



UC/FPCE\_2016

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Teoria *Grounded* das narrativas construídas pelas Mães  
sobre os filhos em seguimento Psicoterapêutico**

Daniela de Jesus Cardoso Pinheiro de Castro  
(e-mail: [danieladejesuscastro@gmail.com](mailto:danieladejesuscastro@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica subárea de  
Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas sob a orientação do  
Prof. Doutor Rui Paixão

## **Teoria *Grounded* das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento Psicoterapêutico**

A incidência da sintomatologia psicológica nas crianças, em Portugal, continua a aumentar, com todas as consequências que isso acarreta para a saúde das crianças e respetivas famílias. Nesse sentido, torna-se importante perceber o que é que as mães pensam e como se sentem perante tal situação. Este estudo, assente numa metodologia *Grounded*, visa perceber este fenómeno. Isto é, construir uma teoria *Grounded* a partir das perspetivas de oito mães sobre os problemas psicológicos dos filhos, incluindo as crenças que estas constroem sobre esses problemas e a interferência que essas crenças podem ter na evolução destas crianças. As mães foram entrevistadas na clínica onde os filhos são seguidos. Os resultados mostram a existência de uma *Core Category* – “Ferida Narcísica” - e de nove categorias principais: “Perda da Criança Ideal”, “Dimensão da Culpabilidade”, “Reconhecimento do Fracasso da Função Materna”, “Dimensão da Aceitação”, “Experiência na Clínica”, “Relações da Mãe com Outros Familiares da Criança”, “Vivências dos Outros Familiares da Criança”, “Evolução Positiva” e “Futuro da Criança”. A partir daqui, conclui-se que a visão que as mães têm sobre os seus filhos é uma visão muito centrada nos sintomas das crianças, envolvendo-as no seu narcisismo e no investimento narcísico que fazem destas crianças. Verifica-se também que as relações que as mães têm com os outros familiares influenciam a forma como lidam com os problemas das crianças, e esta influencia o modo como percecionam as atitudes e os pensamentos dos mesmos familiares em relação às crianças. Considera-se que os resultados são positivos, pois a teoria construída pelas mães tem um impacto positivo nos sintomas das crianças. O envolvimento das mães no processo psicoterapêutico dos filhos também é um dos fatores que promove a aceitação desta situação por parte das mães e, conseqüentemente, a evolução positiva dos filhos. Deste modo, esta investigação oferece conclusões úteis para futuros estudos e recomendações para a prática da psicoterapia com crianças.

Palavras-chave: Psicoterapia Infantil, Seguimento Psicoterapêutico, Psicoterapia de Mãe e Filhos, *Grounded Theory*.

## **Grounded Theory on the narratives constructed by Mothers about their children in Psychotherapeutic practice**

The incidence of psychological symptomatology in children in Portugal continues to rise with profound implications regarding the health of both children and their families. Thus, it is important to understand what mothers think and how they feel about it. The present study, based on the Grounded methodology, intends to study this phenomenon. As such, a Grounded Theory is constructed from the perspective of eight mothers on the psychological problems of their children including the beliefs they have on their children's problems and the interference those beliefs may have on the children's evolution. The mothers were interviewed at the clinic where their children are being followed. The results show a Core Category – "Narcissistic Wound" – and nine main categories: "Loss of the Ideal Child", "Culpability Dimension", "Recognition of Failure as a Mother", "Acceptance Dimension", "Experience at the Clinic", "Mother's Relationship with Other Relatives of the Child", "Experiences of the Child's Other Relatives", "Positive Evolution" and "Child's Future". From here on, one can conclude that the perception mothers have of their children is one mainly centred on the child's symptoms, since it involves the mother in her narcissism and in the narcissistic investment on the child. There is also evidence that the relationship between mothers and other family members influence the way they deal with the children's problems, and this in turn influences the manner in which the attitudes and thoughts of those relatives towards the children are perceived. The results are considered positive seeing that the theory constructed by the mothers has a positive impact on the children's symptoms. The mothers' involvement in the psychotherapeutic process of their children is a key factor in the promotion of an acceptance of the situation on behalf of the mother and therefore leads to a positive outcome for the children. As such, this investigation puts forward useful conclusions for future studies and recommendations for child psychotherapy practice.

Key words: Child Psychotherapy, Psychotherapeutic Practice, Mother and Child Psychotherapy, Grounded Theory.

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Prof. Doutor Rui Paixão pela orientação, disponibilidade, dedicação, por todos os ensinamentos transmitidos e pelo contínuo incentivo ao longo da elaboração da dissertação de mestrado.

Um agradecimento especial também ao Doutor Pedro Alves e à Doutora Tâmara Rodrigues, diretores clínicos da Clínica de Psicoterapia Pós-Clássica. Obrigada pela confiança, disponibilidade, interesse no estudo realizado e compreensão empática, por parte de quem já passou por algo semelhante – ainda que de nível superior - à minha dissertação de mestrado.

À minha família, um enorme obrigada... Porque sempre estiveram aqui para mim e porque, seguramente, sem vocês este sonho não se teria tornado realidade. Bem, obrigada por tudo. Ao meu pai Filipe – e meu exemplo de investigador -, por todos os conselhos sábios que me deste ao longo deste percurso. À minha mãe Helena, por me teres escutado e por teres entendido sempre todas as minhas lamentações. Ao meu irmão Afonso, por me teres sempre apoiado (incondicionalmente), e por teres sempre acreditado que eu era capaz de avançar e de terminar a dissertação. Ao meu irmão David, por me teres dado força com a serenidade que te caracteriza. Aos meus irmãos António e Constança, por me terem trazido o sol nos fins-de-semana em que ia a casa e nas sextas-feiras em que me visitavam. E, finalmente, um obrigado aos meus avós e padrinhos, Maximino e Irene, pelo vosso apoio.

Quero também agradecer muito a todas as minhas amigas:

À Ana e à Diana, por me terem acompanhado (fielmente) na reta final de uma etapa tão importante da minha vida. Obrigada por me terem escutado e apoiado, por terem estado sempre presentes nos bons e nos maus momentos e, principalmente, por me terem sempre entendido.

À Mariana M. e à Vânia, pelas reuniões de quinta-feira à noite, onde mais do que conceitos, categorias e memorandos, eram partilhados sentimentos.

À Mariana L., por me teres escutado durante os nossos jantares e por me teres acompanhado, nem que fosse do outro lado da parede, durante todas as noites em que ficava até tarde a trabalhar na dissertação.

À Mircea e à Luíza, pelo apoio que sempre me deram, pela compreensão, pelos telefonemas encorajadores e por... bem, vocês sabem... por tudo.

Agradeço também à minha amiga Luísa de Miranda pelo apoio sempre transmitido e pela revisão do *abstract*.

Por fim, agradeço a todas as mães que aceitaram participar neste estudo, tornando possível a existência do mesmo.

## Índice

Introdução	1
1. Objetivos	2
2. Metodologia	2
2.1 Desenho	2
2.2 Amostra	4
2.3 Procedimentos	5
3. Resultados e Análise dos Dados	7
4. Discussão e Integração Teórica dos Resultados	19
4.1 Constituição do Sujeito	19
4.2 Ferida Narcísica e Perda da Criança Ideal	20
4.3 Dimensão da Culpabilidade e Reconhecimento do Fracasso da Função Materna	21
4.4 Dimensão da Aceitação e Experiência na Clínica	23
4.5 Relações Familiares	25
4.6 Evolução Positiva	26
4.7 Futuro da Criança	26
Conclusões	27
Referências Bibliográficas	30
Anexos	33

## Introdução

“Intolerável é uma criança doente. Pior ainda na doença mental. A doença mental na criança é uma ofensa. (...) Doença e dor suportam-se no adulto (...). Mesmo que não seja verdade, a fantasia compõe e atribui. A criança, destruída antes de ser, impossibilita qualquer ilusão. Aparece despida, derrubada e sem nome, sem contornos, gemendo pavoroso castigo sobre a nossa própria fragilidade.” (Milheiro, 1999, p. 11).

Em Portugal, uma em cinco pessoas sofre de perturbações mentais. Nestas, destacam-se as perturbações da ansiedade (16,5%) e as perturbações depressivas (7,9%) (Almeida & Xavier, 2013).

Vários estudos epidemiológicos têm vindo a salientar que muitas perturbações psiquiátricas dos adultos têm início na infância e adolescência (Coordenação Nacional para a Saúde Mental & Administração Central do Sistema de Saúde, 2014). Um estudo que exemplifica tal afirmação é o estudo longitudinal de Kessler, Amminger, Aguilar-Gaxiola, Jordi e Lee (2007); estes autores concluíram que à volta de 50% das perturbações psiquiátricas começam antes dos 14 anos e 75% antes dos 24 anos.

Poucos têm sido os estudos epidemiológicos sobre a psiquiatria da infância e da adolescência realizados em Portugal (Coordenação Nacional para a Saúde Mental & Administração Central do Sistema de Saúde, 2014). Ainda assim, é importante referir o estudo nacional realizado por Oliveira et al. (2007), sobre as Perturbações do Espectro do Autismo, que evidencia uma prevalência de 9,2 por 10 000 (8,1-10,0 - intervalo de confiança de 95%), em Portugal Continental. Freitas, Rocha, Pocinho, Beirão e Silva (2004) também concretizaram um estudo na Ilha da Madeira, onde concluíram que há uma prevalência de sintomas depressivos de 7,52% ( $\pm 2,3$  - intervalo de confiança de 95%) em 505 pré-adolescentes e adolescentes do 3º ciclo do Funchal, sendo que o sexo feminino é o predominante.

Face a estes números preocupantes e sabendo que a família é o meio onde a criança vive, torna-se importante percebermos como é que as mães vêem a situação dos filhos; o que pensam e o que sentem por terem filhos que necessitam de psicoterapia. Compreender o lado das mães é relevante, pois ajuda-nos a intervir de uma melhor forma com as crianças e com a sua família. Assim, entender as teorias que as mães constroem sobre os problemas psicológicos vividos pelas suas crianças em seguimento psicoterapêutico e a importância que essas teorias têm na evolução da criança é o objetivo do presente estudo.

O trabalho estrutura-se da seguinte forma: primeiro, são descritos os objetivos do estudo e, de seguida, os aspetos metodológicos, nomeadamente a metodologia utilizada – *Grounded Theory* -, a caracterização da amostra e procedimentos empregues na recolha de dados. Segue-se a descrição e análise dos resultados. Neste contexto, a teoria elaborada pelas mães será descrita e explicada com base nas categorias, e exemplificada com base em vinhetas clínicas. A teoria *Grounded* construída será ainda analisada e

integrada considerando a revisão da literatura sobre o fenômeno em estudo. As conclusões finais, onde se incluem as principais implicações práticas, fecham este trabalho. Em anexo apresenta-se, ainda, o guião da entrevista realizada às mães. O formato deste trabalho, nomeadamente a posição da revisão da literatura depois da construção da teoria *Grounded*, ocorre de acordo com as sugestões de Strauss e Corbin (1990). Estes autores sugerem que a revisão da literatura sobre a realidade estudada deve ser feita em simultâneo com a recolha e a análise de dados - e não anteriormente a estas, como acontece com outras metodologias -, para que a teoria não seja elaborada a partir de uma preconceção do investigador e, consequentemente, enviesada.

## 1. Objetivos

O objetivo do presente estudo é compreender a teoria construída pelas mães relativamente às dificuldades psicológicas vividas pelos filhos e que estão na origem do trabalho psicoterapêutico focado nessas crianças. Esta construção visa ainda perceber a interferência que esta teoria pode ter na relação destas mães com as crianças, no desenvolvimento da própria criança e no projeto psicoterapêutico. Estes objetivos serão alcançados com base numa metodologia *Grounded*, desenvolvida através de um conjunto de entrevistas com mães de crianças em seguimento psicoterapêutico.

## 2. Metodologia

### 2.1 Desenho

A *Grounded Theory* é uma das metodologias qualitativas mais utilizada no âmbito das ciências sociais e humanas, nomeadamente nas diversas áreas da psicologia. Foi influenciada pelo Interacionismo Simbólico e pelo Pragmatismo, isto é, inspirada no pensamento de Robert E. Park, W. I. Thomas, John Dewey, G. H. Mead, Everett Hughes e Hebert Blumer (Strauss & Corbin, 1990). A *Grounded Theory* nasceu em 1967, através do estudo dos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss sobre a morte de doentes terminais em contexto hospitalar. Os autores defendiam que os modelos vigentes na sociologia eram demasiado especulativos, apresentando problemas de validade por falta de correspondência à realidade. Neste estudo, os investigadores tinham como finalidade compreender a perceção, a relação, os sentimentos e as cognições dos sujeitos acerca da sua própria morte e da morte de alguém próximo. Deste modo, os autores tiveram que procurar técnicas que os permitissem estar próximos dos indivíduos e organizar a informação a partir daí. Assim, Glaser e Strauss propuseram um

modelo de investigação *Grounded*, na obra *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. A partir daqui os psicólogos importaram a *Grounded Theory* com o objetivo de se centrarem mais na compreensão da experiência e na construção de significados, tentando responder às necessidades de investigação dos paradigmas pós-modernos na psicologia (Fernandes & Maia, 2001; Lima & Ferro, 2014).

