz na ecoterapia. E ela foi chamada assim, pra mim foi uma vitória, porque todas as pessoas que eu estava convivendo, já estavam na ecoterapia, mas pagando e eu não tinha condições. Eu vi, realmente, que a ecoterapia, era a parte mais, assim, perfeita para a Geovanna. Ia trabalhar, assim, tudo que ela precisava naquele momento”.

A família tende a criar estratégias que possibilitem a adaptação à nova realidade, além de se reorganizar e reconstruir a sua identidade para a inserção do filho com deficiência no sistema. É na interação com o sistema familiar que a criança aprenderá a desenvolver seu *self*, isto é, a se individualizar e reconhecer-se como único (Ramos, Caetano, Soares & Rolim, 2006). Com relação aos déficits motores da criança com a Síndrome de *Down*, há a preocupação para que seja feito um desenvolvimento adequado no qual não venha a interferir no futuro da criança (Silva & Dessen, 2007).

A dinâmica familiar está interligada com o desenvolvimento infantil havendo ou não a presença de alguma deficiência, tendo em vista que a sobrecarga, a depressão e outras manifestações emocionais dos pais irão repercutir no funcionamento e relacionamento de todo o sistema (Silva & Dessen, 2006). O olhar que a criança receberá dos seus familiares irá influenciar no seu desenvolvimento, isto é, se a família perceber a criança além das limitações decorrentes da deficiência, poderão realizar um trabalho focando nas potencialidades e favorecer um desenvolvimento saudável (Oliveira et al., 2020).

No processo de adaptação, torna-se essencial a construção do vínculo com a criança, uma vez que servirá como um facilitador para lidar com os desafios além de possibilitar o encorajamento do filho na vivência do mundo, com segurança (Oliveira et al., 2020). Dentre as mudanças que a família terá que se adaptar no sistema familiar encontram-se: modificação dos projetos almejados para o filho, incertezas e instabilidade na dinâmica familiar,

modificação na rotina, oscilação emocional diante dos desafios e limitações quanto a acessibilidade dos serviços de saúde (Oliveira et al., 2020).

Na cena 10, Tatiana aponta como a sua rotina se modificou e adaptou-se para oferecer os melhores cuidados para o Augusto, ou seja, “é uma agenda apertada. Tanto que eu tenho horário especial no trabalho, também por causa disso. Porque ele tem a escolinha dele agora que é no turno da manhã. É, terça e quinta tem natação, judô. E já não é mais aula de natação, nem aula de judô, é treino. Então ele nada 1500 metros toda terça e quinta, é exaustivo, é cansativo”. Apesar de não ficar nítido para quem é exaustivo e cansativo essa rotina, pode-se hipotetizar que seja para os dois, isto é, para o Augusto que está constantemente envolvido em atividades que requerem energia física e para a mãe que concilia o trabalho para se fazer presente em todos os estímulos necessários para o desenvolvimento do filho. Além disso, essa fala demonstra que o vínculo entre ambos foi estabelecido e que há o incentivo por parte da mãe para o filho realizar as atividades.

Saindo do sistema familiar e partindo para o macrosistema, utiliza-se o conceito de inclusão para se referir ao respeito pelas limitações e diferenças de cada um. No entanto, o indivíduo que possui alguma deficiência constantemente é deparado com a discriminação que vem a partir do preconceito com o que é desconhecido (Pires et al., 2007). O preconceito advém da impotência presente nas relações sociais, uma vez que há a presença de sacrifícios e renúncias nas diferentes concepções e o pensamento é enrijecido para possibilitar a sobrevivência de crenças e costumes de uma cultura. Por esse motivo, barra o interesse pelo conhecimento do que é considerado como diferente. Quando duas pessoas com concepções diferentes se encontram, é ativado um mecanismo de defesa com o intuito de combater a ameaça, sendo que este comportamento pode ser experienciado em ambos os lados. O indivíduo se fecha para receber opiniões distintas e, pelo fato de praticar o preconceito, é impedido de obter um conhecimento que pudesse modificar sua opinião a respeito de determinado assunto (Silva, 2006).

