



Diana Andreia Oliveira Brandão
**O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM INDIVÍDUOS COM PARALISIA
CEREBRAL E SEUS CUIDADORES: CONTRIBUTOS DA
AUTO-EFICÁCIA, SUPORTE SOCIAL E ESPERANÇA.**

TESE DE DOUTORAMENTO
PSICOLOGIA
2011

**O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM INDIVÍDUOS COM PARALISIA
CEREBRAL E SEUS CUIDADORES: CONTRIBUTOS DA AUTO-EFICÁCIA,
SUPORTE SOCIAL E ESPERANÇA**

Diana Andreia Oliveira Brandão

2011

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade do Porto, para obtenção do grau de Doutor em Psicologia,
elaborada sob a orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro.

Trabalho realizado com o apoio da Bolsa de Doutoramento concedida pela
Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/37474/2007).

RESUMO

Neste projeto desenvolveu-se uma Intervenção Psicológica em Grupo (IPG) para promover o Bem-Estar Psicológico (BEP) e a Satisfação com a Vida em indivíduos com Paralisia Cerebral (PC) e respetivos Cuidadores.

Participaram 327 indivíduos: 107 com PC [42 constituíram o Grupo de Intervenção (GI) e 65 o de comparação (GC)] e 94 cuidadores (26 do GI e 68 do GC); 63 indivíduos sem PC e 63 cuidadores.

Os protocolos de avaliação incluíram: um questionário sócio-demográfico, o Índice de *Barthel* (Wade & Collin, 1988, adaptado por Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007), o *Frenchay Activities Index* (Holbrock & Skillbeck, 1983, adaptado por Martins, Pais-Ribeiro & Garret, 2003a), o *Mini-Mental State* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adaptado por Guerreiro et al., 1993), a Escala de Satisfação com a Vida em Geral (Andrews & Withey, 1976), as Escalas de BEP [versão experimental reduzida construída a partir das *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989a) por Novo, Duarte-Silva & Peralta, 2004], a Escala de Auto-Eficácia (Sherer et al., 1982, adaptada por Pais-Ribeiro, 1995), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999), a Escala de Futuro (Snyder et al., 1991, adaptada por Pais-Ribeiro, Pedro & Marques, 2006) e o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (Martins, Pais-Ribeiro & Garret, 2003b).

Os resultados sugerem que os Indivíduos com PC apresentam maior Domínio do Meio e Satisfação com a família do que os Indivíduos sem PC; por sua vez, os Cuidadores de indivíduos com PC apresentam mais Implicações na Vida Pessoal e menos Mecanismos de Eficácia e de Controlo do que os Cuidadores de indivíduos sem PC.

Os resultados salientam um impacto positivo da IPG, na promoção do BEP, Crescimento Pessoal, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência, Atividades Sociais, Esperança e Iniciativa; indicando que as mudanças se mantêm ao longo do tempo. Para os Cuidadores, os resultados sugerem, também, um impacto positivo da IPG, na promoção do Domínio do Meio e na diminuição das Implicações na vida pessoal dos Cuidadores, ainda que não se possam inferir conclusões acerca da manutenção das mudanças. Considera-se, portanto, que a IPG, dirigida quer a indivíduos com PC, quer aos seus cuidadores, potenciou o funcionamento psicológico positivo, assumindo-se que foram atingidos os objetivos propostos para este projeto.

ABSTRACT

In this study, a Psychological Group Intervention (PGI) was developed to promote Psychological Well-Being (PWB) and Life Satisfaction in individuals with Cerebral Palsy (CP) and their caregivers.

The participants were 327 individuals: 107 with CP [42 belonged to the Intervention Group (IG) and 65 to the Comparison Group (CG)] and 94 caregivers (26 from IG and 68 from CG); 63 individuals without CP and 63 caregivers.