A *Grounded Theory* é uma metodologia que pretende estudar a representação de um fenómeno. Esta metodologia é ancorada nos dados, isto é, tem como objetivo criar uma teoria a partir da recolha e análise de dados pertencentes a uma realidade. Assim, com base naquilo que um grupo reporta, o investigador irá construir as relações de significação em relação a esses dados recolhidos até chegar a uma teoria. O propósito da construção desta teoria é especificar as condições e as consequências de uma determinada realidade, tornando-se preditiva, na medida em que se ocorrem condições semelhantes, poderão ocorrer consequências semelhantes (Corbin & Strauss, 1994; Fernandes & Maia, 2001; Lima & Ferro, 2014; Strauss & Corbin, 1990).

Existem quatro modelos diferenciados da *Grounded Theory*, sendo que a versão utilizada no presente estudo foi a *Grounded Theory* de Strauss e Corbin (1990). Esta distingue-se da versão clássica (Glaser & Strauss, 1967) principalmente em dois aspetos. Numa primeira instância, a *Grounded Theory* revista defende que a leitura da literatura existente sobre o tema em causa é feita em simultâneo com a recolha e a análise dos dados, e não posteriormente como defende o modelo clássico. Isto acontece, por um lado, para auxiliar o investigador a ganhar sensibilidade teórica e, com isso, a fazer emergir a teoria mais facilmente. Por outro lado, deste modo, a teoria pode também ser posicionada no conhecimento prévio existente – como será feito no capítulo “Discussão e Integração Teórica dos Resultados” do presente estudo (Heath & Cowley, 2004). Numa segunda instância, na *Grounded Theory* de Strauss e Corbin (1990) encontramos três tipos de codificação: a aberta, a axial e a seletiva; e não apenas dois, como acontece no modelo clássico.

Em termos práticos, a *Grounded Theory* propõe que o investigador comece pela identificação do fenómeno que quer estudar e pela formulação de uma ou mais questões que orientam a investigação. Estas questões devem ser minimamente abertas para que haja uma análise flexível (Fernandes & Maia, 2001; Lima & Ferro, 2014). Depois de identificada a realidade a ser estudada, é importante que se estabeleça a amostra da investigação. Nesta metodologia, a amostra é teórica, ou seja, é constituída em função da experiência que os sujeitos têm no fenómeno em estudo. Além disso, vai sendo definida ao longo da análise de dados. O investigador vai recolhendo os dados, através de entrevistas que aplica aos sujeitos, e fecha a sua amostra, quando começa a atingir a saturação teórica. A saturação teórica é alcançada quando as novas entrevistas não trazem nada de novo e quando, consequentemente, as categorias começam a estabilizar (Fernandes & Maia, 2001; Lima & Ferro, 2014). A entrevista é construída com base num guião que contém perguntas pensadas para a amostra teórica (Miller & Crabtree, 2004). O guião pode ir mudando ao longo da entrevista, na medida em que



as respostas que o sujeito dá podem suscitar outras questões que não tinham sido pensadas antes. É importante que, inicialmente, as perguntas sejam abertas e que evoquem memórias com o propósito do indivíduo ter vontade de contar uma história sobre elas (Lima & Ferro, 2014). Segundo Miller e Crabtree (2004), o entrevistador tem um duplo papel: estar concentrado na narrativa do sujeito e decifrar o que o entrevistado está a dizer, assim como garantir que a narrativa do sujeito continue. É importante o entrevistador estar também atento à comunicação não-verbal do indivíduo (Lima & Ferro, 2014). Para se poder analisar os dados, o investigador tem que começar por transcrever as entrevistas. O processo analítico propriamente dito é constituído por três níveis de codificação e tem como objetivo conduzir os dados à teoria. O primeiro nível de codificação denomina-se por codificação aberta: processo analítico através da qual as categorias são identificadas, assim como as suas propriedades. O segundo nível designa-se por codificação axial, pois a codificação ocorre à volta do *axis* da categoria; as categorias são agora agrupadas, através das suas propriedades e dimensões, em categorias maiores. O último nível de codificação - codificação seletiva - é o nível mais abstrato de categorização, e traduz-se no processo de seleção da categoria central que integra todas as outras (Strauss & Corbin, 1990; Strauss & Corbin, 1998). Durante todos os níveis de codificação existem dois métodos essenciais: o método de comparação constante e os memorandos. O método de comparação constante, método central na *Grounded Theory*, diz respeito às questões e às comparações que o investigador vai realizando durante todo o processo analítico. É por meio do método de comparação constante que se olha para os dados de um modo objetivo, ao invés de nomear e classificar categorias sem um exame profundo. É também através deste questionamento constante que percebemos quando é que o processo analítico atinge a saturação teórica. Os memorandos são um documento pessoal do investigador, onde este regista determinada categorização, designações alternativas para certas categorias e ideias que vão surgindo. Os memorandos antecipam tudo o que vai acontecer e permitem que a teoria seja construída ao longo de todo o processo (Fernandes & Maia, 2001; Lima & Ferro, 2014; Strauss & Corbin, 1998).

Por fim, depois dos dados serem todos analisados, o investigador vai integrar as categorias na forma de teoria, recorrendo também ao método de comparação constante (Fernandes & Maia, 2001). Strauss e Corbin (1990) referem que, em primeiro lugar, é importante descrever a categoria central, para depois o investigador estabelecer as relações desta com as outras categorias. Durante este processo, o investigador tem que conseguir validar todas as suas formulações sobre o fenómeno em estudo, incluindo a informação considerada exceção (Fernandes & Maia, 2001).

## 2.2 Amostra

No presente estudo, participaram dez mães, dos trinta e dois aos quarenta e cinco anos ( $M = 38,50$  anos;  $DP = 4,44$ ), cujos filhos estão a ter acompanhamento psicológico na Clínica de Psicoterapia Pós-Clássica de

Coimbra. Apesar de terem sido realizadas dez entrevistas, apenas oito foram analisadas, devido ao facto de se ter alcançado a saturação teórica assim que foi realizada a codificação aberta na oitava entrevista. As profissões das oito mães são: assistente operacional num centro de saúde, operadora de banhos químicos, vendedora, professora, solicitadora e tradutora forense, contabilista, administrativa e desempregada. As habilitações literárias das mães vão do sexto ano à pós-graduação, com uma média de doze anos de escolaridade. Quanto ao estado civil das mães, seis estão casadas e duas divorciaram-se do pai da criança que está a ser acompanhada na clínica; uma das mães que se divorciou voltou a casar, e a sua relação com o padrasto do seu filho será também discutida no presente estudo.

Como referido, os oito sujeitos desta investigação são cuidadoras primárias de oito crianças, com idades entre os cinco e os quinze anos ( $M = 9,75$  anos;  $DP = 2,99$ ), com problemas psicológicos. Destas crianças, seis são do sexo masculino e duas do sexo feminino. Os diagnósticos das crianças variam entre Distúrbios de Ansiedade e Ataques de Pânico, Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Perturbação de Oposição e Desafio e Perturbação do Espectro do Autismo. A criança com o primeiro diagnóstico usufrui de psicoterapia com um psicólogo, a criança com o segundo diagnóstico e as três crianças com o terceiro diagnóstico beneficiam de psicoterapia e habilitação neuropsicológica com um psicólogo, e as três crianças com o último diagnóstico usufruem de psicoterapia, habilitação neuropsicológica e treino de aprendizagem cooperativa com psicólogos, professores, família e pares. Alguns diagnósticos foram realizados antes das crianças chegarem à clínica, noutras instituições; os diagnósticos realizados pelos psicólogos da clínica, assim que a criança chegou a esta instituição, ocorreram entre o ano de 2010 e o ano de 2015.

Como nota final: a Clínica de Psicoterapia Pós-Clássica, onde foram efetuadas as entrevistas, é uma clínica privada que tem como objetivo a prestação de Serviços em Psicologia Clínica, Neuropsicologia e Psicoterapia. É um Centro de Referência de Psicologia Relacional-Histórica, fundamentado nas teorias de Vygotsky, Luria, Leontiev e Rita Leal; estes analisam o desenvolvimento neuropsicológico e psíquico humano como um processo relacional do indivíduo com os outros e com o meio social onde está inserido, modificando-os e modificando-se num processo dialético (eu – outro – realidade). Na clínica trabalham seis psicólogos e são acompanhadas cento e cinquenta crianças por ano.

### 2.3 Procedimentos

As mães foram entrevistadas quando os seus filhos estavam a ter uma sessão de psicoterapia. Para que os sujeitos pudessem ser entrevistados foi pedida autorização ao diretor da clínica. Obtida a aprovação, as mães foram consultadas pelos técnicos da instituição com o objetivo de verificar a sua disponibilidade e concordância em participar na investigação. Todos os sujeitos aceitaram colaborar neste estudo, tendo assinado a declaração de consentimento informado. As entrevistas duraram, em média, entre vinte minutos a uma hora e focalizaram-se nos seguintes tópicos:

- Experiência de atendimento, expressa tanto pelos pensamentos e sentimentos da mãe e dos seus familiares acerca da opinião do psicólogo sobre a criança, como pela atribuição de uma causa e de responsáveis pelo problema da criança;
- Confiança na intervenção, isto é, o que a mãe espera que ocorra com a intervenção;
- Experiência relacionada com as dificuldades da criança, no que diz respeito à criança na escola e na relação com os outros, e a perspectiva e sentimentos maternos perante a evolução da situação onde o filho se encontra;
- História de vida, nomeadamente se houve algum familiar com o mesmo problema que a criança e se o filho é mais parecido com a mãe ou com o pai;
- Futuro, no sentido de perceber como a mãe e os seus familiares imaginam o futuro da criança e como se sentem em relação a isso.

As entrevistas foram gravadas em formato áudio, sendo depois transcritas para um documento *Word*. Tiveram um carácter semiestruturado, na medida em que apesar de terem seguido um guião, as perguntas foram suficientemente abertas e flexíveis de modo a garantir a liberdade de expressão dos entrevistados. Todo o contexto das entrevistas foi informal e agradável. As mães foram entrevistadas individualmente e em privado. Torna-se importante salientar ainda que, durante as entrevistas, foi anotada a comunicação não-verbal dos sujeitos, e esta foi analisada posteriormente. Num programa de habilitação clínica e sistémica, onde estavam presentes as famílias das crianças com diagnóstico de autismo, foi também observada, para subsequente análise, a interação entre os membros destas famílias. Além disso, o parecer dos psicólogos sobre as mães que participaram no estudo e sobre as suas famílias, incluindo os seus filhos, foi também registado.

Nas vinhetas clínicas a seguir apresentadas, as verbalizações das mães são identificadas por uma inicial e pela idade da criança a que essa mãe se reporta. Os códigos utilizados e as queixas psicopatológicas associadas são os seguintes:

- Mãe de L. – 12 anos: criança diagnosticada com Perturbação de Oposição e Desafio;
- Mãe de R. – 11 anos: criança diagnosticada com Perturbação de Oposição e Desafio;
- Mãe de J. – 10 anos: criança diagnosticada com Perturbação do Espectro do Autismo
- Mãe de M. – 10 anos: criança diagnosticada com Distúrbios de Ansiedade e Ataques de Pânico;
- Mãe de P. – 6 anos: criança diagnosticada com Perturbação de Oposição e Desafio;

- Mãe de F. – 9 anos: criança diagnosticada com Perturbação do Espectro do Autismo;
- Mãe de B. – 5 anos: criança diagnosticada com Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção;
- Mãe de J. – 15 anos: criança diagnosticada com Perturbação do Espectro do Autismo.

### 3. Resultados e Análise dos Dados

Quando a recolha de dados envolve a aplicação de entrevistas, existem sempre riscos específicos que advêm deste processo. Neste caso, o mais esperado seria o sentimento de ameaça por parte das mães. No entanto, este não se verificou em nenhuma das entrevistadas. Todas as mães mostraram-se disponíveis e empenhadas em transmitir, da melhor forma possível, o que pensavam e o que sentiam em relação ao motivo dos filhos terem acompanhamento psicológico. Através da observação do comportamento, foi notória a forma espontânea e honesta com que as mães responderam às questões que lhes foram colocadas.

Depois das entrevistas terem sido transcritas, iniciou-se o processo de análise dos dados. Durante todo o processo foi realizada uma reunião semanal com mais duas investigadoras – triangulação de investigadores (Janesick, 1994). Nesta reunião foram debatidos assuntos relativos aos três níveis de codificação, tais como: obtenção de conceitos e categorias; relação entre categorias; escrita de memorandos. Desta discussão entre as três investigadoras foi conquistado um ganho de objetividade no trabalho desenvolvido, assegurando a confiança nos resultados obtidos.