Com relação ao preconceito e o intuito de combater a ameaça, é possível hipotetizar que esse tenha sido o motivo pelo qual Geovanna sofreu maus tratos no ambiente escolar. A cena 12 traz o seguinte relato “E- o que eu queria, era tirar Geovanna de dentro da escola e levar ela pra um hospital, porque eu não sabia a gravidade. Chegou lá, a médica, né, que examinou ela, detectou que ela tinha sido agredida, né, tinha sido mordida, tinha sido pisada e aquilo me deu um choque”. Essa fala demonstra, também, a dificuldade que o meio social possui em lidar com as diferenças, bem como o sofrimento da mãe ao vivenciar esse tipo de situação.

O preconceito pode emergir pelo medo que o indivíduo tem de não ser aceito e, para evitar isso, a pessoa com deficiência é colocada em uma posição de inferioridade e proporciona uma experiência com a alteridade. Ocorre durante o processo de socialização, isto é, quando a patologia vai contra ao que foi imposto pela cultura e, por esse motivo, diz-se que o preconceito está mais ligado com as necessidades de quem o pratica, do que com a situação que se refere (Ohl, Angelucci, Nicolau & Honda, 2009). Como função social, surge para designar um culpado pelas inseguranças presentes nos indivíduos que compartilham do mesmo pensamento e enquadra-se na negação social, ressaltando uma falta, impossibilidade ou carência, pelo fato de tornar o indivíduo deficiente como um ser de caráter particular (Silva, 2006).

Considera-se a pessoa com deficiência como insuficiente perante as demandas da sociedade devido a demanda estética hegemônica na qual utiliza o corpo como uma matéria prima que gera lucro. Nesse sentido, percebe-se que a sociedade exige corpos saudáveis, fortes para que sejam aptos no mercado de trabalho e, o corpo que foge desse padrão, é visto como fraco e insuficiente (Silva, 2006). As pessoas com deficiência vivenciam o preconceito por meio da ausência dos direitos, pelo desrespeito da sociedade e o rebaixamento sociopolítico, devido ao fato do olhar estar voltado somente para a incapacidade e dificuldades presentes em cada patologia, ao invés de ser validado as capacidades e potencialidades (Ohl et al., 2009). A deficiência causa estranheza em um primeiro momento pelo fato que mostra a imperfeição humana, bem como outros padrões de beleza, além de apresentar fragilidades que tanto se quer negar. O que dificulta a interação entre a pessoa com deficiência e a sem é o fato de não se ter aprendido como lidar com as diferenças, tendo em vista que as relações sociais contemporâneas impõem como característica marcante a previsibilidade (Silva, 2006).

A dificuldade no processo de socialização e o preconceito diante da Síndrome de *Down* pode ser identificado na cena 13, em que a Tatiana relata: “aí é que o bicho pega. Ninguém convida ele para festa de 15 anos, ninguém convida ele para dormir em casa”. Com essa fala, nota-se a negação social de aceitar a imperfeição humana e como, mesmo tendo diversos estudos a respeito do assunto, a inclusão não é bem aceita pela sociedade.

Categoria 3- Abordagem Centrada na Pessoa

Na categoria 3 foi possível identificar como unidades de análise: “Tendência a atualização”, “Consideração positiva incondicional” e “Congruência”. Diante disso, as unidades de análise e respectivas cenas são apresentadas na tabela 5.

Tabela 5.