The evaluation protocols included: a Sociodemographic questionnaire, the Barthel Index (Wade & Collin, 1988, adapted by Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007), the Frenchay Activities Index (Holbrook & Skillbeck, 1983, adapted by Martins, Pais-Ribeiro & Garret, 2003a), the Mini-Mental State (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adapted by Guerreiro et al., 1993), the General Life Satisfaction Scale (Andrews & Withey, 1976), the Scales of Psychological Well-Being [(Ryff, 1989a) reduced experimental version by Novo, Duarte-Silva & Peralta, 2004], the Self-Efficacy Scale (Sherer et al., 1982, adapted by Pais-Ribeiro, 1995), the *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (Pais-Ribeiro, 1999), the Future Scale (Snyder et al., 1991, adapted by Pais-Ribeiro, Pedro & Marques, 2006) and the *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal* (Martins, Pais-Ribeiro & Garret, 2003b).

Results suggest that Individuals with CP present more Environmental Mastery and Satisfaction with family than Individuals without CP; also, Caregivers of individuals with CP present more implications in their personal life and less efficacy and control mechanisms, than Caregivers of individuals without CP.

Results highlight a positive impact of the PGI in promoting PWB, Personal Growth, Self-Efficacy, Initiative and Persistency, Social Activities, Hope and Agency; suggesting that changes are maintained over time. Concerning the Caregivers, results show a positive impact of the PGI in the promotion of Environmental Mastery and in the decrease of the implications in their personal life; even though we cannot infer conclusions about the maintenance of changes. It is considered therefore that the PGI, both directed to individuals with CP and their caregivers, potentiated the positive psychological functioning. It is assumed, then, that main purposes of this study were achieved.

RÉSUMÉ

Dans ce projet, une Intervention Psychologique en Groupe a été développée (IGP) pour promouvoir le Bien-Être Psychologique (BEP) et la Satisfaction de Vie pour les individus avec Paralyse Cérébrale (PC) et pour ceux qui les soignent.

327 individus ont participé dans ce projet, dont 107 avec PC [42 faisaient partie du groupe de l'intervention (GI) et 65 de la comparaison (GC)] et 94 soignants (26 du GI et 68 du GC); 63 individus sans PC et 63 soignants.

Le protocole d'évaluation comprenait un questionnaire sociodémographique, le *Barthel Index* (Wade & Collin, 1988, adapté par Araújo, Pais-Ribeiro, & Pinto-Oliveira, 2007), le *Frenchay Activities Index* (Holbrock & Skillbeck, 1983, adapté par Martins, Pais-Ribeiro & Garrett, 2003a), le *Mini-Mental State* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adapté par Guerreiro et al., 1993), le *General Life Satisfaction Scale* (Andrews & Withey, 1976), les *Scales of Psychological Well-Being* [version réduite construite à partir des *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989a) par Novo, Duarte-Silva & Peralta, 2004], le *Self-Efficacy Scale* (Sherer et al., 1982, adapté par Pais-Ribeiro, 1995), le *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (Pais-Ribeiro, 1999), le *Future Scale* (Snyder et al., 1991, adapté par Pais-Ribeiro, Pedro & Marques, 2006) et le *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal* (Martins, Pais-Ribeiro & Garrett, 2003b).

Les résultats suggèrent que les individus avec PC ont plus de Maîtrise de l'environnement et plus de Satisfaction avec la famille que les individus sans PC. Les soignants des personnes avec PC ont plus d'Implications dans la vie personnelle et moins de Mécanismes d'efficacité et de contrôle que les soignants des personnes sans PC.

Les résultats soulignent un impact positif de l'IPG dans la promotion du BEP, Croissance Personnelle, Auto-Efficacité, Initiative et Persistance, Activités sociales, Espoir et Initiative, indiquant que les changements persistent au fil du temps. Pour les soignants, les résultats présentent un impact positif de l'IPG dans la promotion de la Maîtrise de l'environnement et dans la diminution des implications dans leur vie personnelle, même si nous ne pouvons pas déduire des conclusions sur le maintien des changements. On peut considérer que l'IPG, adressé soit aux individus avec PC, soit à leurs soignants, a potentialisé le fonctionnement psychologique positif. On peut donc supposer que les principaux objectifs de cette étude ont été atteints.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fundação para a Ciência e Tecnologia pelo financiamento deste projeto.