O processo analítico, segundo o método da *Grounded Theory*, teve início com a organização de uma tabela de dados contendo, em primeiro lugar, as perguntas da entrevista e as respostas do sujeito. Cada resposta foi dividida em fragmentos de análise, sendo que cada fragmento abrangia uma determinada ideia. Perante cada ideia foi possível tirar um conceito relacionado. Deste chegou-se a uma categoria. O primeiro nível de categorização dos dados - codificação aberta – terminou quando foi alcançada a saturação teórica, isto é, assim que os dados se começaram a repetir, não havendo lugar para novos códigos. De seguida, passou-se à codificação axial e ao agrupamento das categorias, originando categorias maiores. Este processo repetiu-se mais duas vezes, chegando-se às nove categorias principais. Através da codificação seletiva, alcançou-se a *Core Category*, ou categoria central que integra todas as outras. É pertinente salientar que, durante todo o processo de codificação, foi utilizado um método importante: os memorandos. Nestes foram registados argumentos para determinada categorização, denominações alternativas para certas categorias e ideias que iam surgindo. Por meio dos memorandos e da sistematização dos dados, foi possível ter uma ideia explícita de toda a

informação. Por fim, iniciou-se o procedimento de retirada de conclusões.

A *Core Category*, em torno da qual giram todas as outras categorias, é a categoria “Ferida Narcísica”. Esta categoria tornou-se central, na medida em que todas as mães mostram que as dificuldades que a criança parece sofrer as envolvem no seu narcisismo e no investimento narcísico que fizeram da criança, ainda que algumas mães o apresentem de um modo defensivo. Associado a isto, nas entrevistas, as mães manifestaram sentimentos de imperfeição, de impotência ou de surpresa. Assim, na *Core Category* “Ferida Narcísica”, temos depoimentos como: “Comecei logo a martirizar-me. “Onde é que eu errei? Onde é que eu falhei?” (...) Comecei logo: “Mas onde é que eu falhei? E sempre foi uma filha tão desejada e tão querida...”. Porque muitas das vezes pensei: “Será que eu fiz alguma pressão, sem notar, sem querer, que levasse a menina a ficar assim?”” [mãe de M. – 10 anos]; ou “Eu achei que o F. precisava de um apoio que eu não estava a conseguir dar. (...) Porque eu sabia que não conseguia aplacar aquelas coisas todas.” [mãe de F. – 9 anos]; ou “No início é aquela coisa, não é bem um choque, mas... por vezes surpreende. Custou-me assim... pronto. (...) Mas o que chamou mais atenção para mim foi na escola: o facto de se enervar, de ficar tenso, de chorar, de gritar, como disse a professora. Ficamos assim: “como é que é possível?”” [mãe de P. – 6 anos].

Ligadas à *Core Category* estão nove categorias principais, sendo que destas resultam vinte e cinco subcategorias. As nove categorias principais são: “Perda da Criança Ideal”, “Dimensão da Culpabilidade”, “Reconhecimento do Fracasso da Função Materna”, “Dimensão da Aceitação”, “Experiência na Clínica”, “Relações da Mãe com Outros Familiares da Criança”, “Vivências dos Outros Familiares da Criança”, “Evolução Positiva” e “Futuro da Criança”.

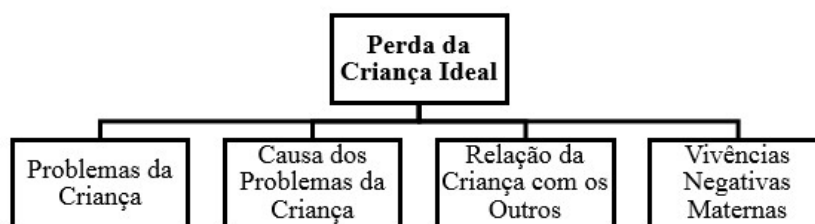
Quando o filho adoece mentalmente, as mães percebem que o seu filho não é aquela criança que tanto idealizaram. Por conseguinte, relacionada diretamente com a *Core Category* “Ferida Narcísica” está a categoria “Perda da Criança Ideal”. As mães percebem que perderam a criança ideal, quando se deparam com o comportamento intolerável da criança. Este é transformado, pelas mães, num sintoma, numa doença (subcategoria “Problemas da Criança”). Assim, há uma desculpabilização da parte da mãe, uma elaboração defensiva. Os “Problemas da Criança” verificam-se tanto na escola (“Havia qualquer coisa que já não batia certo a partir da pré... da creche. Porque sempre foi muito agitado.” [mãe de L. – 12 anos]; “Porque o P. tinha dificuldades em adaptar-se. Pronto, teve assim nervos no início do ano; não conseguia fazer as coisas e fiquei um bocadito preocupada.” [mãe de P. – 6 anos]) como na família (“Quando começámos aqui, o J. estava completamente fechado.” [mãe de J. – 10 anos]; “Na altura entre os 3 e os 4 anos, nós começámos a ver, em casa, que ao fazer os jogos estava pouco tempo e não terminava as tarefas... não queria terminar. Em termos de desenho, também achávamos que não estava a corresponder à idade, à faixa etária que ela estava.” [mãe de B. – 5 anos]), sendo que uma mãe refere ainda que a sua família acaba por se isolar devido às dificuldades da criança (“Eu acho que o que acontece a todos nós, famílias, também é um isolamento muito grande; acho que nós acabamos por ficar muito sozinhos, porque temos estas situações. Em primeira análise, às vezes, se calhar não querermos pôr o F. e ele depois fica... não quer ir para o meio de muita gente, não quer ir para meio de não sei quê... e acabamos por nos isolar muito.” [mãe de F. – 9 anos]). A “Causa dos Problemas da Criança” sucede, segundo as mães, do ambiente (“Acho que foi um excesso de pressão, muito

Teoria Grounded das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico

*honestamente, em cima da miúda. Não sabendo... por parte dos pais. Por parte de estudar bastante, não é? Pela altura em que foi... pronto, por tudo. Pareceu-me também ali uma grande pressão escolar”* [mãe de M. – 10 anos]), da hereditariedade (“*Dizem que o pai, que era assim. O meu marido. (...) Como nós não encontramos nada que justifique o comportamento dele... que seja isso, que seja hereditário.*” [mãe de L. – 12 anos]) ou da genética (“*É assim, o F. foi a minha segunda inseminação; foram 7 anos à espera, portanto... Suponho que há muitos fatores que possam... inclusivamente genéticos. (...) Sei lá se foi da carrada de hormonas que eu tomei durante... para engravidar, se foi... (...) Pode haver uma componente genética disputada pela conjugação das hormonas...*” [mãe de F. – 9 anos]). Ainda assim, algumas mães mostraram, através da sua expressão facial e do modo defensivo como falaram, o seu receio em falar sobre as possíveis causas do problema do filho, afirmando que não identificavam causa alguma para tal: “*Não sei. Não sei qual é que é a causa. Sinceramente, não faço ideia. (...) Ele cresceu sempre comigo, ele nunca foi para... ele só foi para a escola aos 3 anos. Para a pré. Antes nunca foi para a escola, esteve sempre comigo. Nunca houve nada que levasse a pensar que podia ser a causa.*” [mãe de J. – 10 anos]. Por outro lado, a “Relação da Criança com os Outros” também está muito relacionada com a “Perda da Criança Ideal”, principalmente nas relações negativas da criança. Verifica-se que maior parte das crianças, segundo as mães, se relacionam mais facilmente com as crianças mais novas (“*Ela vai muito mais rápido ter com essas crianças pequenas do que se for com uma da idade dela.*” [mãe de M. – 10 anos]) e têm mais dificuldades em relacionar-se com as crianças mais velhas (“*Se for um bocadinho mais velha, já consegue estar mais. Porque, lá está, os mais velhos já têm mais maturidade e conseguem ouvi-lo mais e estar mais ao pé dele.*” [mãe de J. – 10 anos]); relativamente às crianças da mesma idade, a dificuldade é acrescida, isolando-se destas (“*Na escola, ele foge deles.*” [mãe de J. – 15 anos]). Com grande parte dos professores, a relação da maioria das crianças também é negativa: “*É só com alguns professores que ele se dá. Dá-se com o professor de educação física, dá-se com o professor de moral... Com o diretor de turma, nem bem nem mal; dá-se mais ou menos. De resto, não se dá lá muito bem. A professora de apoio... agora também não gosta dela. Está sempre a dizer que têm que lhe tirar, que não gosta dela, porque ela leva-o para a biblioteca, põe-no no computador e ela a ler livros.*” [mãe de J. – 15 anos]. Com os adultos em geral, as mães referem que os filhos conseguem relacionar-se melhor do que com as outras crianças: “*Com adultos para ele é sempre mais fácil.*” [mãe de F. – 9 anos]. Além disso, as mães mencionam também que os seus filhos têm uma melhor relação com os familiares, tirando algumas exceções, comparando com a que têm – ou não têm – com as outras crianças e professores (“*É uma criança muito amável. É muito preocupada, principalmente se sabe que alguém foi ao médico. (...) Principalmente com o avô, anda sempre: “Oh avô, já tomaste os comprimidos? Avô, olha, está na hora.” Apesar de não saber as horas, às vezes é uma questão mesmo de ir chatear o avô para ele tomar a medicação.*” [mãe de B. – 5 anos]). Associado a este sentimento de “Perda da Criança Ideal” estão as “Vivências Negativas Maternas” face aos sintomas da criança, tais como: desespero, sobrecarga, angústia, preocupação, tristeza, confusão, impotência e desejo de que nada disto tivesse acontecido (“*Acaba por ser tudo para cima de mim.*” [mãe de L. – 12 anos]; “*... preferia não estar a passar por isto tudo. Principalmente, preferia não ver a minha filha sofrer, como às vezes a vejo sofrer em alguns*

Teoria Grounded das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico

dias.” [mãe de M. – 10 anos]; “Quando li o teste, fiquei um pouco em baixo. Não pensava que tivesse uma baixa autoestima tão grande. Fiquei triste, claro.” [mãe de P. – 6 anos]; “Eu achei que o F. precisava de um apoio que eu não estava a conseguir dar. (...) Mas é uma angústia grande em relação a isso.” [mãe de F. – 9 anos]). Concluindo, “Problemas da Criança”, “Causa dos Problemas da Criança”, “Relação da Criança com os Outros” e “Vivências Negativas Maternas” são quatro subcategorias que originaram a categoria principal “Perda da Criança Ideal” (Esquema 1).

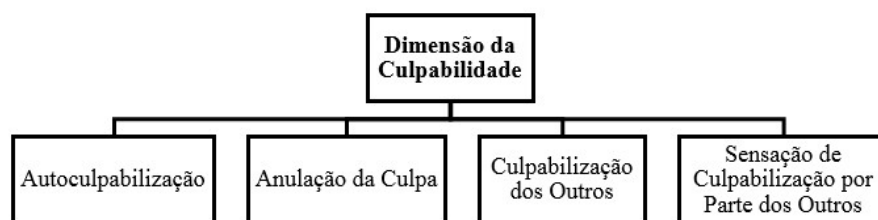


Esquema 1 – Perda da Criança Ideal

Perante a “Perda da Criança Ideal”, a maior parte das mães sente-se culpada por tal ter acontecido, ainda que esta culpa esteja disfarçada em algumas mães. Daqui surge a categoria principal “Dimensão da Culpabilidade” e as suas subcategorias “Autoculpabilização”, “Anulação da Culpa”, “Culpabilização dos Outros” e “Sensação de Culpabilização por Parte dos Outros” (Esquema 2). A subcategoria “Autoculpabilização” diz respeito às quatro mães que referem ser as culpadas ou parte das pessoas culpadas pela situação em que os filhos se encontram (“Mas tenho essa carga nos ombros, sim. Acho que sou um bocadinho culpada nisto tudo.” [mãe de M. – 10 anos]). Além disso, é importante salientar que se verificou que das quatro mães que admitem, de uma forma direta, ter alguma culpa perante os sintomas que o seu filho apresenta, três consideram que o filho é mais parecido consigo do que com o pai; todas as outras mães defendem que o seu filho é mais parecido com o pai. As três primeiras mães afirmam que o filho tem certos problemas que elas também tiveram e que ainda têm, mostrando o quanto revivem a sua própria experiência infantil (“É stressada como a mãe (...) É uma miúda carente ao mesmo tempo; e eu também me considero. Preciso que as pessoas de quem eu gosto... que eu saiba que gostam e que estão ali, e a M. também. E é uma miúda muito preocupada, eu também me considero. Preocupo-me com demasiada coisa. Também me critico por isso.” [mãe de M. – 10 anos]; “Porque eu também sou uma pessoa... já fui mais, mas também sou um bocado insegura e se calhar puxou um bocadinho à mãe.” [mãe de B. – 5 anos]). Por outro lado, outras mães desculpabilizam-se daquilo que aconteceu aos filhos (subcategoria “Anulação da Culpa”): “Eu vou com ele a todo lado... Ele pratica Karaté, ele pratica natação... Nós em casa conversamos... Eu ajudo-o a estudar... Eu faço tudo o que está ao meu alcance para estar com ele... Passeamos... Fazemos tudo o que podemos.” [mãe de L. – 12 anos]. Neste seguimento, as mães afirmam que o filho é inteligente, apesar dos sintomas apresentados (“Se ele estudar, ele não tem dificuldades, porque ele até aprende e aprende bem. Ele é inteligente.” [mãe de L. – 12 anos]). Algumas mães também

Teoria Grounded das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico

optam por culpabilizar os outros – pai (“*Também pensei algumas vezes: “Será que é pelo pai estar muitas vezes ausente?”, porque o meu marido sai de manhã, volta à noite. (...) Quando vem, já está a dormir. (...) Muitas vezes ele pergunta porque é que o pai está a trabalhar.*” [mãe de P. – 6 anos]), professor (“*E depois acho que a professora também aprendeu essa parte de ponta, porque está-lhe a cortar muito. (...) Mas isso também é outro assunto que eu tenho que resolver com o diretor de turma: como é que a professora quer que ele tire boas notas se ela está a maior parte do tempo a faltar?*” [mãe de L. – 12 anos]) e avós maternos (“*Se calhar se nos tivessem ajudado também de outra forma ou de outras coisas, o menino já não era assim.*” [mãe de L. – 12 anos]) (subcategoria “Culpabilização dos Outros”). Por fim, uma mãe ainda tinha a sensação de que os outros – psicóloga da escola (“*Na escola, a psicóloga da escola chegou-me a dizer que o problema dele era a mãe ser ansiosa, não era mais nada.*” [mãe de L. – 12 anos]), pai (... *porque ele só diz “Ai, o teu filho isto, o teu filho aquilo...” Mas eu digo-lhe assim: “Opá, tenho coisas para fazer, ajuda-o a estudar...” “Ah, não sei, não sei.” (...) E parece que sou eu a culpada de tudo...*” [mãe de L. – 12 anos]) e avós maternos (“*Mas é mais para criticarem, como quem diz é mal-educado ou isto ou aquilo.*” [mãe de L. – 12 anos]) - a culpabilizam (subcategoria “Sensação de Culpabilização por Parte dos Outros”).