Categoria 3- Abordagem Centrada na Pessoa

Cenas	Unidades de Análise
Cena 14: ES- “O decorrer de toda a história, foi muito, assim... mesmo na raça. A gente não foi muito de ficar colhendo informações, a gente foi descobrindo junto com ele, né, as necessidades”.	Tendência a atualização
Cena 15: E- “Eu não vou dizer assim.”Geovanna, não faça isso”. Não, se ela quiser, ela pode fazer. Porque, pra mim, o importante é ela fazer. Agora, se ela vai ser capaz de ir até o fim, aí é ela. E comigo sempre do lado”.	Tendência a atualização
Cena 17: E- “Porque a gente espera assim, que eles possam ter uma vida boa. Não vamos exigir muito. É claro, evidente que a gente vai querer o máximo, mas que ela possa trilhar com sucesso em tudo que ela for fazendo, aos poucos”.	Tendência a atualização
Cena 22: T- “Cada conquista, é uma coisa. Você quer mais, né? Você quer mais, porque a criança te mostra que ela é capaz. Aí pronto, aí o céu é o limite... aí o céu é o limite”.	Tendência a atualização
Cena 16: T- “Ele vive da forma como eu acho que ele tem que viver: de pé no chão, brincando, sabe, se divertindo. Porque a única coisa que eu quero é que ele seja, é feliz”.	Consideração positiva incondicional
Cena 18: ES- “É uma pessoa que vem muito pra ensinar. Ensinar realmente o que é amar de verdade, com simplicidade, sem falsidade”.	Consideração positiva incondicional

Cena 20: ES- “E agora que a gente já passou esse tempo, tantas experiências a gente já passou, que a gente olha pra trás. Nossa, é uma história linda. É uma história de amor. É uma história de... de descobertas”.	Consideração positiva incondicional
Cena 21: M- “Não fomos nós que fomos escolhidos para que ela viesse para nós, não. Ela que foi escolhida para nós. Ela tem um porquê de estar nas nossas vidas, né”.	Consideração positiva incondicional
Cena 19: ES- “É muita coisa que a gente teve que mudar por conta do Bruno. Mas nada que a gente venha a dizer: “ah, nós perdemos por isso”. Só ganhamos. Temos aprendido. Ele nos ensina muita coisa e ele também aprende com a gente. É uma troca diária. Todo dia. A gente aprende muito com o Bruno”.	Congruência

Fonte: a autora, 2021.

Rogers apresentou em sua teoria que todos os indivíduos possuem uma tendência à atualização e ao crescimento (Telles, Boris & Moreira, 2014). A tendência a atualização é caracterizada como um impacto, uma novidade diante da maneira pela qual o indivíduo vê a sua própria imagem, ou seja, o seu *self* (Pequeno, Macêdo & Miranda, 2013). Além disso, foi descrita como a capacidade para se reestruturar e se reorganizar a partir de condições facilitadoras que são inseridas neste processo (Telles et al., 2014). Na cena 14 percebeu-se como a Edilsa, mãe do Bruno conseguiu desenvolver a tendência a atualização a partir do seguinte relato: “o decorrer de toda a história, foi muito, assim... mesmo na raça. A gente não foi muito de ficar colhendo informações, a gente foi descobrindo junto com ele, né, as necessidades”. Com isso, pode ser sugerido como hipótese que a abertura para descobertas foram as condições facilitadoras para que essa mãe conseguisse se reestruturar e reorganizar psicologicamente.

A tendência a atualização tem como função auxiliar o indivíduo no desenvolvimento das suas potencialidades, tanto nas funções físicas, quanto nas experienciais e, levando em conta as limitações presentes no meio, para que se mantenha vivo, além de possibilitar o crescimento individual. A tendência atualizante tem como objetivo atender o que o indivíduo

considera como enriquecedor e valorizador para si próprio (Rogers & Kinget, 1977). Nesse sentido, se diz que a tendência a atualização é inerente, mas com limitações que estão presentes no meio (Telles et al., 2014). Nas cenas 15 e 17, Edvânia, mãe da Geovanna, trouxe que estimula a filha a crescer e desenvolver as suas potencialidades. Isso foi perceptível pelas seguintes falas: “eu não vou dizer assim: ”Geovanna, não faça isso”. Não, se ela quiser, ela pode fazer. Porque, pra mim, o importante é ela fazer. Agora, se ela vai ser capaz de ir até o fim, aí é ela. E comigo sempre do lado”. “Porque a gente espera assim, que eles possam ter uma vida boa. Não vamos exigir muito. É claro, evidente que a gente vai querer o máximo, mas que ela possa trilhar com sucesso em tudo que ela for fazendo, aos poucos”. Além da Geovanna, Edvânia também desenvolveu a tendência a atualização, devido ao fato que com o nascimento da filha experienciou a maternidade de uma maneira diferente, na qual não estava preparada e, a partir da vivência conseguiu encontrar aspectos enriquecedores e de crescimento pessoal.