Agradeço a orientação científica do Prof. Pais-Ribeiro.

Agradeço ao Presidente, Direção e equipa técnica da Unidade D, do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do Porto (Associação do Porto de Paralisia Cerebral), e à Direção e equipa técnica da Associação de Paralisia Cerebral de Braga, por permitirem a realização deste projeto nestas instituições, por acreditarem nele e por dispensarem todos os recursos necessários à sua concretização.

Agradeço ao Sr. Abílio Cunha (Presidente da APPC) que, apesar dos nossos caminhos se terem cruzado quase no final deste percurso, me fez acreditar que valeu a pena todo o investimento; que me incentivou e desafiou a ir mais além, e que, sobretudo, apoiou todas as minhas decisões. Pela sua constante disponibilidade e amizade, muito obrigada! Uma palavra de agradecimento à Dr.^a Manuela Bastos (CRPCP), que facilitou a concretização deste projeto.

Especialmente, um agradecimento à Dr.^a Ana Isabel Machado (CRPCP), que esteve comigo desde o início deste projeto e que sempre acreditou nele. Pelo seu apoio e amizade, muito obrigada!

Deixo um agradecimento especial à Dr.^a Helena Sarmiento e Dr.^a Dinora (APCB), pela dedicação e apoio na concretização deste projeto.

Agradeço às outras instituições que, de uma ou outra forma, participaram neste projeto, nomeadamente, a Associação de Paralisia Cerebral de Guimarães e de Viana do Castelo. Não posso deixar de referir os contributos essenciais da Dr.^a Cláudia Esteves (APCG) e da Dr.^a Filomena Araújo (APCVC), que foram incansáveis durante todo o processo.

Agradeço a todos os jovens com Paralisia Cerebral e suas famílias, que aceitaram participar neste projeto, que se dedicaram a ele e que o tornaram uma realidade. Dedico um agradecimento muito especial a todos os participantes das Intervenções Psicológicas em Grupo, pela sua inesgotável dedicação, e por tudo o que me transmitiram e ensinaram. Não existem palavras para descrever o contributo que tiveram na minha vida!

Agradeço ao Henry Simões, pelo suporte e constante desafio, que me permitiram ir sempre mais além; por acreditar e potencializar as minhas capacidades e, sobretudo, pelo seu amor. Por fazer sobressair o que de melhor há em mim, muito obrigada!

Agradeço às minhas amigas, pelo constante apoio e carinho. Um agradecimento especial à Natália Costa, pelo seu papel essencial em todo este projeto, pela sua dedicação inesgotável e acompanhamento de todo o processo. Pela sua amizade e dedicação, muito obrigada!

Agradeço à minha família, pelo suporte que me forneceram durante toda a vida e, sobretudo, pela forma como me ensinaram a ver o mundo. Por serem corresponsáveis por tudo aquilo que sou, muito obrigada!

Agradeço a todos aqueles que acreditaram e facilitaram a concretização deste projeto.

ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APCB	Associação de Paralisia Cerebral de Braga
APCG	Associação de Paralisia Cerebral de Guimarães
APCVC	Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo
APPC	Associação do Porto de Paralisia Cerebral
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
BEP	Bem-Estar Psicológico
BES	Bem-Estar Subjetivo
CEFA	Curso de Educação e Formação de Adultos
CET	Curso de Especialização Tecnológica
CRPCP	Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do Porto
CV	Currículo Vitae
DES	Departamento do Ensino Secundário
FAI	Frenchay Activities Index
FPCEUP	Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto
GC	Grupo de Controlo
GI	Grupo de Intervenção
IB	Índice de Barthel
IPG	Intervenção Psicológica em Grupo
MMS	Mini-Mental State
NINDS	National Institute of Neurological Disorders and Stroke
NSE	Nível Sócio-Económico
PC	Paralisia Cerebral
QASCI	Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal
RVCC	Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SPWB	Scales of Psychological Well-Being
TPC	Trabalho para casa
UCP	United Cerebral Palsy

