

# O PSICÓLOGO NO ACOLHIMENTO DE MÃES DE CRIANÇAS ESPECIAIS

Adriana Rocha Figueiredo – Psicóloga  
Mestre e doutora pela UNICAMP/ SP  
Universidade de Uberaba / MG

## Introdução

O nascimento de uma criança é sempre um acontecimento único trazendo um significado novo para a família e para as pessoas que a recebem. Quando há o diagnóstico de que a criança tem algum tipo de dificuldade, instala-se uma ameaçadora descoberta que pode redundar em diferenciados desdobramentos. A situação intensifica as expectativas, anuncia sofrimentos e transtornos no meio familiar, sendo que, usualmente, a sobrecarga recai mais fortemente sobre a mãe.

Sabemos que não há uma relação direta entre a presença de *criança especial*<sup>1</sup> (CE) e dificuldades familiares, mas pesquisas (WERNECK, 1992) apontam que previsivelmente, o comportamento materno sofrerá impactos na relação mãe-criança, sendo que algumas condições estressantes se manterão estáveis durante toda a vida, porém outras, serão passíveis de intervenções amenizadoras.

A problemática da CE vem conquistando espaço de atenção, atualmente, constituindo-se um tema de relevância para as áreas da saúde e educação, o que para nós é de grande interesse, pelas implicações em nosso trabalho de professora, psicóloga e pesquisadora.

A literatura sobre os pais de CE é ainda incipiente e tende a tratar, mais frequentemente, do papel das mães na relação com a criança, sabemos que o impacto do nascimento do filho é forte sobre ambos, mas a mãe tende a reportar reações mais profundas e significativas (SHAPIRO; BLACKER; LOPEZ, 1998).

Esse ponto de vista não pode ser generalizado, porque segundo os mesmos autores, precisamos levar em conta as várias dimensões do comportamento maternal, tais como, percepção de estresse, saúde psicológica, depressão, relações familiares e ajustamento conjugal, saúde física e apoio familiar ao avaliar sua relação com o filho, que é uma CE. Certamente, essas mães se vêm frente a um

complexo problema, desde manter a saúde física do seu bebê e assisti-lo em suas tarefas de desenvolvimento como andar, falar, aprender a se cuidar, o que decorre do cuidado natural no desenvolvimento de toda criança, até situações adicionais de esforço, de adaptações, de comprometimento de seu tempo e espaço, de temor pelos riscos de não sobrevivência do filho, que somados aos sentimentos de ansiedade, dor e de isolamento social.

Há cerca de dez anos, trabalhando como supervisora de estágios no curso de Psicologia da Universidade de Uberaba, Minas Gerais, tivemos oportunidade de observar e de ouvir mães, cujos filhos eram usuários da clínica. Nelas, sentimentos contraditórios se misturavam, assim como se instalava no seu cotidiano, uma estranheza frente às peculiaridades e idiosincrasias de seus próprios filhos.

Foram essas observações que, aos poucos, se tornaram questionamentos profundos, dentre os quais destacamos:

- Como a subjetividade se organiza quando a mulher é mãe de uma CE?
- Que sentimentos e expectativas vivenciam essas mulheres, frente ao fato de terem um filho CE?

Conhecer estas questões que envolvem sua condição de mãe de CE e seus desdobramentos passou a ser o objetivo geral do nosso estudo, cujos objetivos decorrentes são:

- aprofundar a compreensão relacional do encadeamento de conceitos: mulher-mãe-maternidade-deficiência, procurando entender os sentimentos e as transformações subjetivas que se mostram nas mães de CE, tanto às difíceis e dolorosas, quanto às formas amenizadoras e criativas que descobriram para lidar com o cotidiano.

## **Maternidade x Maternidade Especial**

O quadro teórico de fundamentação do problema contempla tanto os aspectos desenvolvimentais individuais, quanto os sociais do comportamento humano. Os subsídios vieram da linha psicanalítica de Freud (1990a; 1990b), e de Winnicott (1982; 1987; 1999), e mais recentemente, Chodorow (1990), que confrontados com os conceitos sócio-históricos, como de Badinter (1985), González Rey (2003; 2004) nos foram úteis para entender a mãe da CE em sua circunstância,

que se constitui de dimensões intra e interpessoais, entendida em seu contexto familiar mais amplo.