Esquema 2 – Dimensão da Culpabilidade

Relacionado com esta “Dimensão da Culpabilidade” temos o “Reconhecimento do Fracasso da Função Materna”; a mãe sente-se culpada, na medida em que percebe que fracassou enquanto mãe. Dá-se então um pedido de ajuda angustiante e agressivo, pois as dificuldades que a criança parece sofrer cinge a mãe no seu narcisismo: “*Foi o desespero de tentar bater a muitas portas e não encontrar nenhuma. Porque eu sabia que havia qualquer coisa com o menino, só que ninguém me dizia o quê... não sabíamos bem ... só era que era “hiperativo, era hiperativo”... e ninguém dizia nada, nem me ajudavam. “Temos que viver com isso, temos que viver”, mas não havia nada que lhe quisessem fazer. (...) Mas nós (pais) sempre achamos que havia ali qualquer coisa mais; sem ser a agitação, que havia qualquer coisa. E entretanto, depois comecei a procurar por mim, porque a escola não me dava grandes saídas.*” [mãe de L. – 12 anos]; “*Tinha acho que três negativas ou quatro. E, então, ele disse que o diretor de turma para quê que lhe tinha dado aquelas notas, que ia buscar uma espingarda e que o matava. (...) Meteram-no nos jornais, na televisão, disseram que o J. que era um monstro; meteram-no numa sala ao lado da sala de aulas, uma sala pequenina com o professor por videoconferência a fazer os trabalhos, a ver os outros só do outro lado. (...) Apanhavam sempre o J., não o deixavam*

Teoria Grounded das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico



*chegar ao pé dos outros, porque ele batia e fazia que acontecia. Não batia em nenhum nem nada; só tinha a linguagem de tratar mal. (...) Ele depois veio, então, para aqui para a clínica, porque o Dr. P. viu no jornal e disse que aquilo não se fazia, e telefonou para a escola e queria falar com os pais, para começar a atender o J.” [mãe de J. – 15 anos]. O escutar o diagnóstico feito pelo psicólogo é mais uma altura onde a mãe reconhece que falhou. A vivência materna face ao diagnóstico do psicólogo diz respeito à surpresa face a gravidade do problema da criança (“Já tinha uma noção de que o R. que não estava bem, mas pensando sempre que era aquela coisa que os pais pensam sempre... que com o tempo as crianças vão mudar. Porque quando chega à fase da adolescência há uma transformação.” [mãe de R. – 11 anos]), à concordância com tal diagnóstico, à valorização da opinião do psicólogo, e ao desejo de que o processo terapêutico fosse mais rápido (“Acho que nos despertou a nós, enquanto pais, entender muito melhor a M., estar mais despertos para algumas coisas, não atuar de algumas maneiras como estávamos a atuar. Por isso, também foi um ensinamento para nós. (...) Gostaria, se calhar, de ultrapassar isto tudo e que o processo fosse mais rápido. Mas não é, nem pode ser. Mas concordo plenamente com as opiniões do Dr. P.” [mãe de M. – 10 anos]). Concluindo, a categoria principal “Reconhecimento do Fracasso da Função Materna” abarca as subcategorias “Pedido de Ajuda” e “Diagnóstico do Psicólogo” (Esquema 3).*



Esquema 3 – Reconhecimento do Fracasso da Função Materna

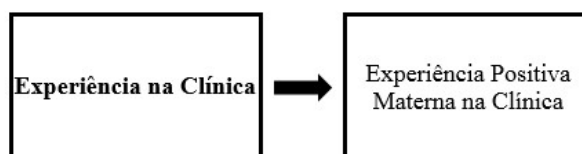
Por outro lado, houve uma mãe que aceitou praticamente desde o início o problema do filho: “... mas não consigo atribuir responsabilidades, não sei. É assim, somos assim. É uma particularidade. Eu tenho as minhas manias e o F. tem as dele, só que são diferentes, vêm de outro sítio. Pronto. Portanto, acho que é normal. É a nossa normalidade diferente.” [mãe de F. – 9 anos]. As outras mães, ainda com algum sentimento de culpa, acabaram por aceitar que o filho precisava de psicoterapia. Estas recorreram ao pedido de ajuda, tal como já foi mencionado em cima, e mostram-se disponíveis para ajudar o filho no que for preciso (“Se eu puder fazer alguma coisa, ou ajudar o Dr. P., ou a Dra. T. No dia-a-dia, coisas que possamos fazer... Eu estou pronta a fazer.” [mãe de P. – 6 anos]). Neste seguimento, ligada à categoria “Perda da Criança Ideal” encontramos a categoria “Dimensão da Aceitação”. Esta é explicada não só pela subcategoria “Aceitação Materna” como também pela subcategoria “Aceitação por Parte da Escola”, quando é verificada presença de empatia nos profissionais da escola (“E estou em contacto com a professora. A professora, mal saiba de alguma coisa - ou se ele se porta mal, ou se ele tem novamente as crises -, eu pedi para ela me

*avisar logo. (...) Atiraram-lhe com ele para o chão, atiraram-lhe com terra, atiraram-lhe com relva para cima dele e eu, pronto, quando soube disso, fiquei preocupada. (...) A professora foi impecável, a professora resolveu logo o assunto.” [mãe de P. – 6 anos] (Esquema 4).*



Esquema 4 – Dimensão da Aceitação

Ligada com a “Dimensão da Aceitação” temos a categoria “Experiência na Clínica”, sendo que esta, em todas as mães, é positiva: “*É como se eu visse aqui a clínica como um porto de abrigo.*” [mãe de L. – 12 anos]; “*E de repente, aqui, é um ambiente seguro para o F. começar a se espriair, não é? Há interação com outras pessoas, com um meio diferente, com essas coisas todas... e tem sido uma experiencia muito boa, muito boa.*” [mãe de F. – 9 anos]. À vista disso, a subcategoria “Experiência Positiva Materna na Clínica” indica-nos que as mães, ainda que tenham algum sentimento culpabilizante, acabaram por aceitar a situação em que se encontram os seus filhos (Esquema 5).



Esquema 5 – Experiência na Clínica

O que medeia as duas dimensões, “Dimensão da Culpabilidade” e “Dimensão da Aceitação”, são as “Relações da Mãe com Outros Familiares da Criança”. Verificou-se que a mãe com boa relação com o marido (subcategoria “Relação entre Mãe e Padrasto”) é a que aceita melhor o problema da criança. A verificação da qualidade desta relação foi feita através do discurso da mãe que indica partilhar as suas angústias com o marido (“*Eu digo-lhe: é muito difícil. Ainda no outro dia comentei isso com o J. [marido]...*” [mãe de F. – 9 anos].), da observação da expressão facial da mãe quando falava do marido, das informações dadas pelos psicólogos da clínica e da observação da interação entre a mãe e o marido no programa de habilitação clínica e sistémica. Já uma outra mãe que têm uma má relação com o marido (subcategoria “Relação Parental”: “*A minha relação com o pai fica muito tremida. (...) Não sei se o casamento durará muitos anos,*

porque é muito difícil eu estar a puxar para um lado e ele estar a puxar para o outro. (...) Tantas vezes eu já pensei em divorciar-me e fugir de tudo.” [mãe de L. – 12 anos]) e com os seus pais (subcategoria “Relação entre Mãe e Avós Maternos”: “Neste momento é que andamos zangados...” [mãe de L. – 12 anos]) tem dificuldade acrescida em aceitar o problema da criança, vivendo muito angustiada com tal. Ainda assim, esta mãe defende que a sua relação conjugal é negativa por conta da influência do problema do filho. No esquema 6, observam-se as relações entre a categoria “Relações da Mãe com Outros Familiares da Criança” e as suas subcategorias.

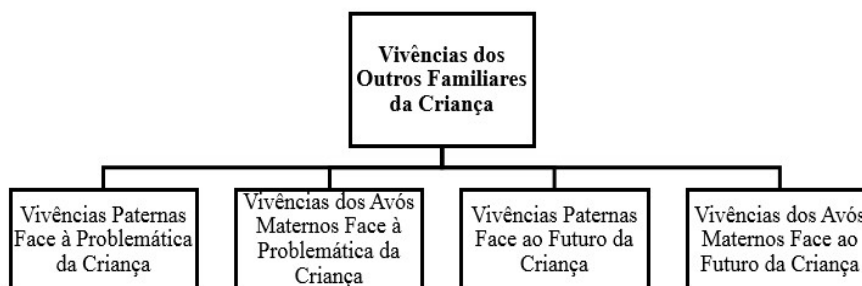


Esquema 6 – Relações da Mãe com Outros Familiares da Criança

A categoria “Vivências dos Outros Familiares da Criança”, para além de estar relacionada com a categoria “Relações da Mãe com Outros Familiares da Criança”, também permeia a “Dimensão da Culpabilidade” e a “Dimensão da Aceitação”. A primeira categoria principal deriva das subcategorias “Vivências Paternas Face à Problemática da Criança” (“*Em relação ao facto de a M. andar aqui, ele sempre apoiou (...) Ele acha que se a M. tiver que sair por algum motivo, ou nós retirarmos isso à M., que era muito mau. (...) Agora, na altura também foi complicado. (...) Mas, de resto, acho que aceitou bem.*” [mãe de M. – 10 anos]; versus “*Na vez de estar sempre a criticá-lo ou a manifestar-se contra ele, devia dizer: “Vem fazer as coisas a par comigo.” (...) E o pai é mais a apontar dedos e a ralar com ele e “tu isto” e “tu aquilo”.*” [mãe de L. – 12 anos]), “Vivências dos Avós Maternos Face à Problemática da Criança” (“*Tentam entender o máximo que podem... Nunca fazem comentários... (...) Mas os meus pais sempre estiveram próximos e sempre colaboraram... E sempre estiveram com o neto; ainda hoje estão.*” [mãe de F. – 9 anos]; versus “*Criticam mais do que às vezes aquilo que fazem. Se calhar se nos tivessem ajudado também de outra forma ou de outras coisas, o menino já não era assim.*” [mãe de L. – 12 anos]), “Vivências Paternas Face ao Futuro da Criança” (“*Ele vê-a da mesma maneira, mas se calhar ainda mais cuidadosa, mais responsável... do que a mãe a vê. (...) Acho que diria que ela seria uma boa mocinha na altura. Acho que ele também tem expectativas tal e qual como eu tenho: que seja realmente uma adulta de sucesso, capaz de levar a vida dela, mas ao mesmo tempo querida, amiga, meiga.*” [mãe de M. – 10 anos] versus “*É mais ou menos como eu, mas ele é sempre aquela coisa... É mais para apontar dedos, do que para tentar ajudar.*” [mãe de L. – 12 anos]) e “Vivências dos Avós Maternos Face ao Futuro da Criança” (“*Os meus pais dizem que ele é esperto, que ele tem capacidades. (...) A minha mãe disse que ele tem uma maturidade... (...) no sentido em consegue ter uma conversa assim mais sobre coisas, sobre temas que eles lá falam com a minha mãe, que ela nota... que a minha mãe diz “Ele é esperto, ele vai*

Teoria Grounded das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico

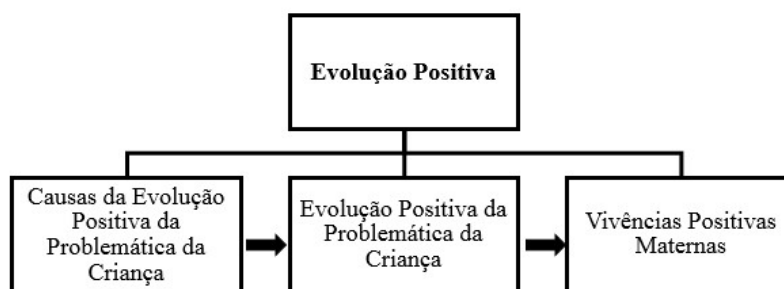
*buscar coisas que dá que pensar.*” [mãe de P. – 6 anos]) (Esquema 7). Averiguou-se que as mães que possuem melhores relações com os seus familiares e que, conseqüentemente, mais aceitam o problema do filho têm a percepção de que os seus familiares têm atitudes e pensamentos positivos sobre a criança, tanto ao nível da sua problemática como do seu futuro. Já as mães que apresentam piores relações com os seus familiares e que têm mais dificuldade em aceitar os sintomas do filho defendem que os seus familiares têm atitudes e pensamentos negativos sobre a criança.