Durante o processo terapêutico, o terapeuta auxilia o cliente a liberar esta tendência, ou seja, a desconstruir uma imagem rígida que pode ter sobre si, sendo que esse movimento pode gerar um sentimento de vulnerabilidade. A confirmação do *self* e a tendência a atualização ocorrem juntos e, com isso, resulta na preservação do organismo, bem como na simbolização de uma experiência vivida (Pequeno, Macêdo & Miranda, 2013). Na teoria rogeriana, a tendência atualizante é considerada como uma motivação polimorfa pelo fato de que qualquer reação que o indivíduo possui ocorre para manter os interesses do seu próprio organismo (Justo, 1987). A desconstrução de uma imagem rígida, bem como a simbolização de uma experiência vivida foi observada na cena 22 com fala da Tatiana, mãe do Augusto, quando diz: “cada conquista, é uma coisa. Você quer mais, né? Você quer mais, porque a criança te mostra que ela é capaz. Aí pronto, aí o céu é o limite... aí o céu é o limite”. Diante do relato, pensa-se como hipótese que esta mãe desconstruiu a visão preconceituosa sobre a Síndrome de *Down* e percebeu que o filho tinha a possibilidade de desenvolver potencialidades e crescer, assim como qualquer outra criança.

Outro conceito importante estabelecido na teoria rogeriana é o da consideração positiva incondicional, a qual é descrita como um amor que não há possessão pelo fato de que rompe o viés de que ao cuidar do outro, ele torna-se uma prioridade do indivíduo (Vieira & Freire, 2006). A gênese da consideração positiva é postulada por meio da necessidade de se desenvolver a consciência do eu, ou seja, o indivíduo percebe que suas experiências podem agregar de maneira positiva no campo experiencial dos outros e, além disso, pode ser vista como um desejo básico de afeição (Almeida, 2009). A consideração positiva incondicional não se refere somente à relação que o terapeuta estabelece com o seu cliente,

mas aquela que constitui consigo mesmo, bem como o cliente consigo mesmo e, vale ressaltar que ao utilizar esta terminologia “consigo mesmo”, possibilita a emergência de conteúdos imprevisíveis. No processo psicoterapêutico, o terapeuta tem como surpresa o que emergirá nas sessões, porém está preparado para que isso aconteça e, por esse motivo, a priori, não há o estabelecimento de objetivos, rompendo os padrões estabelecidos para a terapia (Vieira & Freire, 2006).

A questão da consideração positiva incondicional foi observada nas cenas 18 e 20, em que a Edilsa relata: “é uma pessoa que vem muito pra ensinar. Ensinar realmente o que é amar de verdade, com simplicidade, sem falsidade”. “E agora que a gente já passou esse tempo, tantas experiências a gente já passou, que a gente olha pra trás. Nossa, é uma história linda. É uma história de amor. É uma história de... de descobertas”. Com essas falas, percebe-se que mesmo experienciando situações negativas com o filho com a Síndrome de *Down*, essa mãe conseguiu transformar como vivências positivas, uma vez que o desejo básico de afeição, foi estabelecido.