A psicanálise foi a teoria que, primeiramente, discutiu a criação do significado pessoal na relação mãe-criança. Os desdobramentos recentes desta abordagem teórica avançaram, ao aceitar a dinâmica da estrutura emocional e explicar o desenvolvimento como um processo social, em que as realidades internas inconscientes dão forma, preenchem e distorcem a experiência real, dando significado e profundidade à experiência humana (CHODOROW, 1990).

A linha teórica de Winnicott (1987) evidencia que a criança depende do outro para se desenvolver, seja ele mãe, pai ou um adulto significativo para ela. Os adultos preenchem e enriquecem muito o espaço de *vir a ser* do bebê, no entanto, é a própria criança que mobiliza a dinâmica de seu crescimento, como ser de significados simbólicos e afetivos. Sabemos que no início do desenvolvimento infantil, os laços com a mãe e o pai são muito importantes para a criança, pois são de grande influência em todos os sentidos. Do ponto de vista intelectual, a relação mãe-bebê não determina o potencial de inteligência, mas o ganho ocorre através do jogo que mãe e bebê fazem juntos.

Sem este jogo de trocas, mãe e bebê permanecem estranhos um ao outro, não ocorrendo o nascimento do ser social, o que se efetiva apenas se o nascimento natural for revestido dos significados simbólicos e afetivos e a criança perceber estar entrando num novo mundo que a espera, e que lhe oferece meios de aprendizagem e sobrevivência.

Para Winnicott (1987), esse jogo de relações seria a área intermediária entre a realidade externa e a interna, podendo funcionar como um espaço através do qual a criança deixa sair sua angústia, aprende a lidar com a separação, a autonomia e os limites. Essa relação de troca depende do equilíbrio dos pais/mães, sendo um processo gradativo para todas as famílias. Há vários movimentos e conflitos permeando as condutas, devido às dificuldades dos pais em definir o que é melhor para eles e para as crianças. Acreditamos que essa busca tenha diversas nuances, principalmente, quando a família tem uma criança com dificuldades especiais de desenvolvimento.

Sabemos que há mitos, padrões e preconceitos históricos e culturais, que marcam e estigmatizam as pessoas por suas experiências frente a certas situações,

como se elas fossem incapazes de crescer, evoluir ou criar meios e condições de se adaptarem e viverem bem, fora dos padrões estabelecidos socialmente.

As idéias teóricas sobre a vida emocional dizem respeito às dimensões afetivas e cognitivas, que de forma íntima proporcionam o desenvolvimento da consciência. Esta conexão juntamente com as experiências e interações com as outras pessoas representam fatores imprescindíveis na compreensão da subjetividade humana.

A proposta de superação das cisões das dimensões humanas, implicando formas complexas de organização da personalidade, remete a uma representação do indivíduo como sujeito de seus processos psicológicos, um sujeito subjetivamente constituído (GONZÁLEZ REY, 2003).

O envolvimento dos pais/mães no cuidado da CE deve ser encorajado desde cedo, pois quanto mais nova a criança, maiores os ganhos em desenvolvimento, aumentando a confiança destes genitores na importância de sua participação ao efetivar trocas com o filho, motivando-os a assumir um papel ativo no relacionamento. Muitas vezes, cabe à mãe aproximar o pai nos cuidados, para que ele assumira essa postura.

Consideramos que o crescimento dessas mulheres/mães se baseia em valores, símbolos e significados compartilhados nos seus grupos de referência. São estes grupos que protegem os indivíduos contra as grandes estruturas sociais e as instituições frias e impessoais.

Acreditamos em profissionais e especialistas que levam em conta os valores culturais das pessoas e de seus grupos. Compartilhamos com essas idéias, dentro de uma visão holística na concepção da saúde/doença, apontando para dados que unam e liguem a saúde ao bem estar integral: físico, mental, social e espiritual, e possibilitem que as pessoas assumam com responsabilidade suas questões pessoais, desenvolvendo atitudes, hábitos e práticas saudáveis.

## **CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA**

Para saber como essas mães, nossos sujeitos de pesquisa, se percebiam e vivenciavam sua condição de mães de CE, adotamos o paradigma metodológico qualitativo, tendo a história oral como estratégia no processo investigativo, o que nos possibilitou verificar quem são estes filhos/pessoas para elas, quais são seus

desejos e sentimentos nas relações construídas no cotidiano, enfim, a investigação nos levou a compreender o processo de significação e ressignificação do seu papel de mãe, após ter uma CE. Destacamos que o importante deste estudo foi procurar compreender e interpretar os fatos pesquisados como provisórios e mutáveis, posto que são objeto histórico e, portanto, são fruto das relações sociais que estão em constante dinâmica.