Esquema 7 – Vivências dos Outros Familiares da Criança

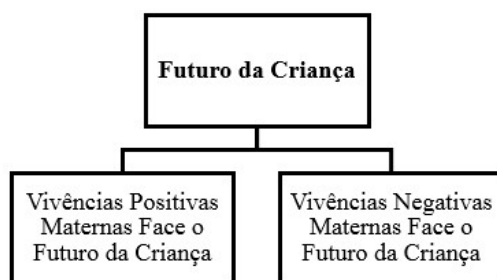
Todas as mães verificaram que tem havido uma “Evolução Positiva” nos seus filhos, no que diz respeito à sua problemática: *“Tem melhorado muito. Acalmou-o, ouve-nos, percebe o que nós dizemos. Se nós explicarmos onde é que vamos ou o que é que vai acontecer... vai ao restaurante, fazemos a refeição toda e ele percebe tudo e consegue estar. Se falar um bocadinho mais alto, nós dizemos “J., estamos num restaurante, não podemos falar alto”, e então está tudo bem. (...) Antigamente, não. Penso que o pior já foi ultrapassado. Porque ele agora já entende o que nós lhe dizemos... agora é só continuar a trabalhar e vamos conseguindo, aos poucos.”* [mãe de J. – 10 anos]. Esta evolução positiva advém não só da “Dimensão da Aceitação” e da “Experiência na Clínica”, como também da “Dimensão da Culpabilidade” e do “Reconhecimento do Fracasso da Função Materna” das mães. As crianças não só evoluíram positivamente quando as suas mães começaram a aceitar que as primeiras tinham determinadas dificuldades e que precisavam de ajuda, não culpabilizando os profissionais da instituição, como também evoluíram positivamente quando as mães reconheceram a sua responsabilidade por algumas das angústias do seu filho, mudando de atitude em consonância com os conselhos que os psicólogos lhes davam. Desta categoria principal – “Evolução Positiva” -, derivam as subcategorias “Causas da Evolução Positiva da Problemática da Criança”, “Evolução Positiva da Problemática da Criança” e “Vivências Positivas Maternas” (Esquema 8). As “Causas da Evolução Positiva da Problemática da Criança” devem-se, segundo as mães, tanto à psicoterapia (*“Ele então desde que veio para aqui, não saía de casa, não ia à parte de cima da casa que tem 1º andar, ele não subia. Estava sempre “vem comigo, vem comigo”, e agora já vai sozinho lá cima, vai a casa dos meus irmãos...”* [mãe de J. – 15 anos]), como aos conselhos que os psicólogos dão a si e ao marido (*“À Dra. T., à ajuda que ela nos está a dar. Além da psicoterapia que ele faz todas as semanas, os conselhos que ela também nos dá ...”* [mãe de L. – 12 anos]), como às atividades extracurriculares da criança (*“Inscribi-o num clube de*

basquete e notei no basquete não tem hipótese. Tem mesmo de ir, de tocar nos outros, de ser empurrado. (...) Desde as mãos no bolso a agora começar a ir correr para tentar buscar a bola... Posso dizer que sim, que houve uma evolução e ganho de confiança.” [mãe de P. – 6 anos]), como à ajuda da família (“Espero que também tenha a ver conosco, enquanto família à volta do F.; que também estejamos a fazer o nosso papel.” [mãe de F. – 9 anos]) e à atitude positiva da criança (“Tem a ver com a parte dele. Porque ele é que tem que ter a força de vontade.” [mãe de R. – 11 anos]). Perante a evolução positiva, como consequência temos as “Vivências Positivas Maternas”: sentimentos de felicidade, alívio, esperança e gratidão (“Estou muitíssimo feliz e muito aliviada. E tenho muita esperança que isto seja uma boa bengala para o meu filho.” [mãe de F. – 9 anos]; “Sinto-me grata, até porque descobri muito mais aqui do que quando vim. Descobri coisas que estavam a afetar a M. que até então não desconfiava, e descobri também como lidar com isso... aliás, vou descobrindo. (...) E aquele feedback que eu tenho por parte da M. é que ela, efetivamente, gosta muito. (...) Não é normal ela falar com ninguém estranho nem nada... e depois consegue ter uma relação para ela muito importante, como é o Dr. P.” [mãe de M. – 10 anos]).



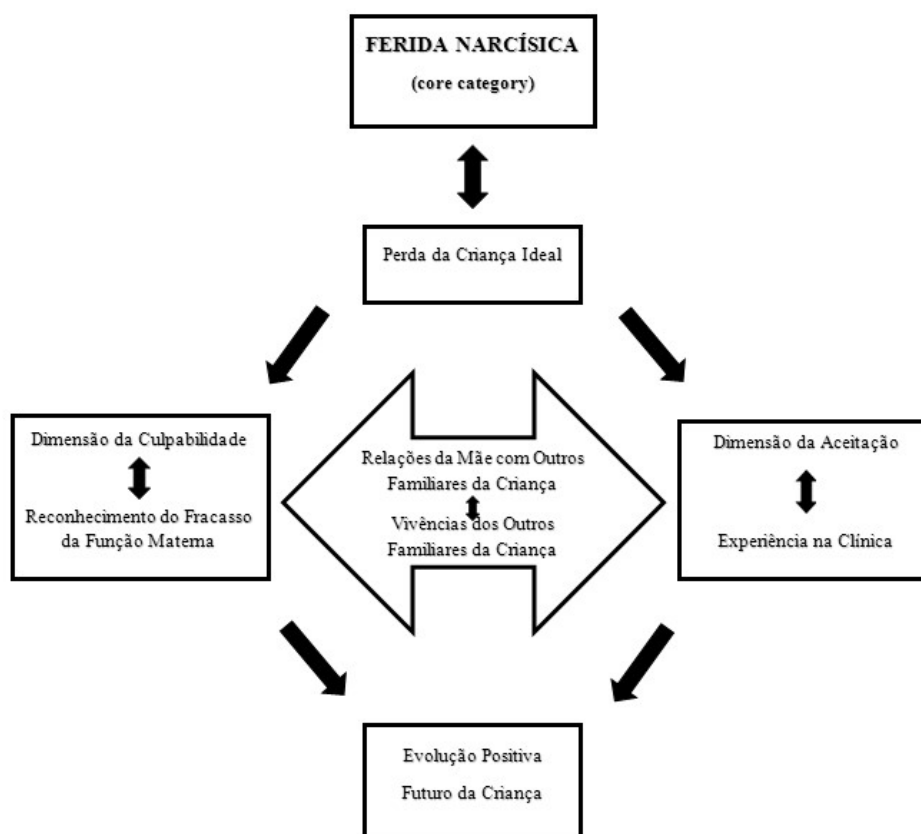
Esquema 8 – Evolução Positiva

Por fim, todos estes problemas dos filhos levam a que as mães reflitam sobre o “Futuro da Criança”. Desta categoria principal emergem as subcategorias “Vivências Positivas Maternas Face o Futuro da Criança” (“Acho que ela é uma miúda que tem capacidades para ser tudo o que ela quiser.” [mãe de M. – 10 anos]) e “Vivências Negativas Maternas Face o Futuro da Criança” (“Eu não consigo, eu não consigo... (...) É um medo muito grande, sabe? Tenho medo que ele fique sozinho, porque as pessoas não conseguem entendê-lo; que o olhem de lado; que o apontem na rua; que se riam dele. (...) Para mim é um assunto difícil.” [mãe de F. – 9 anos]; “Ele vai ficar desamparado. (...) Quando não tiver a mãe que o ajude, aí é que vai ser pior.” [mãe de J. – 15 anos]), sendo que a maior parte das mães tem projeções e sentimentos negativos relativamente ao futuro dos filhos. Este foi o tema mais complicado de abordar com as mães, tendo estas se emocionado durante a entrevista (Esquema 9).



Esquema 9 – Futuro da Criança

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, elaborou-se um esquema que mostra a inter-relação das nove categorias principais com a *Core Category* “Ferida Narcísica” (Esquema 10). Na *Grounded Theory*, o esquema é um procedimento essencial de análise, pois mostra como se chegou à relação entre determinadas categorias (Strauss & Corbin, 1990).

Esquema 10 – Teoria *Grounded* das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento Psicoterapêutico

Assim, como se observa no esquema, as nove categorias principais são: “Perda da Criança Ideal”, “Dimensão da Culpabilidade”, “Reconhecimento do Fracasso da Função Materna”, “Dimensão da Aceitação”, “Experiência na Clínica”, “Relações da Mãe com Outros Familiares da Criança”, “Vivências dos Outros Familiares da Criança”, “Evolução Positiva” e “Futuro da Criança”. A categoria “Perda da Criança Ideal” remete-nos para o momento em que a mãe percebe que o seu filho não é aquela criança que tanto idealizou, devido ao seu comportamento insuportável. Ligada a esta primeira categoria temos mais duas: “Dimensão da Culpabilidade” e “Dimensão da Aceitação”. A “Dimensão da Culpabilidade” diz respeito à culpa que a maior parte das mães sente, ainda que esta culpa esteja disfarçada em algumas mães. Estas sentem-se culpadas, pois percebem que fracassaram enquanto mães. Assim, relacionada com esta “Dimensão da Culpabilidade” temos o “Reconhecimento do Fracasso da Função Materna”. No lado direito do esquema, encontra-se a categoria “Dimensão da Aceitação”. Esta é referente à mãe que aceitou praticamente desde o início o problema do filho e às outras mães que, ainda com algum sentimento de culpa, acabaram por aceitar que o filho necessitava de acompanhamento psicológico, recorrendo à clínica. Nesta sequência, associada à categoria “Dimensão da Aceitação” está a categoria “Experiência na Clínica” que, em todas as mães, foi positiva. No centro do esquema, deparamo-nos com as categorias “Relações da Mãe com Outros Familiares da Criança” e “Vivências dos Outros Familiares da Criança”; estas categorias estão relacionadas e medeiam as duas dimensões mencionadas anteriormente. Por um lado, verificou-se que a mãe com boa relação com o marido e com os seus pais é a que aceita melhor o problema do filho, acabando por ter uma percepção positiva sobre a visão e as atitudes que os seus familiares têm face à criança. Por outro lado, a mãe que diz ter uma má relação com o seu conjugue e com os seus pais tem mais dificuldade em aceitar o problema do seu filho, levando-a a perceber negativamente a perspectiva e os comportamentos dos familiares perante a criança. A parte de baixo do esquema - categorias “Evolução Positiva” e “Futuro da Criança” - corresponde à consequência de todas as sete categorias mencionadas anteriormente. Neste momento, as mães reconhecem que os seus filhos estão a evoluir positivamente no que diz respeito às suas dificuldades, possuindo, assim, sentimentos de esperança e desejando o melhor para o futuro dos filhos. Porém, a maior parte das mães tem sentimentos negativos relativamente ao futuro dos filhos.

Em destaque no presente estudo está a *Core Category* “Ferida Narcísica”. Como se observa no esquema, a *Core Category* “Ferida Narcísica” está relacionada com as nove categorias principais. Esta relação acontece na medida em que todas as categorias resultam, direta ou indiretamente, do ataque que as dificuldades das crianças provocam na vivência interna das mães. O facto de a “Ferida Narcísica” ser a categoria central mostra-nos que todas as mães, mesmo as que mais aceitam os sintomas dos seus filhos, vivem esta situação com muita angústia.

Concluindo, a visão que estas mães têm sobre os seus filhos é uma visão muito centrada nos sintomas das crianças, pois envolve as mães no seu narcisismo - na sua maternidade imperfeita e impotente - e no investimento narcísico que fizeram das crianças. Deste modo, as mães acabam por se autoculpabilizar ou então optam por se defender, desculpabilizando-se e culpabilizando os outros que rodeiam a criança. As mães afirmam que a

chegada à clínica foi um ato de desespero e que vêm a mesma como um “*porto de abrigo*”, alertando-nos para a aceitação que vai acontecendo por parte das mães. Verificou-se também que, por um lado, as relações que as mães têm com os restantes familiares influenciam a forma como lidam com o problema da criança. Por outro lado, esta forma como encaram o problema da criança influencia o modo como percebem as atitudes e os pensamentos dos mesmos familiares em relação à criança. Segundo estas mães, tem havido uma evolução positiva relativamente às dificuldades dos seus filhos, sendo que esta é consequência da perspectiva das mães sobre os sintomas das crianças. Ainda assim, o futuro destas crianças é um tema que preocupa as mães.