WHO World Health Organization

ÍNDICE GERAL

RESUMO	3
ABSTRACT	4
RÉSUMÉ	5
AGRADECIMENTOS	7
ABREVIATURAS	9
ÍNDICE GERAL	11
ÍNDICE DE QUADROS	15
ÍNDICE DE ANEXOS	17
PREÂMBULO	21
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	25
SECÇÃO 1: INTRODUÇÃO GERAL	27
<i>Objetivos Principais</i>	29
SECÇÃO 2: A PARALISIA CEREBRAL	31
<i>Definição</i>	31
<i>Prevalência</i>	32
<i>Sinais Precoces</i>	32
<i>Causas /Fatores Etiológicos</i>	33
<i>Tipos Clínicos</i>	34
<i>A Paralisia Cerebral ao longo da vida</i>	36
<i>Impacto na família</i>	40
SECÇÃO 3: VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS	47
<i>Bem-Estar Psicológico e Satisfação com a Vida</i>	48
<i>Auto-Eficácia</i>	53
<i>Suporte Social</i>	55
<i>Esperança</i>	57
<i>Sobrecarga do Cuidador</i>	58
SECÇÃO 4: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPO	60

<i>Modelo Interaccional/Interpessoal de Yalom</i>	60
CAPÍTULO II - MÉTODO	67
SECÇÃO 1: PARTICIPANTES	69
FASE 0 - <i>Pré-Seleção</i>	69
FASE 1 – <i>Avaliação Inicial</i>	69
FASE 2 - <i>Avaliação Final (após a intervenção)</i>	72
FASE 3 – <i>Avaliação da Eficácia da Intervenção - Follow-Up de 6 meses</i>	73
FASE 4 – <i>Avaliação da Eficácia da Intervenção - Follow-Up de 12 meses</i>	75
SECÇÃO 2: MATERIAL	76
FASE 0	76
FASES 1 a 4	78
SECÇÃO 3: PLANIFICAÇÃO	84
SECÇÃO 4: PROCEDIMENTO	85
FASE 0 - <i>Pré-Seleção</i>	85
FASE 1 – <i>Avaliação Inicial</i>	87
FASE 1.1 - <i>Intervenção Psicológica em Grupo</i>	89
Fase de preparação.....	89
Intervenção Psicológica em Grupo propriamente dita	89
a) Grupo “Objetivos para a Vida”	89
Descrição das sessões.....	90
b) Grupo de Apoio para Cuidadores	106
Descrição das sessões.....	107
FASES 2 a 4 – <i>Avaliação da Eficácia da Intervenção</i>	107
FASE 2 - <i>Avaliação Final (após a intervenção)</i>	107
FASE 3 – <i>Avaliação da Eficácia da Intervenção - Follow-Up de 6 meses</i>	108
FASE 4 – <i>Avaliação da Eficácia da Intervenção - Follow-Up de 12 meses</i>	108
<i>Procedimentos Estatísticos</i>	108
CAPÍTULO III - RESULTADOS	111
SECÇÃO 1: INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL (FASE 0)	113
1. <i>Análise Descritiva</i>	113
2. <i>Análise Correlacional</i>	115
3. <i>Análise Fatorial Exploratória</i>	115