Experenciar a consideração positiva incondicional com relação ao outro está relacionada com o fato de apreciar essa pessoa, ou seja, ao reconhecer que o indivíduo é visto como um ser de consideração positiva incondicional do outro, passa a considerar as ideias e experiência que possui de si mesmo. Portanto, estima-se o indivíduo como ser independentemente dos elementos aplicados nos seus comportamentos (Rogers & Kinget, 1977). Ao se estudar a consideração positiva incondicional, é importante reconhecer que está dividida entre primária e secundária. A consideração positiva incondicional primária é caracterizada como acolher e aceitar o outro. Essa aceitação é descrita como permitir que o outro seja livre e manifeste quem realmente é. Já consideração positiva incondicional secundária é aquela aprendida e possui como características a atuação no campo experiencial do outro e promove experiências que resultem na satisfação do indivíduo e que haja reciprocidade, isto é, as necessidades do outro e do indivíduo devem ser supridas mutuamente (Almeida, 2009).

A consideração positiva incondicional primária foi percebida na cena 21, em que a Maria, mãe da Valentina, fala: “não fomos nós que fomos escolhidos para que ela viesse para nós, não. Ela que foi escolhida para nós. Ela tem um porquê de estar nas nossas vidas, né”. Com isso, pode ser feita a hipótese de que a mãe acolheu a filha mesmo sabendo da deficiência e demonstrou abertura para a criança manifestar quem realmente é. Notou-se a consideração positiva incondicional secundária na cena 16 pelo seguinte relato da Tatiana: “Ele vive da forma como eu acho que ele tem que viver: de pé no chão, brincando, sabe, se divertindo. Porque a única coisa que eu quero é que ele seja, é feliz”. Como hipótese, pode

ser pensado que a Tatiana permitiu que o Augusto pudesse aprender e ter suas experiências pessoais, pois assim, além da criança sentir-se satisfeita diante das vivências, a mãe se sentiria bem ao ver seu filho feliz.

O indivíduo sente a necessidade de ter a consideração positiva dos outros para que assim, consiga acrescentar a própria consideração positiva. É considerado como um sentimento que emerge com as experiências do *self* e independe da opinião alheia (Justo, 1987). Portanto, torna-se uma necessidade que precisa ser adquirida no que concerne a opinião alheia e, quando o indivíduo percebe que adquiriu ambas experiências, terá a possibilidade de criar a consideração positiva incondicional de si próprio (Justo, 1987).

Rogers apresentou o termo congruência para designar um comportamento verdadeiro e transparente que o indivíduo possui, sendo que esse assemelha-se como a maneira pela qual uma criança expressa os seus sentimentos. Na psicoterapia, o terapeuta utiliza a congruência para possibilitar que o cliente tenha um ambiente propício para o seu desenvolvimento sendo que, ela pode ser vista em diferentes níveis pelo fato de que a intensidade será influenciada pela aceitação ou esquivas que o terapeuta terá do seu cliente (Fontgalland & Moreira, 2012). Por fim, em um sentido mais amplo, o indivíduo se encontrará em estado de congruência quando houver uma harmonia entre o *self* e o que é experienciado (Justo, 1987). Edilsa traz na cena 19 como conseguiu estar em um estado de congruência, isto é, relata: “é muita coisa que a gente teve que mudar por conta do Bruno. Mas nada que a gente venha a dizer: “ah, nós perdemos por isso”. Só ganhamos. Temos aprendido. Ele nos ensina muita coisa e ele também aprende com a gente. É uma troca diária. Todo dia. A gente aprende muito com o Bruno”. Tendo em vista a fala da mãe, percebe-se que o seu *self* está em harmonia com o que é experienciado, uma vez que mesmo havendo a necessidade de realizar diversas mudanças na sua vida para se adaptar com a maternidade e com a síndrome, transformou a experiência em algo positivo e de aprendizados.

A partir do que foi exposto neste trabalho, percebeu-se as mudanças que ocorrem na vida das mães diante da chegada de um filho com a Síndrome de *Down*. Com o recebimento do diagnóstico, essas mães vivenciam o processo de luto para que, quando encerrado, possam dar início aos estímulos adequados para o desenvolvimento dessa criança, bem como se adaptarem com as mudanças emergentes no sistema familiar. Além disso, conforme o filho for se inserindo no meio social, ele e a mãe passam por diversas situações de preconceitos, nos quais necessitam aprendizados para lidar com os sentimentos que se manifestarão. A Abordagem Centrada na Pessoa possibilita que o cliente perceba as ideias e sentimentos resultantes das experiências do outro, por meio do significado que o outro põe para a sua vivência. Além disso, auxilia que o cliente possa confiar em si mesmo e