O ser humano, enquanto objeto de estudo, possui consciência histórica, por isto é complexo, contraditório e inacabado e está em permanente transformação (MINAYO, 2000).

Elegemos os relatos de história oral, para a compreensão particular daquilo que buscamos estudar. Preocupamos com dados específicos, peculiares e singulares, para uma maior aproximação com as dimensões e significações pessoais do problema.

A pesquisa envolveu dois momentos. O primeiro foi de constituição da amostra de sujeitos. Nesta fase, nos aproximamos de mães que possuíam filhos com deficiência mental, no atendimento da Clínica de Psicologia da Universidade de Uberaba, que é nosso campo profissional, para os primeiros contatos de sondagem para a participação na pesquisa.

Entre as mulheres que contamos, 11 mulheres/mães, se dispuseram a participar para a exploração do tema.

No segundo momento, realizamos com as participantes da amostra, entrevistas individuais para a coleta de dados mais refinados, buscando focar a subjetividade dessas mulheres e as tramas afetivo-relacionais, que se constituíram e reconstituíram pelo fato de serem mães de CE. Os dados foram coletados durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2005.

As mães ao compartilharem suas histórias e vivências, expressaram suas idéias, sentimentos, emoções e vivências, evidenciando o jeito de ser particular de cada uma, que embora, individualmente, fosse diferente no tempo e no grupo social, não nos impediram de apreender o todo, enquanto coletivo.

Com a intenção de evitar a identificação e proteger a privacidade de cada uma delas, substituímos os nomes das mães por letras do alfabeto.

Tendo em vista permitir ao leitor uma visão geral das características das mães e de seus filhos, elaboramos um quadro, que apresentamos a seguir:

**Quadro 1** - Caracterização das 11 mulheres-mães pesquisadas.

Nome	Idade atual	Idade ao nascer CE	Estado marital	Grau de instrução	Profissão	Total de filhos	Posição do filho especial	Sexo do filho	Condição da CE
A	34	32	Casada	Médio	Manicure	2	Segundo	M	Síndrome de Down
B	43	40	Solteira	Superior	Advogada	1	Único	M	Síndrome de Down
C	40	39	Solteira	Fundamental	Manicure	1	Único	F	Síndrome de Down
D	48	30	Casada	Médio	Diarista	4	Segundo	M	Síndrome de Down
E	49	30	Casada	Superior	Dentista	2	Primeiro	F	Síndrome de Down
F	40	39	Casada	Médio	Manicure	1	Único	F	Síndrome de Down
G	37	34	Casada	Médio	Vendedora	2	Segundo	M	Síndrome de Down
H	44	22	Casada	Superior	Pedagoga	3	Primeiro	F	Síndrome de Down
I	41	40	Solteira	Superior	Pedagoga	1	Único	M	Síndrome de Down
J	47	25	Casada	Superior	Pedagoga	3	Primeiro	M	Síndrome de Down
L	31	25	Separada	Médio	Vendedora	1	Único	F	Má formação congênita

Fonte: dados das entrevistas.

### **Etiologias e caracterizações da Síndrome de Down (SD)**

Tendo em vista que a grande maioria dos filhos das pesquisadas apresentava SD, julgamos pertinente tecer considerações a respeito da referida síndrome.

Segundo Rodini e Souza (1998), a SD é uma síndrome genética associada a 15% das pessoas portadoras de atraso mental. Sua primeira descrição clínica foi realizada por Langdon Down em 1866, mas somente em 1959, Lejeune e seus colaboradores, descobriram a origem da SD, associada a um acidente na formação ou na divisão da célula-ovo.

A causa da SD é o excesso de material genético proveniente do cromossomo 21. Seus portadores apresentam três cópias do cromossomo 21, ao invés de duas, por isto a SD é denominada também Trissomia do 21.