Índice de Barthel.....	115
Frenchay Activities Index.....	116
SECÇÃO 2: INDIVÍDUOS COM E SEM PARALISIA CEREBRAL (FASE 1)..	119
1. <i>Análise Descritiva e Comparativa</i>	119
Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral	119
Cuidadores de Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral	122
2. <i>Análise Correlacional</i>	125
SECÇÃO 3: GRUPO DE INTERVENÇÃO E GRUPO DE COMPARAÇÃO	
(FASES 1 – 4)	128
1. <i>Análise Descritiva e Comparativa</i>	128
Indivíduos do Grupo de Intervenção e do Grupo de Comparação	128
Cuidadores do Grupo de Intervenção e do Grupo de Comparação	138
2. <i>Análise Correlacional</i>	143
SECÇÃO 4: FASE DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPO	150
1. GRUPOS “OBJETIVOS PARA A VIDA”	150
Caracterização dos participantes por grupo.....	150
Resumo geral do funcionamento dos grupos.....	163
Avaliação da intervenção.....	167
2. GRUPO DE APOIO PARA CUIDADORES	194
Caracterização dos participantes por grupo.....	194
Resumo geral do funcionamento dos grupos.....	195
Principais temas abordados nas sessões	217
Avaliação da intervenção.....	219
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO	223
SECÇÃO 1: INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL (FASE 0)	225
1. <i>Análise Descritiva</i>	225
2. <i>Análise Correlacional</i>	225
3. <i>Análise Fatorial Exploratória</i>	226
SECÇÃO 2: INDIVÍDUOS COM E SEM PARALISIA CEREBRAL (FASE 1)..	229
1. <i>Análise Descritiva e Comparativa</i>	229
Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral	229
Cuidadores de indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.....	230
2. <i>Análise Correlacional</i>	232

SECÇÃO 3: GRUPO DE INTERVENÇÃO E GRUPO DE COMPARAÇÃO	
(FASES 1 – 4)	237
1. <i>Análise Descritiva e Comparativa</i>	237
Indivíduos do Grupo de Intervenção e do Grupo de Comparação	237
Cuidadores do Grupo de Intervenção e do Grupo de Comparação	240
2. <i>Análise Correlacional</i>	242
SECÇÃO 4: FASE DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPO	252
1. GRUPOS “OBJETIVOS PARA A VIDA”	252
Caracterização dos participantes por grupo	252
Avaliação da Intervenção	259
2. GRUPO DE APOIO PARA CUIDADORES	269
Resumo geral do funcionamento dos grupos	269
Avaliação da Intervenção	273
SECÇÃO 5: DISCUSSÃO GERAL	276
CAPITULO V - CONCLUSÃO	281
BIBLIOGRAFIA	289
ANEXOS	301

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Características gerais dos Indivíduos com Paralisia Cerebral.	114
Quadro 2: Funcionalidade para Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária.	114
Quadro 3: Caracterização dos Indivíduos com Paralisia Cerebral de acordo com a Funcionalidade para Atividades Básicas da Vida Diária.....	115
Quadro 4: Estrutura sugerida para os Indivíduos com Paralisia Cerebral.	116
Quadro 5: Estrutura sugerida para os Indivíduos com Paralisia Cerebral.	117
Quadro 6: Estrutura sugerida para os participantes do sexo masculino e feminino.	118
Quadro 7: Características gerais dos Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.	120
Quadro 8: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.....	121
Quadro 9: Características gerais dos Cuidadores de Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.	123
Quadro 10: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga de Cuidadores de indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.....	124
Quadro 11: Características gerais dos Indivíduos do Grupo de Intervenção.....	129
Quadro 12: Características gerais dos Indivíduos do Grupo de Comparação.....	130
Quadro 13: Funcionalidade para Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária dos Indivíduos do Grupo de Intervenção e de Comparação.	132

Quadro 14: Caracterização dos Indivíduos do Grupo de Intervenção e de Comparação de acordo com a Funcionalidade para Atividades Básicas da Vida Diária.	133
Quadro 15: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos Indivíduos do Grupo de Intervenção.	134
Quadro 16: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos Indivíduos do Grupo de Comparação.	135
Quadro 17: Características gerais dos Cuidadores do Grupo de Intervenção.....	138
Quadro 18: Características gerais dos Cuidadores do Grupo de Comparação.	139
Quadro 19: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos Cuidadores do Grupo de Intervenção.	141
Quadro 20: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos Cuidadores do Grupo de Comparação.....	142
Quadro 21: Caracterização dos participantes por grupo.	151
Quadro 22: Situação ocupacional e objetivo pessoal dos participantes por grupo, antes e após a intervenção.....	155
Quadro 23: Avaliação da Intervenção dos Indivíduos com Paralisia Cerebral.....	167
Quadro 24: Caracterização dos participantes por grupo.	195
Quadro 25: Avaliação do Grupo de Apoio para Cuidadores.	219