reconhecer-se como único e, com isso, aprenderá a renunciar os comportamentos defensivos que possa vir a emergir do meio externo (Rogers, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu abordar as reações maternas diante do nascimento de um filho com Síndrome de *Down*. Inicialmente foi realizada a revisão da literatura para abranger os conceitos teóricos. Dessa forma, os objetivos específicos que eram: conceituar a Síndrome de *Down*; identificar reações maternas diante do nascimento de um filho com Síndrome de *Down* e descrever os principais aspectos da Abordagem Centrada na Pessoa foram alcançados e, o objetivo geral, ou seja, identificar possíveis contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa para a mãe diante do nascimento do filho com Síndrome de *Down* foi atingido por meio da visualização e discussão do artefato cultural “Uma página por dia”.

Percebeu-se os sentimentos vivenciados, o processo de luto da perda do filho imaginário, bem como as modificações que as mães realizam no seu meio para se adaptarem com os filhos. No documentário, foi possível perceber que as quatro mães desenvolveram a congruência, a consideração positiva incondicional e a tendência atualizante com o intuito de se adaptarem às mudanças decorrentes da convivência com o filho com a Síndrome de *Down*. Porém, notou-se que independentemente do momento em que a notícia foi dada para as mães, o processo de luto foi vivenciado e, além disso, durante o desenvolvimento do filho, vivenciaram situações que envolviam o preconceito e a discriminação, exigindo-lhes um esforço muito grande para se posicionarem no meio em que vivem.

No que se refere às limitações para a realização da pesquisa, houve dificuldade para encontrar materiais relacionados aos sentimentos das mães diante do nascimento do filho com a Síndrome de *Down*. No entanto, percebeu-se que há diversos artigos científicos sobre a Abordagem Centrada na Pessoa, possibilitando o embasamento teórico para o estudo. Buscou-se utilizar um artefato cultural que apresentasse a temática e, novamente houve dificuldades, uma vez que nos filmes e documentários em sua grande maioria são abordados as pessoas com a Síndrome de *Down*.

Para futuros estudos, sugere-se o aperfeiçoamento e atualização da temática em questão. Pode-se realizar pesquisas que abarquem as reações de outros membros da família diante da chegada de uma criança com a Síndrome de *Down*, entrevistar as mães e os familiares, bem como estudar as reações maternas com relação a outras fases do ciclo vital do filho com a Síndrome de *Down*, isto é, a infância, adolescência, fase adulta e entrada no mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. R. (2009). Consideração positiva incondicional no sistema teórico de Carl Rogers. *Temas em Psicologia, 17*(1), 177-190.
- Alves, E. G. R. (2012). A morte do filho idealizado. *O mundo da saúde, 36*(1), 90-97.
- Araújo, I. C., & Freire, J. C. (2014). Os valores e a sua importância para a teoria da clínica da abordagem centrada na pessoa. *Revista da Abordagem Gestáltica, 20*(1), 94-103.
- Barreto, C. L. B. T. (1998). A evolução da terapia centrada no cliente. In: S. L. Gobbi, S. T. Missel & A. F. Holanda (Eds.), *Abordagem centrada na pessoa: vocabulário e noções básicas* (pp. 167-183). Tubarão: Editora Universitária UNISUL.
- Bezerra, M. E. S., & Bezerra, E. N. (2012). Aspectos humanistas, existenciais e fenomenológicos presentes na abordagem centrada na pessoa. *Revista do NUFEN, 4*(2), 21-36.
- Bueno, R. K., Monteiro, M. A., & Souza, S. A. (2011). Equoterapia: do filho idealizados, para o filho real. *Vivências, 7*(13), 101-107.
- Buscaglia, L. F. (1993). *Os deficientes e seus pais* (3a. ed.; R. Mendes, Trad.). Rio de Janeiro: Record: Nova Era.
- Castro, C., & Costa, V. C. (Diretoras). *Uma página por dia* [Documentário]. Brasil: Faculdade de Comunicação da Universidade de Brasília (UnB).
- Chueke, G. V., & Lima, M. C. (2012). Pesquisa qualitativa: evolução e critérios. *Revista Espaço Acadêmico, 11*(128), 63-69.
- Couto, T. H. A. M., Tachibana, M., & Vaisberg, T. M. J. A. (2007). A mãe, o filho e a síndrome de down. *Paidéia, 17*(37), 265-272. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000200010>
- Cunha, A. M. F. V., Assis, S. M. B., & Fiamenghi, G. A. J. (2010). Impacto da notícia da síndrome de down para os pais: histórias de vida. *Ciência & Saúde Coletiva, 15*(2), 445-451. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200021>
- Déa, V. H. S. D., Baldin, A. D., & Déa, V. P. B. D. (2009). Informações gerais sobre a síndrome de down. In V. H. S. D. Déa & E. Duarte (Orgs.), *Síndrome de down: informações, caminhos e histórias de amor* (pp. 23-42). São Paulo: Phorte.
- Eucia, F. B., & Petean, B. L. (1999). Mães e filhos especiais: reações, sentimentos e explicações à deficiência da criança. *Paidéia, 9*(16), 31-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X1999000100004>