A alteração do material genético proveniente do cromossomo 21 pode ocorrer de três formas diferentes:

#### *Trissomia livre em todas as células*

Em aproximadamente 92% dos portadores da SD é encontrado um cromossomo 21 extra em todas as células, resultando num cariótipo constituído por 47 cromossomos. O mecanismo genético que leva à trissomia livre é a não

disjunção do par de cromossomos 21 durante a gametogênese (meiose) de um dos genitores, resultando num óvulo ou espermatozóide com 24 cromossomos, devido à dissomia (dois cromossomos) do cromossomo 21. Após a fecundação será originado um embrião portador da SD.

A não disjunção é mais freqüente na mãe, principalmente após os trinta e cinco anos de idade. Aos vinte anos o risco é de 1 para 1600, enquanto que aos trinta e cinco é de 1 para 370. A SD ocorre em todas as raças e em ambos os sexos. Conforme demonstrado neste estudo na Fig.1, a idade da maioria das mulheres analisadas, foi acima de trinta anos.

#### *Translocação cromossômica.*

Em 3 a 4% dos casos de SD, o cromossomo 21 extra, está ligado a outro, frequentemente ao cromossomo 14. Este rearranjo cromossômico é denominado translocação. Segundo Gardner, Snustab (1986), o cariótipo, neste caso, apresenta 46 cromossomos e a translocação é representada como t (14;21) ou t (14q;21q). A letra q refere-se ao braço longo dos cromossomos envolvidos.

Essas translocações podem ser balanceadas, quando não há excesso de material cromossômico, ou não balanceadas quando há excesso. Sempre que uma criança apresentar SD devido à translocação, é indicada a realização do cariótipo dos pais. Não há relação entre translocação cromossômica e idade materna.

#### *Mosaicismo do cromossomo 21*

O mosaicismo do cromossomo 21 é responsável pela SD em 2 a 4% dos afetados. Estes apresentam dois tipos de células, algumas com 46 cromossomos e outras com 47 cromossomos, nas quais ocorre a trissomia do cromossomo 21. A causa principal é a não disjunção do cromossomo 21 durante o processo de meiose no embrião. O resultado será uma proporção entre células normais e trissômicas. Quanto menor o número de células trissômicas, menor é o envolvimento e a manifestação fenotípica. Esta forma de SD não tem relação com a idade da mãe (RODINI e SOUZA, 1998).

O diagnóstico preciso é feito através do cariótipo, que é a representação do conjunto de cromossomos de uma célula. É realizado através do sangue do bebê ou antes do nascimento, depois da décima primeira semana de vida intra-uterina, utilizando-se tecido fetal.

Atualmente tem sido utilizado um marcador ultrassonográfico que pode sugerir o diagnóstico da SD na décima segunda semana gestacional. Trata-se de

uma medida denominada translucência nucal, que é obtida pela medida da região da nuca do feto e valores acima de 3 mm são característicos de alguns problemas congênitos, entre eles, a SD.

### **As características clínicas da Síndrome de Down**

Segundo Rodini e Souza (1998) são congênitas, e se apresentam como: atraso mental, hipotonia muscular, baixa estatura, anomalia cardíaca, perfil achatado, orelhas pequenas com implantação baixa, olhos com fendas palpebrais oblíquas, língua grande, protusa e sulcada, encurvamento do quinto dígito, aumento da distância entre o primeiro e o segundo artelho e prega única nas palmas. Acrescentam ainda características como: presença de mãos grossas e curtas, estrabismo, baixa estatura, cabelos lisos e finos, voz rouca e baixa, pescoço curto e largo, pés pequenos, largos e grossos, pele áspera que tende a descamar, dentição irregular e tardia e cabeça achatada e um pouco menor que a das outras crianças.

A criança com a SD deve ser encaminhada, precocemente, para serviços especializados que orientem os pais sobre o prognóstico e a conduta terapêutica. A qualidade de vida dos afetados depende, principalmente, dos cuidados da família. A estimulação precoce melhora o desempenho neuro-motor, a hipotonia muscular e a linguagem.

### **A análise e discussão dos dados**

As categorias teóricas foram emergindo ao longo da análise dos depoimentos das vivências pessoais de cada mãe. Elas foram configuradas, como apontamos anteriormente, com base nas questões orientadoras deste trabalho e analisadas, por constituírem significados referentes ao fenômeno que estudamos. Neste artigo apresentamos duas das categorias, apontadas a seguir:

- Impacto, desencontro ao esperado.
- Desamparo, a busca de um caminho.