#### 4. Discussão e Integração Teórica dos Resultados

Depois de organizados os aspetos mais importantes da teoria *Grounded*, torna-se importante refletir sobre os estudos relativos às vivências das mães com filhos com dificuldades psicológicas ou outras (incluindo as somáticas), integrando essas informações na teoria antes delineada.

A reflexão será organizada em torno dos seguintes tópicos: “Constituição do Sujeito”, que descreve a elaboração da criança no mundo interno da mãe; “Ferida Narcísica e Perda da Criança Ideal”, que diz respeito à percepção materna de que a criança tem dificuldades, sendo que estas magoam narcisicamente a mãe; “Dimensão da Culpabilidade e Reconhecimento do Fracasso da Função Materna”, que expressa a culpa sentida pela mãe, quando esta percebe que falhou enquanto mãe; “Dimensão da Aceitação e Experiência na Clínica”, que nos transmite a aceitação das mães perante os sintomas dos filhos, sendo que esta se verifica nas vivências positivas das mães na instituição; “Relações Familiares”, que nos mostra o impacto das relações familiares nas mães e nas crianças; “Evolução Positiva”, onde é exposto o motivo que leva ao atenuar dos sintomas das crianças; e “Futuro da Criança”, que descreve as vivências maternas positivas e negativas face ao futuro dos filhos. Estes tópicos são intitulados deste modo – à exceção do primeiro -, pois são suportados pela teoria antes escrita, mais precisamente pela *Core Category* e pelas categorias principais.

##### 4.1 Constituição do Sujeito

Quando um casal sabe que vai ter um filho, começa por imaginar como será o bebé e, posteriormente, a criança. Esta imaginação dos pais remete para uma idealização do bebé, com grande investimento libidinal, que tem por base desejos narcísicos (Franco, 2015; Freud, 1914/1990; Góes, 2006). Estes desejos narcísicos são essenciais, pois preparam a mãe para se vincular com o seu filho real; sem esta idealização com carácter narcísico, não haveria vinculação (Franco, 2015; Góes, 2006). De acordo com Franco (2015), a idealização ocorre segundo três dimensões: a componente estética (o bebé ideal tem características físicas de perfeição, incluindo semelhanças



com os pais); a componente de competência (o bebê ideal é intelectualmente competente e tem capacidades que correspondem ao estilo de vida e valores dos pais); e a componente do futuro (o bebê ideal terá um futuro ideal, que deixará os pais felizes e realizados). Neste seguimento, os pais pensam que o seu filho fará aquilo que eles não conseguiram fazer e que reparará aquilo que não foi reparado nas suas vidas, projetando o seu ideal do ego no filho (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2006; Franco, 2015; Góes, 2006). Além do aspeto individual deste ideal projetado - substituto do narcisismo perdido na infância -, também existe um aspeto social, dado que também se constitui um ideal de uma família; o superego de uma criança compõe-se a partir do modelo do superego dos pais e os elementos contidos nele são transmitidos de geração em geração (Góes, 2006).

Concluindo, por um lado, esta dimensão imaginária e idealizada é essencial para que os pais se possam vincular à criança. Portanto, o bebê ideal dá vida ao bebê real. Por outro lado, o bebê ideal permite cuidar do Eu dos seus pais, fazendo com que eles ultrapassem as angústias de gravidez e de parentalidade (Franco, 2015; Mandelbaum, 2008).

#### 4.2 Ferida Narcísica e Perda da Criança Ideal

O que foi exposto anteriormente acontece com todas as crianças. Todavia, esta aposta narcísica fracassa sempre, pois a criança não segue tudo o que lhe é reservado (Ferrari, 2012). Isto é um bom preditor, uma vez que para a criança se constituir como um sujeito diferenciado, a aposta narcísica precisa minimamente de falhar para que as características da criança possam surgir (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2006). Como nos diz Freud (1914/1990), os pais atribuem ao filho todas as perfeições possíveis e esquecem-se que a doença ou outro tipo de limitações o atingirão, acreditando que o filho realizará os sonhos que os pais não conseguiram concretizar. Assim, tal com uns pais não esperavam que o seu filho sem sintomas psicológicos chorasse durante toda a noite, também os outros pais não esperavam que a criança tivesse determinados sintomas (Franco, 2015). Segundo Navarini e Hirdes (2008), quando a mãe tem consciência de que o filho não é tão perfeito como imaginava e que abarca sintomas psicológicos, são vários os sentimentos que se sucedem, tais como: medo, tristeza, piedade e vergonha. Na maioria das vezes, os familiares sentem-se sós e vítimas do destino. Contudo, também sentem carinho, empatia e sensibilidade com a dor do outro, e preocupação em entender as reações e as mensagens emitidas pelo outro, para o poder atender (Navarini & Hirdes, 2008). O presente estudo confirma o que os autores mencionados defendem, exceto a vergonha existente nos sujeitos da investigação de Navarini e Hirdes (2008). As mães do presente estudo assumiram, sem algum tipo de vergonha, que os filhos tinham dificuldades e que precisavam de ajuda. Os outros sentimentos expressados pelas mães deste estudo, que confirmam estudos anteriores, são: o medo, a tristeza, a piedade, o carinho, a empatia e a sensibilidade com a dor do outro, e a preocupação em entender as reações e as mensagens emitidas pelo familiar, para o poder ajudar. A mãe que mais se sente sozinha, possuindo, por isso, um grande sentimento de sobrecarga, é a mãe que menos apoio tem dos familiares e que mais dificuldade tem em aceitar a situação em questão. Verifica-se este sentimento na sua declaração: *“Acaba por ser tudo para cima de mim e parece que sou eu a culpada de tudo... (...) É um autêntico inferno.”* [mãe de L. – 12 anos]. Na presente investigação ainda existem

Teoria *Grounded* das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico

Daniela de Jesus Cardoso Pinheiro de Castro (e-mail: danieladejesuscastro@gmail.com) 2016

mães que referem a sua angústia, preocupação, confusão, desespero e desejo de que nada disto tivesse acontecido.

Os problemas da criança fazem com que os sujeitos, enquanto pais, sintam que não conseguiram manter-se na completude narcísica e, enquanto filhos que foram, sintam que não conseguiram satisfazer o desejo parental. Posto isto, a ferida narcísica e o sofrimento são inevitáveis (Ferrari, 2012). No presente estudo encontramos vários depoimentos de mães que confirmam muitos destes aspetos, particularmente no que diz respeito ao sofrimento resultante da ferida narcísica sentida pelas mães. A ferida narcísica manifestou-se através de três sentimentos: imperfeição, impotência e surpresa.

De acordo com Navarini e Hirdes (2008), um dos problemas das pessoas com sintomas psicológicos é a agressividade apresentada no seu dia-a-dia, devido à revolta que sentem, ao nervosismo, à dificuldade em entender o que se vai passando e ao desejo de isolamento. Este desejo de isolamento por parte dos filhos é confirmado por uma das mães do presente estudo: *“Eu acho que o que acontece a todos nós, famílias, também é um isolamento muito grande.”* [mãe de F. – 9 anos].

#### **4.3 Dimensão da Culpabilidade e Reconhecimento do Fracasso da Função Materna**

Segundo Malpique (1999), vir ao psicólogo ou ao pedopsiquiatra é já admitir, da parte dos pais, aquilo que o filho tem e, conseqüentemente, que fracassaram enquanto pais. Deste modo, conforme Arfouilloux (1983), o pedido de ajuda revela uma certa angústia, ou até mesmo agressividade. Ouvir o diagnóstico do profissional de saúde é também um momento onde os pais se confrontam com a realidade, percebendo que realmente o filho que fantasiaram não existe; o que existe é uma criança com problemas. Por conseguinte, abre-se uma ferida narcísica nos pais, gerada por sentimentos de fracasso e de culpabilidade. Esta ferida narcísica prejudica a autoestima dos pais (Arfouilloux, 1983; Franco, 2015; Góes, 2006; Malpique, 1999; Oliveira, 2000).

Perante o diagnóstico do filho, existem pais que negam que este seja verdadeiro. Numa primeira instância, a negação é um movimento fundamental, na medida em que mostra que os pais não ficaram passivos, procurando segundas opiniões em especialistas mais competentes. Porém, encontram-se pais que aparentemente querem o melhor para o filho, procurando durante anos um bom especialista e fugindo à realidade em causa. Ainda existe um terceiro tipo de negação mais destrutivo, onde os pais negam completamente a realidade, não permitindo que o seu filho beneficie de acompanhamento psicoterapêutico (Franco, 2015). De acordo com Franco (2015), a negação tem como objetivo manter-se ligado ao objeto idealizado, afirmando que a criança ideal e que a criança real são as mesmas. Negando o desaparecimento da criança idealizada, a revolta e a raiva são os sentimentos que costumam ser dirigidos aos profissionais de saúde, familiares e amigos que parecem não ser empáticos. Os pais chegam a pôr tudo em causa, a revoltarem-se com Deus, com o destino ou com a sorte. É esperado que este início de raiva e de revolta aconteça, mas não se pode manter ao longo dos anos; só assim é que os pais têm um desenvolvimento psicológico saudável e uma vinculação positiva com os seus filhos (Franco, 2015). No presente estudo, não se verificou nenhum tipo de negação por

Teoria *Grounded* das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico

parte das mães perante o diagnóstico do filho. Apenas existiram algumas mães que, perante a ausência de um acompanhamento devidamente eficaz na evolução terapêutica do seu filho, resolveram procurar profissionais mais competentes.

O sentimento de fracasso dos pais leva ao sentimento de culpa, sendo que este pode ser um obstáculo ao retomar do processo de desenvolvimento psicológico dos pais (Franco, 2015; Navarini & Hirdes, 2008). A culpa pode manifestar-se através de várias formas: autculpabilização, anulação da culpa, culpabilização dos outros ou sensação de culpabilização por parte dos outros. Por vezes, a autculpabilização não permite um retomar saudável do processo de desenvolvimento, pois com este sentimento de culpa a mãe não consegue abdicar da criança imaginária (Franco, 2015). Existem quatro mães, no presente estudo, que assumem ser as culpadas (ou parte da culpa) da situação do filho. Destas quatro mães, existe uma que é a que mais se autculpabiliza de um modo explícito: *“E depois lá vem a culpabilização: “Caramba, mas sou eu que faço isto; sou eu que sempre quis que eles fossem tão educadinhos e tão certinhos.”* [mãe de M. – 10 anos]. Segundo Malpique (1999), as mães desculpabilizam-se quando, ao levarem o filho à consulta, afirmam que não se trata de nada anormal, que só vêm para mais tarde não terem problemas de consciência. Isto não se verifica no presente estudo, visto que as mães chegam à instituição, já admitindo desesperadamente que o filho tem determinada dificuldade e precisa de ajuda. Malpique (1999) ainda refere que, com a intenção de se desculpabilizarem, os pais acabam por transformar o comportamento intolerável da criança numa doença ou num sintoma, atribuindo-lhe uma causa e procurando alguém competente para tratar a tal doença que não lhes diz respeito. Por isso, é que as principais queixas dos pais são as dificuldades escolares e as alterações do comportamento, que não se tratam de uma doença no sentido comum do termo, pois a criança não se queixa e nem sempre sofre com isso; trata-se da exigência dos pais que torna tais manifestações intoleráveis. Deste modo, nem sempre a queixa dos pais coincide com o sofrimento da criança, sendo que este vai se conhecendo quando se aprofunda a entrevista. Assim, o sofrimento da criança remete-nos para fobias, insónias, medos, depressões e obsessões (Malpique, 1999). Isto que Malpique (2009) argumenta verifica-se apenas em algumas das mães do presente estudo, que chegaram à clínica sem diagnóstico feito ainda: *“E a minha primeira preocupação foi mesmo na escola, o desinteresse pela escola. A agressividade que ele apresentava perante os colegas... foi essa mais a minha preocupação.”* [mãe de R. – 11 anos]. Já a mãe que mais se autculpabiliza – e não se desculpabiliza – chegou, por outro lado, a declarar: *“Eu na altura pensava até que era uma depressão, ela parecia muito mais quieta, notou-se muito a nível escolar também.”* [mãe de M. – 10 anos]. Esta mãe, ao contrário das outras, não se defende tanto através das dificuldades escolares e das alterações do comportamento da criança, compreendendo antes o sofrimento pela qual o seu filho possa estar a passar. Por vezes, consoante Franco (2015), a culpa sentida pelas mães pode ser dirigida aos profissionais de saúde, mas tal facto não acontece no presente estudo. Evidenciou-se que as mães possuem uma relação positiva com os psicólogos, percebem empatia da parte deles e estão gratas por todo o apoio que lhes têm dado. A culpa, no entanto, tal como acontece com algumas destas mães, pode também ser dirigida diretamente ao conjugue, acabando por destruir a coesão familiar e o bem-estar emocional (Franco, 2015).