- Filho, J. A. S., Gadelha, M. S. N., & Carvalho, S. M. C. R. (2017). Síndrome de Down: reação das mães frente à notícia e a repercussão na intervenção fisioterapêutica da criança. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 21(2), 157-164.
- Fontgalland, R. C., & Moreira, V. (2012). Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. *Memorandum*, 23, 32-56.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a. ed.) [Versão Eletrônica]. São Paulo: Atlas.
- Godoy, A. S. (1995). Uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em Ciências Sociais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(2), 57-63.
- Goés, F. A. B. (2006). Um encontro inesperado: os pais e seu filho com deficiência mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), 450-461. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000300009>
- Guimarães, A. P. M., & Neto, M. C. S. (2015). A formação do *self* e a dependência afetiva: uma revisão bibliográfica da abordagem centrada na pessoa. *Revista do NUFEN*, 7(2), 48-77.
- Holanda, A. F. (1998). O diálogo na psicoterapia centrada na pessoa. In: S. L. Gobbi, S. T. Missel & A. F. Holanda (Eds.), *Abordagem centrada na pessoa: vocabulário e noções básicas* (pp. 185-199). Tubarão: Editora Universitária UNISUL.
- Justo, H. (1987). *Carl Rogers teoria da personalidade - aprendizagem centrada no aluno* (5a. ed.). Canoas, RS: Tipografia e editora La Salle.
- Kunst, G, C, E, Machado, M. L. R. L., & Ribeiro, M. M. S. M. (2010). Grupo de apoio psicológico: vivenciando a maternidade de um filho especial. *Revista Conhecimento Online*, 2(2), 111-124.
- Laville, C., & Dionne, J. (2008). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. [Versão Eletrônica] (H. Monteiro & F. Settineri, Trads.). Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG. (Trabalho original publicado em 1999).
- Lopes, G. B., Kato, L. S., & Corrêa, P. R. C. (2002). Os pais das crianças com deficiência: reflexões acerca da orientação em reabilitação motora. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4(2), 67-72.
- Maciel, J. R. P., Vieira, M. L, Aparecida, M. C., Ojeda, C. L. O. M., & Lima, C. C. M. (2013). A criança com síndrome de Down: na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, com destaque aos fatores de risco e de proteção. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 33(85), 446-464.