### **1. Impacto, desencontro ao esperado**

O nascimento de um filho especial levanta questões dolorosas em cada um dos pais. Na maioria das vezes, o casal sonha e planeja a vida e o futuro da criança, desde a primeira notícia sobre a concepção e o nascimento.

Enquanto esperavam seus filhos, todas as mães desta pesquisa fizeram acompanhamento pré-natal. A grande maioria revelou que nada foi apontado nos exames e nas consultas rotineiras, que indicasse suspeitas de anomalias.

A mãe B assim se expressou:

Fiz todos os exames, como é que nada foi percebido? Me explicaram, mas a gente fica perdida.

O impacto da notícia provocou em cada mãe, uma mistura de sentimentos, e depende da condição emocional dela, de seu estado de fragilidade e vulnerabilidade, naquele momento.

Os sentimentos de revolta, negação, rejeição, fracasso, morte, culpa, resignação e depressão iniciais, foram sendo aos poucos transformados em sentimentos mais elaborados, como aceitação e esperança e as experiências encontrando espaço na vida de cada uma.

O nascimento de uma criança CE produz um choque, porque não corresponde ao filho imaginado, esta criança irá renovar traumas e insatisfações inevitáveis na mãe, por passar pela renúncia à criança sonhada e imaginada. Esse momento, pode determinar dificuldades até mesmo nos cuidados mais simples como, alimentar, cuidados com a higiene, amamentação, devido à confusão emocional que a mãe vivencia.

Todos os membros da família vivenciam o choque frente à deficiência e também experienciam a perda que implica desapontamento, frustração, raiva à medida que percebem as implicações da nova situação.

No dia seguinte, assim que soube da notícia assustei muito, chorei, não sabia como era a síndrome de Down. Mãe A.

## **2. Desamparo, a busca de um caminho**

Buscaglia (1993) explica que é comum as mães de CE passarem por um período de depressão e desespero e que esta reação depende de sua personalidade, estilo de vida e história pessoal. O choque inicial e o sentimento de dor estão diretamente relacionados à representação e visibilidade da deficiência como dolorosa.

Um evento torna-se traumático quando adquire um significado negativo a respeito de quem a pessoa é. Ele pode deixar marcas profundas quando dá ao sujeito impressão de fraco, incompetente, defeituoso e perseguido.

A maioria das mães desta pesquisa relatou, com extrema angústia, o sentimento de despreparo e abandono em relação à notícia, revivendo como um momento de grande conflito, explícito numa constelação de sentimentos.

*Sabe, é um filho que frustra todas as suas aspirações. Não é fácil e nem é simples. A gente nunca teve ninguém na família. Mãe A*

*Vivo me perguntando porque ele nasceu com a Síndrome de Down? Será que eu sou errada? Será que fiz alguma coisa? Mãe F*

Este despreparo diz respeito tanto à possibilidade de se ter uma CE como ao desconhecimento da SD.

Um fato a ser destacado é o entendimento emocional entre a mãe e o médico ao estabelecer uma ligação, um vínculo por compartilharem experiências emocionais. Sabemos que esta relação favorece e ameniza estas experiências, pois a mulher se sente compreendida e amparada. Ter uma pessoa que se mostre receptiva a essa dor, “faz toda a diferença do mundo”. Mãe J

As mães passam a gestação toda depositando em seu ginecologista o seu maior vínculo e confiança. Sentem ao irem às consultas rotineiras que ele é o médico também do bebê, até por serem um só, naquele momento. Porém, na hora da notícia, em muitos casos, ele se “omite” e quem se responsabiliza é o pediatra. A mãe se sente traída, desapontada e o choque não pode ser elaborado, pois simplesmente o ginecologista não tem mais compromisso com esta história. Ela

reage, mas fica no ar este “nó”.

Será que estamos certas? Como pesquisadora, pensamos que na rede hospitalar caberia ao psicólogo ser o mediador, o tradutor e interprete deste momento, pois há uma cisão séria, a mãe sente que ele, o ginecologista, daria conta dos dois.

Elas nos contam assim:

*Ele nasceu roxinho, passando mal. Foi tumultuado lembro, foi difícil para mim. [...] o ginecologista não me informou, não me preparou. Mãe B*

*No hospital ninguém me disse nada. Percebi que ela tinha dificuldade para mamar, não tinha sucção. Não houve confirmação do diagnóstico. O exame só foi realizado aos oito meses e a síndrome foi confirmada. Mãe E*

Em muitos casos, os profissionais, médicos, enfermeiros, não estão preparados para dar a notícia.