Teoria *Grounded* das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico

Daniela de Jesus Cardoso Pinheiro de Castro (e-mail: danieladejesuscastro@gmail.com) 2016

#### 4.4 Dimensão da Aceitação e Experiência na Clínica

Face a esta situação de perda da criança idealizada, o pai e a mãe ou ficam ligados de alguma maneira a esta perda, ou então organizam o seu luto pela mesma. Este é um trabalho vagaroso e doloroso, onde o Eu se vai renunciando e afastando do objeto. No luto, o próprio objeto desaparece. No entanto, aqui a criança permanece. Tratam-se de dois aspetos distintos. Assim, o processo não termina com o processo de luto, pois vai-se criar um vínculo com esta “outra” criança; se o que foi idealizado não nasceu, então os pais têm que se vincular à criança real. Sem esta nova idealização, os pais serão apenas funcionais, não havendo vínculos e laços entre os pais e a criança. Contudo, o vínculo é imprescindível para o bom desenvolvimento psicológico da criança (Franco, 2015). Segundo Franco (2015), os princípios da nova idealização são os mesmos que os da idealização inicial, mencionados anteriormente: dimensão da estética (é importante que os pais considerem os filhos bonitos, esperando que os filhos também pensem o mesmo deles); dimensão da competência (os pais devem-se focar naquilo que a criança consegue fazer, idealizando algo de bom de acordo com a realidade da criança); e a dimensão do futuro (pensar sobre o futuro é fomentar a esperança e as possibilidades). Esta nova idealização também está destinada a desaparecer, pois é transitória. Ainda assim, permite que os pais avancem no seu desenvolvimento saudável. Portanto, é realmente essencial que todo o projeto anterior dos pais seja reidealizado, sendo atribuídos novos significados ao filho que nasceu com “falhas”. Estes novos projetos proporcionarão uma nova realidade, fazendo com que surjam novas possibilidades de relacionamento entre pais e filho (Franco, 2015; Góes, 2006). Isto acontece com aquelas famílias que, ainda que no início se tenham sentido um pouco culpadas e tristes, depois percebem que é importante aceitar o que lhes aconteceu e construir novas idealizações sobre o seu filho. Ainda existe um outro tipo de famílias que, sendo equilibradas emocionalmente, acolhem, desde o início, positivamente os seus membros e as suas recaídas, não se sentindo culpadas. Deste modo, pode ocorrer uma remissão de alguns sintomas do seu familiar. Estas famílias consideram que as experiências da sua vida contribuem para o seu crescimento pessoal; independentemente do que as oprime, criam um ambiente calmo (Góes, 2006; Oliveira, 2000). Num estudo onde avaliaram a felicidade subjetiva de mães com filhos com deficiência, Findler, Jacoby e Gabis (2016) perceberam que baixos níveis de culpa e de ansiedade em conjunto com elevados níveis de suporte social contribuem para níveis mais altos de felicidade nas mães de crianças com algum tipo de problema. Apesar da perceção de elevados níveis de suporte social aumentar a felicidade, a culpa e a ansiedade sentidas têm um grande peso nos níveis de felicidade das mães. Assim, o sentimento de culpa está negativamente associado à felicidade. O presente estudo reforça o que estes autores defendem (Findler, Jacoby, & Gabis, 2016; Góes, 2006; Oliveira, 2000), na medida em que a mãe mais equilibrada emocionalmente, que menos se culpa e, conseqüentemente, que menos ansiedade possui é aquela que mais olha para a situação do seu filho de uma forma positiva, mostrando, assim, um maior nível de felicidade (*“Não consigo atribuir responsabilidades, não sei. É assim, somos assim. É uma particularidade. Eu tenho as minhas manias e o F. tem as dele, só que são diferentes, vêm de outro sítio.”* [mãe de F. – 9 anos]). Esta mãe também é a que tem um maior suporte dos seus familiares – o que mostra o equilíbrio emocional dos familiares -, tal como será

Teoria *Grounded* das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico

explicado mais à frente. Já outras mães que se culpam muito pelos sintomas do filho e que têm altos níveis de ansiedade, assim como um menor suporte dos familiares, demonstram níveis de felicidade menores.

No estudo de Colvero, Ide e Rolim (2004) sobre as representações sociais construídas por oito familiares de portadores de sintomatologia psicológica acerca do fenómeno da saúde e da doença mental, verificou-se que estes familiares não explicam nem compreendem plenamente o problema dos filhos ou dos irmãos. Isto é verificado quando os familiares referem que as pessoas em causa são de facto diferentes e que têm comportamentos estranhos – não esperados e não compreensíveis da parte deles. Já na presente investigação, isto não acontece; todas as mães aceitam os seus filhos como são, desejando-lhes o melhor. Mesmo a mãe que evidencia maior dificuldade em compreender a situação do filho, não considera os seus comportamentos estranhos: *“Começaram a tratá-lo mal, a fechá-lo de castigo. Ele não fazia os trabalhos, ele mordida os pulsos; fazia o que era normal de um menino com autismo.”* [mãe de J. – 15 anos].

Quando os pais pedem ajuda, estes pretendem que o psicólogo os tranquilize, lhes dê conselhos e que resolva o problema do seu filho. Se o psicólogo não der uma resposta aos pais, poderá originar situações de conflito que prejudicarão as crianças (Arfouilloux, 1983; Chazaud, 1977). Além disso, o suporte de informações para o casal ameniza o seu sentimento de culpa (Navarini & Hirdes, 2008). Assim, tal como refere Malpique (1999), é importante que o técnico de saúde mental aceite os pais, sem os culpabilizar. Esta atitude por parte do psicólogo levará a uma boa relação entre ele, a criança e a família, facilitando a tomada de consciência sobre a dimensão e a gravidade dos sintomas, assim como a aderência da criança e da família à intervenção (Castro & Piccinini, 2002). Reuniões com a família também podem ser uma boa fonte para a sua orientação, principalmente a nível do aperfeiçoamento das habilidades de comunicação com o familiar em questão, reduzindo a sobrecarga na família e as dificuldades na criança (Navarini & Hirdes, 2008). De facto, Navarini e Hirdes (2008) verificam que os familiares conseguem lidar melhor com os sintomas do sujeito, quando participam nas reuniões onde expressam as suas angústias, trocam experiências e dúvidas, e recebem orientações. O presente estudo confirma isto.

Um estudo de Navarini e Hirdes (2008) evidencia que os profissionais não têm ainda a família como foco principal no tratamento, salientando que estes não têm atenção para as necessidades das famílias que convivem com os sintomas psicológicos. Outro estudo de Barbosa, Chaud e Gomes (2008) também conclui que as mães não encontram a ajuda pretendida nos técnicos de saúde a quem procuram ajuda. No presente estudo esta realidade não se verifica; todas as mães sentem-se apoiadas pelos psicólogos da instituição. A atenção prestada às necessidades da família das crianças é percebida através dos concelhos que os psicólogos vão dando aos pais de todas as crianças e através do programa de habilitação clínica e sistémica para famílias com crianças com diagnóstico de autismo. Assim, o trabalho psicoterapêutico, que vai muito mais além da psicoterapia individual entre o psicólogo e a criança, influencia positivamente o modo como as famílias vão aceitando a situação em que se encontram.

#### 4.5 Relações Familiares

Num estudo de Castro e Piccinini (2002) sobre doenças orgânicas crônicas, é defendido que a relação da mãe com a criança é afetada pelos medos que a mãe tem em relação ao futuro da criança, assim como pela culpa e pelo sofrimento que existem associados à doença crônica. Para que as mães consigam superar estes sentimentos e vincular-se à criança de uma melhor forma, parece importante que tenham um relacionamento satisfatório com o marido. Oliveira (2000) também afirma que, quando os familiares transmitem afeto e apoio à mãe, os vínculos familiares são reforçados, fornecendo força para enfrentar tudo o que é imposto pelos sintomas psicológicos da criança. O mesmo é verificado com estas mães. A mãe que tem uma relação positiva e de suporte mútuo com o marido, por exemplo, é capaz de lidar melhor com as dificuldades do filho. Já a mãe que possui uma relação negativa com o seu marido, tem mais dificuldade em aceitar o problema do filho, vivendo a relação e as dificuldades do filho de forma muito angustiada. Esta mãe afirma mesmo que o marido não a apoia, acabando por se sentir muito sobrecarregada e com a sensação de que o marido a vê como culpada de tudo o que vai acontecendo de menos positivo na vida da família.

No estudo de Barbosa, Chaud e Gomes (2008) sobre crianças portadoras de deficiência, constatou-se que, perante as dificuldades da criança, ocorrem alterações no funcionamento da família; isto acontece tanto na dinâmica do casal, como no relacionamento entre os outros membros da família. Esta situação também é constatada neste estudo, particularmente com as duas mães que referem que o problema dos filhos influenciou a sua relação com o pai dessas crianças: *“Eu penso que o diagnóstico do F. acabou por levar ao nosso afastamento enquanto casal, porque acabamos por ter reações completamente diferentes e velocidades completamente diferentes, e as coisas acabaram por se deteriorar.”* [mãe de F. – 9 anos].

Smith e Elder (2010) estudaram as relações entre crianças que têm autismo e os seus irmãos, sendo que os resultados obtidos evidenciaram a ausência de ansiedade nesta amostra. Assim, concluiu-se que a ansiedade entre irmãos depende de outros fatores, parecendo estar mais associada à relação parental do que à presença ou não de um irmão com autismo. Verifica-se o mesmo na presente investigação, no que diz respeito às relações das crianças com diagnóstico de autismo com os seus irmãos. Isto foi evidenciado, não só pelos testemunhos das mães, como também pela observação do comportamento das crianças com diagnóstico de autismo e os seus irmãos num programa de habilitação clínica e sistémica para famílias com crianças com diagnóstico de autismo. Assim, com base nas declarações das mães e nas observações do comportamento entre as crianças com diagnóstico de autismo com os seus irmãos, confirma-se que a ansiedade entre irmãos não está necessariamente relacionada com o facto de um deles possuir o diagnóstico de autismo: *“Com a irmã é com quem ele brinca mais. Está muito habituada a ele e, como também já esteve no verão connosco na quinta [refere-se ao programa de habilitação clínica e sistémica]... ela também já vem aqui... já foi aprendendo como é que há-de fazer e consegue.”* [mãe de J. – 10 anos].

#### 4.6 Evolução Positiva

Só o facto de as mães marcarem uma consulta com o profissional de saúde mental já provoca um alívio nelas e uma maior capacidade para tolerarem o comportamento da criança. Este alívio de que nos fala Malpique (1999) foi sentido por muitas das mães: *“Eu sinto-me aliviada neste caso, porque eu sei que estou a ajudar o meu filho.”* [mãe de R. – 11 anos]. Já a maior capacidade das mães em tolerarem o comportamento dos filhos é verificada quando afirmam, perante o diagnóstico do psicólogo: *“Acho que nos despertou a nós enquanto pais, entender muito melhor a M., estar mais despertados para algumas coisas, não atuar de algumas maneiras como estávamos a atuar, por isso, também foi um ensinamento para nós.”* [mãe de M. – 10 anos]. Além do alívio e da tolerância por parte das mães, quando estas marcam uma consulta, ou seja, quando estas começam a aceitar que o seu filho tem dificuldades e que precisa de ajuda, ocorre um atenuar dos sintomas da criança e um alívio no cliente em questão (Malpique, 1999; Mandelbaum, 2008). Por outro lado, há pais que, por resistência à intervenção que está a ser feita no filho, acabam por tirar o filho da psicoterapia, ainda que o sofrimento da criança esteja a ser amenizado. Deste modo, partindo da conceção lacaniana de constituição do sujeito, vemos como o infantil parental pode atualizar o sintoma do filho (Ferrari, 2012). Tendo em conta que todas as mães do presente estudo têm vindo a aceitar a situação do filho, pois todas referem que o filho precisa mesmo de acompanhamento psicoterapêutico, verificamos a evolução positiva que daqui decorre – todas as crianças têm evoluído também devido à postura das mães.

Segundo Malpique (1999), quando a culpabilidade relativamente ao seu filho é reconhecida, os pais acabam por mudar a sua atitude, distanciando-se ou aproximando-se da criança. Assim, não é só a aceitação e a experiência positiva na clínica que levam à evolução positiva da criança; a culpabilidade e o reconhecimento do fracasso da função materna também podem levar ao mesmo. No presente estudo, isto verifica-se na medida em que assim que uma mãe reconheceu que tinha mesmo culpa, mudou a forma como lidava com o filho: *“Era muita pressão, durante todo o ano, em cima dela, dos miúdos, por parte da escola. Se calhar também por nossa parte... na altura sem sabermos muito bem, não é? Agora é que estamos um bocado mais despertados para essas coisas. Às vezes, para nós dizer uma coisa não é tão... não damos tanta importância e eles elevam aquilo a um outro nível, não é? Pronto, o facto de dizermos “Olha, vê lá, esforça-te, tenta tirar boas notas!”. (...) Se calhar para o meu outro filho não tem efeito nenhum, porque ele é um descontraído e não se passa nada, e na M. aquilo despertava nela ali coisas complicadas. (...) Passei a atuar de uma maneira diferente, em tentativa de consonância com o que o Dr. P. me vai dizendo e vai passando.”* [mãe de M. – 10 anos].