- Milbrath, V. M., Cecagno, D., Soares, D. C., Amestoy, S. C., & Siqueira, H. C. H. (2008). Ser mãe de uma criança portadora de paralisia cerebral. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 427-431. DOI: 10.1590/S0103-21002008000300007
- Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down* (1a. ed.). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Miranda, C. S. N., & Freire, J. C. (2012). A comunicação terapêutica na abordagem centrada na pessoa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 78-94.
- Morato, H. T. P. (1987). Abordagem centrada na pessoa: teoria ou atitude na relação de ajuda? In: R. L. Rosenberg (Ed.), *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa. Temas básicos de psicologia* (Vol. 21, pp. 24-43). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária- EPU.
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia*, 27(4), 537-544. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>
- Nunes, M. D. R., Dupas, G., & Nascimento, L. C. (2011). Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família da criança portadora da Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 227-233. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200002>
- Ohl, N. G., Angelucci, C. B., Nicolau, A. M., & Honda, C. (2009). Escolarização e preconceito: lembranças de jovens com e sem deficiência. *Psicologia Escolar e Educacional*, 13(2), 243-250. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572009000200006>
- Oliveira, A. L. B. L., Galvão, B. L. S., & Caires, C. A. P. (2020). A chegada de um filho com deficiência no contexto familiar. *Synthesis*, 10(1), 1-13.
- Pequeno, C. S., Macêdo, S. M., & Miranda, K. C. L. (2013). Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 437-441. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300020>
- Pires, A. B. M., Bonfim, D., & Bianchi, L. C. A. P. (2007). Inclusão social da pessoa com Síndrome de Down: uma questão de profissionalização. *Arquivos de Ciência da Saúde*, 14(4), 203-210.
- Ramos, A. F., Caetano, J. A., Soares, E., & Rolim, K. M. C. (2006). A convivência da família com o portador de Síndrome de Down à luz da Teoria Humanística. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 262-268. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300003>
- Rogers, C. R. (1997). *Tornar-se pessoa* (5a. ed.; M. J. C. Ferreira & A. Lamparelli, Trans.). São Paulo: Martins Fontes Editora.

- Rogers, C. R. (1977). *A pessoa como centro* (R. L. Rosenberg, Trad.). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda. (EPU); São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva* (2a. ed.; M. L. Bizzotto, Trad.). Belo Horizonte: Interlivros.
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva* (2a. ed., Vol. 2; M. L. Bizzotto, Trad.). Belo Horizonte: Interlivros.
- Rogers, C. R. (1974). *Terapia centrada no paciente* (M. C. Ferreira, Trad.). Lisboa, PT: Moraes Editoras (Trabalho original publicado em 1951)
- Santos, C. B. (2004). Abordagem centrada na pessoa- relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, 1(2), 18-23. DOI: <https://doi.org/10.25752/psi.6071>
- Silva, L. (2006). O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 11(33), 424-434. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782006000300004>
- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2007). Crianças com e sem síndrome de Down: valores e crenças de pais e professores. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13(3), 429-446. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-65382007000300009>
- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2006). Famílias de crianças com síndrome de Down: sentimentos, modos de vida e estresse parental. *Interação em Psicologia*, 10(2), 183-194. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v10i2.7675>
- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2002). Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. *Interação em Psicologia*, 6(2), 167-176. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i2.3304>
- Sousa, A. F. (2018). Autoregulação, tendência atualizante e tendência formativa. In F. S. C. Junior & A. F. Souza (Orgs.), *Humanismo de funcionamento pleno* (2a. ed., pp. 83-101). Campinas: Editora Alínea.
- Sunelaitis, R. C., Arruda, D. C., & Marcom, S. S. (2007). A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 264-271. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300004>
- Telles, T. C. B., Boris, D. G. J. B., & Moreira, V. (2014). O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20(1), 13-20.

- Vieira, E. M., & Freire, J. C. (2006). Alteridade e Psicologia Humanista: uma leitura ética da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia*, 23(4), 425-432. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400010>
- Voivodic, M. A. M. A., & Storer, M. R. S. (2002). O desenvolvimento cognitivo das crianças com síndrome de down à luz das relações familiares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4(2), 31-40.
- Wuo, A. S. (2007). A construção social da Síndrome de Down. *Cadernos de Psicopedagogia*, 6(11), 1-18.