O papel dos profissionais envolvidos com as mães de CE é essencial. Daí o nosso interesse sobre o fato deles terem maior conhecimento sobre a dinâmica emocional pela qual passam essas mulheres, a fim de se constituírem em elementos válidos de informação e apoio.

Sabemos que há necessidade de ser a mãe (os pais e/ou adultos responsáveis) bem atendida, ter suas dúvidas esclarecidas, para que possa se sentir segura emocionalmente e realmente informada para decidir os caminhos mais favoráveis a seguir.

A literatura mostra controvérsias quanto ao momento de comunicar à mãe o diagnóstico diferencial da CE. Werneck (1992) salienta que há um grupo de profissionais que defendem a idéia de que a mãe deve ter conhecimento da condição do filho, logo após seu nascimento para aceitá-lo. Para outros, porém, não falar favorece o estabelecimento do vínculo inicial da mãe com o seu bebê.

A negação é uma das primeiras fases apresentadas por uma pessoa frente a qualquer diagnóstico grave e corresponde a uma forma de defesa temporária, cuja tendência é a substituição pela aceitação parcial.

Algumas mães contaram que pouco conheciam sobre a deficiência e não sabiam do que se tratava a SD.

A informação e a conscientização da mãe sobre os fatos reais são ganhos importantes, pois quando se dispõe a colaborar de forma natural, a criança será

muito beneficiada.

Duas mães participantes da pesquisa não conseguiram retornar à vida que tinham antes da CE nascer. Ficaram aprisionadas à experiência, não crescendo emocionalmente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa permitiu explicitar que a visão de mundo de cada mãe é singular, é fragmentada e delimitada por seus conhecimentos, sentimentos e valores.

Nosso caminhar metodológico permitiu trabalhar com a oralidade e ofereceu meios para a sistematização das histórias dessas mulheres. Através da análise dos dados, foi possível inferir que cada mãe foi encontrando o seu jeito de lidar com a adversidade, mudando suas arraigadas crenças, valores, preconceitos e visões estereotipadas sobre a CE.

Ao saberem do fato da sua criança ser especial, não desistiram do seu bebê e não se afastaram da preocupação com sua sobrevivência. Essas mulheres assumiram a maternidade que a partir de dado momento passou a ser especial, construída na relação cotidiana com a CE.

A pesquisa mostrou que as mães necessitavam de um atendimento específico de acolhimento, de informações esclarecedoras e de orientações especializadas, pois não se sentiram acolhidas no momento do nascimento do filho especial. Podemos afirmar que esta mãe tem necessidade de apoio, pois ela própria também acaba de nascer e está frágil e desamparada.

Nossa sugestão conclusiva é de que nas equipes de atendimento a estas mães, haja a presença de psicólogos devidamente preparados, para responderem às suas necessidades emocionais. Caberá ao psicólogo também coordenar grupos de acolhimento, nos quais mães com mais experiências possam apoiar, acolher e indicar com segurança formas de cuidado com o filho, facilitando com que as mães encontrem vias de reconstrução e ressignificação de suas vidas.

---

<sup>1</sup> Adotamos o termo *criança especial (CE)* sempre que referimos à criança portadora de deficiência mental por necessitar, na maioria das vezes, de atendimento especializado.

---

## REFERÊNCIAS

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento**. Rio de Janeiro: Record, 1993.

CHODOROW, N. J. **Psicanálise da maternidade**. Uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade** (1905). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1990a.

\_\_\_\_\_. **A sexualidade feminina** (1931). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1990b.

GONZÁLEZ REY, F. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thompson, 2003.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

RODINI, E. S. O.; SOUZA, A. R. Down Syndrome: etiology and characteristics. **Cérebro & mente**. Revista eletrônica de divulgação científica em neurociências. Campinas, n. 4, dez. 1997/fev. 1998. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/home.htm>>. Acesso em: 22 out. 2006.

SHAPIRO, J.; BLACKER, J.; LOPEZ, S. R. **Maternal reaction to children with mental retardation**. Handbook of mental retardation and development. New York: Cambridge University, 1998.

WERNEK, C. **Muito prazer eu existo: um livro sobre o portador da Síndrome de Down**. São Paulo: Memnon, 1992.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.