#### 4.7 Futuro da Criança

Segundo Navarini e Hirdes (2008), o sofrimento e a insegurança, cujo impacto começa no diagnóstico, são companheiros durante todo o acompanhamento psicológico e quando se pensa nas perspetivas de futuro da criança. Segundo Franco (2015), os pais acabam assim por estar focados no presente e evitando – ainda que isso seja impossível – pensar sobre o futuro.

Teoria *Grounded* das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico

Martins e Couto (2014) também alegam que os pais de crianças portadoras de uma deficiência têm uma preocupação incessante sobre quem irá cuidar do seu filho no futuro, visto que o envelhecimento é inevitável. Os resultados do presente estudo enfatizam estes três estudos, uma vez que a maior parte das mães entrevistadas afirma estar preocupada relativamente ao futuro do filho. Esta preocupação advém do facto das mães terem receio de que as dificuldades dos filhos não lhes permitam ter um futuro positivo, e do medo de duas mães de que os filhos não consigam ser autónomos, principalmente quando as mães já tiverem falecido. Estas mães acreditam que os outros não saberão lidar com os filhos, ficando estes completamente sozinhos. Este receio, preocupação e incerteza no que diz respeito ao futuro dos filhos, provoca um sentimento de angústia enorme nas mães. Este sentimento não só foi relatado pela maioria das mães, como também foi apresentado pela atitude defensiva das mães que afirmavam não pensar sobre o futuro. Esta preocupação relacionada com o futuro acontece principalmente nas mães que têm filhos com diagnóstico de autismo. De entre estas, as que têm mais *insight* – consciência e compreensão sobre os sintomas dos filhos -, são as que acabam por se emocionar.

Noutra perspetiva, Franco (2015) defende que o futuro é a porta que abre a esperança. Assim, pensar sobre o futuro é alimentar possibilidades, esperança. Muitas vezes, as mães que dizem que só podem pensar num dia de cada vez são aquelas que têm mais esperança (Franco, 2015). Ainda que a maior parte das mães do presente estudo tenha receio em pensar sobre o futuro dos filhos, as mães acabaram por referir nas entrevistas tudo o que desejam para eles, mostrando que a esperança ainda não morreu, tal como defende Franco (2015): *“Espero que seja o melhor possível e que ele vá conseguindo aprender na escola cada vez mais e evoluir, porque era muito bom para ele. De resto, não sei. Gostava que estivesse a estudar, por exemplo. Era bom.”* [mãe de J. – 10 anos]; *“E eu penso: “Será que o F. ...?” Eu espero que o F. encontre alguma coisa que goste de fazer, que lhe dê prazer.”* [mãe de F. – 9 anos].

## Conclusões

A partir da análise qualitativa aplicada nas entrevistas das mães de crianças seguidas na Clínica de Psicoterapia Pós-Clássica de Coimbra, emergiu uma teoria *Grounded* com a *Core Category* “Ferida Narcísica” e as seguintes categorias principais: “Perda da Criança Ideal”, “Dimensão da Culpabilidade”, “Reconhecimento do Fracasso da Função Materna”, “Dimensão da Aceitação”, “Experiência na Clínica”, “Relações da Mãe com Outros Familiares da Criança”, “Vivências dos Outros Familiares da Criança”, “Evolução Positiva” e “Futuro da Criança”. A categoria “Perda da Criança Ideal” remete-nos para o instante em que as mães percebem que o seu filho não é aquela criança que tanto idealizaram, pois abarca determinadas dificuldades. Esta categoria está ligada às categorias “Dimensão da Culpabilidade” e “Dimensão da Aceitação”, visto serem os dois modos – ainda que não sejam necessariamente opostos – de lidar com a situação em que se encontram. A “Dimensão da Culpabilidade” diz respeito à culpa que a maior parte das mães sente, ainda que esta culpa nalgumas



mães se manifeste de forma implícita. Este sentimento de culpa acontece quando as mães reconhecem que fracassaram enquanto mães. Assim, relacionada diretamente com a categoria “Dimensão da Culpabilidade” está a categoria “Reconhecimento do Fracasso da Função Materna”. A categoria “Dimensão da Aceitação” refere-se à capacidade de as mães aceitarem os problemas dos filhos, sendo que esta foi verificada a partir da percepção positiva que as mães têm acerca da sua experiência na instituição. Deste modo, a categoria “Experiência na Clínica” está ligada à categoria “Dimensão da Aceitação”. Entre estas duas dimensões - “Dimensão da Culpabilidade” e “Dimensão da Aceitação” - estão as categorias que as medeiam, isto é, as categorias “Relações da Mãe com Outros Familiares da Criança” e “Vivências dos Outros Familiares da Criança”, que se referem às relações das mães com os seus familiares e às vivências desses familiares com as crianças. Por fim, das categorias “Dimensão da Culpabilidade”, “Reconhecimento do Fracasso da Função Materna”, “Dimensão da Aceitação” e “Experiência na Clínica” resultam as categorias “Evolução Positiva” e “Futuro da Criança”. Todas as mães argumentam que os seus filhos têm evoluído positivamente relativamente às suas dificuldades. Porém, as mães apresentam sentimentos negativos relativamente ao futuro dos filhos.

Todas as categorias principais estão de algum modo ligadas à *Core Category* “Ferida Narcísica”. As mães entrevistadas defendem que as dificuldades das crianças as ferem narcisicamente. Assim, mesmo as mães que mais aceitam os sintomas dos filhos, vivem esta situação com muita angústia.

Ainda que exista pouca investigação sobre as teorias que as mães têm sobre os sintomas psicológicos dos filhos, verifica-se que a teoria das mães do presente estudo se encontra, de alguma forma, próxima das teorias das mães dos outros estudos. Todas as teorias são, assim, muito centradas nos sintomas dos filhos e muito ligadas à ferida narcísica que as mães parecem sofrer. Ainda assim, existem algumas diferenças entre o presente estudo e outras investigações.

Mesmo estando presente alguma angústia nas mães, os resultados do presente estudo podem ser avaliados como positivos, na medida em que todas as mães defendem que tem havido uma evolução positiva nos filhos. A evolução positiva manifesta-se através de um atenuar dos sintomas, ou seja, de uma maior autonomia das crianças, de uma melhor relação das crianças com os outros – nomeadamente, com os pares -, de um melhor desempenho académico e de um desenvolvimento psicológico mais saudável. Estes resultados evidenciam várias conclusões relevantes. Numa primeira instância, verifica-se que o apoio sentido pela mãe se relaciona diretamente com a aceitação que a mãe faz da situação do seu filho, e esta com a percepção das vivências dos familiares em relação à criança. Numa segunda instância, confirma-se também que o envolvimento das mães no processo psicoterapêutico dos filhos está diretamente relacionado com a aceitação do problema dos filhos por parte das mães. Numa terceira instância, verifica-se que a aceitação materna e o sentimento de culpa das mães relacionam-se diretamente com a evolução positiva das crianças.

Apesar do presente estudo ter utilizado apenas uma instituição, não sendo possível generalizar os resultados assim obtidos, este oferece conclusões relevantes para futuras investigações. É esperado que o presente estudo seja a base de próximas investigações que tenham como objetivo esta mesma realidade, mas em condições diferentes, isto é, noutras instituições

Teoria *Grounded* das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento Psicoterapêutico

Daniela de Jesus Cardoso Pinheiro de Castro (e-mail: danieladejesuscastro@gmail.com) 2016

que possam ter práticas distintas das do presente estudo. Com isto, será possível compreender melhor as vivências das mães com crianças em seguimento psicoterapêutico.

Para além do presente estudo servir de suporte para futuras investigações, reconhece-se a importância do mesmo também nas recomendações apresentadas para a prática clínica com crianças. Acredita-se que estas recomendações facilitam o desenvolvimento de intervenções com crianças, que podem aumentar a qualidade de vida das crianças e das mães.

### Referências Bibliográficas

Almeida, J. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Arfouilloux, J. C. (1983). *A Entrevista com a Criança: a Abordagem da Criança Através do Diálogo, do Brinquedo e do Desenho*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Barbosa, M. A. M., Chaud, M. N., & Gomes, M. M. F. (2008). Vivências de Mães com um Filho Deficiente: um Estudo Fenomenológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (1), 46-52.

Castro, E., K., & Piccinini, C., A. (2002). Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 625-635.

Chazaud, J. (1977). *As Psicoterapias da Criança*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Colvero, L. A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e Doença mental: a Difícil Convivência com a Diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38 (2), 197-205.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental, & Administração Central do Sistema de Saúde (2014). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: ACSS.

Corbin, J. & Strauss, A. (1994). Grounded Theory Methodology. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 273-285). Thousand Oaks: Sage Publications.

Ferrari, A., G. (2012). Sintoma da Criança, Atualização do Processo Constitutivo Parental? *Tempo Psicanalítico*, 44 (2), 299-319.

Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2006). O Narcisismo no Contexto da Maternidade: Algumas Evidências Empíricas. *Psico*, 37 (3), 271-278.

Fernandes, E. M., & Maia, Â. (2001). Grounded Theory. Em E. M. Fernandes, & L. S. Almeida (Eds.), *Métodos e Técnicas de Avaliação: contributos para a Prática e Investigação Psicológica* (pp. 49-76). Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.

Findler, L., Jacoby, A. K., & Gabis, L. (2016). Subjective Happiness Among Mothers of Children with Disabilities: The Role of Stress, Attachment, Guilt and Social Support. *Research in Developmental Disabilities*, 55, 44-54.

Franco, V. (2015). Paixão-dor-paixão: Pathos, Luto e Melancolia no Teoria *Grounded* das narrativas construídas pelas Mães sobre os filhos em seguimento  
Psicoterapêutico

Daniela de Jesus Cardoso Pinheiro de Castro (e-mail: danieladejesuscastro@gmail.com) 2016

Nascimento da Criança com Deficiência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18 (2), 204-220.

Freitas, C., Rocha, A., Pocinho, L., Beirão, J., & Silva, P. C. (2004). *Symptoms in Preadolescents and Adolescents in Funchal: A Prevalence Study*. Resumo publicado no livro de resumos página 334, Poster 016-263 apresentado no XVI Congresso da IACAPAP Berlim, Alemanha.

Freud, S. (1914/1990). Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. Em J. Strachey (Ed.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol.14, pp. 75-108). Rio de Janeiro: Imago Editores. Recuperado em 7 maio, 2016, de <http://www.freudonline.com.br/livros/volume-14/vol-xiv-2-sobre-o-narcisismo-uma-introducao-1914/>

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine: Chicago.

Góes, F. A. B. (2006). Um Encontro Inesperado: Os Pais e Seu Filho com Deficiência Mental. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 26 (3), 450-461.

Heath, H., & Cowley, S. (2004). Developing a Grounded Theory Approach: A Comparison of Glaser and Strauss. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (2), 141-150.

Janesick, V. (1994). The Dance of Qualitative Research Design. In N. Denzin, & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 209-219). Thousand Oaks: Sage Publications.

Kessler, R., Amminger, P., Aguilar-Gaxiola, S., Jordi, A., & Lee, U. T. S. (2007). Age of Onset of Mental Disorders: A review of Recent Literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (4), 359-364.

Lima, L., N., & Ferro, M., J. (2014). *Grounded Theory: Uma Metodologia Qualitativa de Investigação*. Manual Pedagógico de apoio ao Seminário de Investigação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Malpique, C. (1999). *Pais / Filhos em Consulta Psicoterapêutica*. Porto: Afrontamento.

Mandelbaum, B. (2008). *Psicanálise da Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Martins, M., & Couto, A. P. (2014). Vivências do Dia-a-dia de Pais com Filhos Deficientes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (1), 117-124.

Milheiro, J. (1999). Prefácio. Em C. Malpique (Ed.), *Pais / Filhos em Consulta Psicoterapêutica* (pp. 9 - 14). Porto: Afrontamento.

Miller, W., & Crabtree, B. (2004). Depth Interviewing. In. S. Hesse-Biber, & P. Leavy (Eds.), *Approaches to Qualitative Research* (pp. 185–202). New York: Oxford University Press.

Navarini, V., & Hirdes, A. (2008). A Família do Portador de Transtorno Mental: Identificando Recursos Adaptativos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (4), 680-688.

Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T. S., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., Gonçalves, E., Lopes, N. M., Rodrigues, V., Mota, H. C., & Vicente, A. M. (2007). Epidemiology of Autism Spectrum Disorder in Portugal: Prevalence, Clinical Characterization, and Medical Conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49 (10), 726 – 733.

Smith, L. O., & Elder, J. H. (2010). Siblings and Family Environments of Persons with Autism Spectrum Disorders: A Review of Literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry Nursing*, 23 (3), 189-195.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage Publications.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.