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Protocolo 1

Anexo 2: Protocolo 2

Anexo 3: Protocolo 3

Anexo 4: Pedido de autorização à Direção do CRPCP

Anexo 5: Carta aos clientes do CRPCP e respetivas famílias

Anexo 6: Consentimento Informado

Anexo 7: Modelo de Pedido de autorização à Direção das Instituições

Anexo 8: Pedido de autorização ao Conselho Diretivo da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Anexo 9: Letra da Música

Anexo 10: *Conhecer-se a si mesmo* – Ficha de trabalho

Anexo 11: *Eu no Grupo* – Cartões

Anexo 12: *Exploração da Reportagem* - Ficha de trabalho

Anexo 13: “A Feira”

Anexo 14: *Exploração de Histórias de Esperança* - Ficha de trabalho

Anexo 15: Cartões de avaliação da sessão

Anexo 16: *Domínios da Vida* – Ficha de trabalho

Anexo 17: Banda desenhada *Calvin & Hobbes* - Avaliação da sessão

Anexo 18: *Os meus objetivos* - Ficha de trabalho

Anexo 19: Banda desenhada *Mafaldinha* - Avaliação da sessão

Anexo 20: “Código Secreto”

Anexo 21: Livro dos Sucessos

Anexo 22: Cartas de Apresentação

Anexo 23: Questões das Entrevistas

Anexo 24: “A História do Paulo”

Anexo 25: Balanço Final

Anexo 26: Prestações por deficiência e dependência concedidas a crianças e jovens através do regime geral de segurança social

“Seja a mudança que quer ver no mundo!”

(M. Ghandi)

PREÂMBULO

O presente trabalho encontra-se dividido em 5 capítulos.

O CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO, encontra-se dividido em 4 secções, sendo que a 1ª secção se refere à Introdução geral ao projeto, clarificando os seus objetivos; a 2ª descreve a Paralisia Cerebral, apresentando a sua definição, prevalência, etiologia e formas clínicas, e tece algumas considerações acerca da importância do apoio dos serviços de reabilitação ao longo do ciclo vital dos indivíduos com Paralisia Cerebral e suas famílias; a 3ª secção apresenta as variáveis psicológicas que estão subjacentes a todo o projeto, explorando as relações entre elas; e, por fim, na 4ª Secção, definem-se os princípios básicos da Intervenção Psicológica em Grupo, explorando-se o modelo teórico subjacente à mesma.

O CAPÍTULO II – MÉTODO, encontra-se, igualmente, dividido em 4 secções. Na 1ª secção, apresenta-se uma descrição geral das características sócio-demográficas e clínicas dos participantes do projeto, em todas as suas fases. Na 2ª secção, descrevem-se os instrumentos de avaliação incluídos nos protocolos de recolha de dados, em cada uma das fases do projeto. Na 3ª secção, apresenta-se a planificação do projeto, descrevendo-se os métodos e o tipo de desenho utilizados. Finalmente, na 4ª secção, descrevem-se os procedimentos utilizados em cada uma das fases do projeto.

O CAPÍTULO III – RESULTADOS, encontra-se, da mesma forma, dividido em 4 secções. A 1ª secção refere-se à Fase 0 do projeto, expondo os resultados da análise descritiva e correlacional efetuada para os Indivíduos com Paralisia Cerebral. A 2ª secção é relativa à Fase 1 do projeto, apresentando os resultados da análise descritiva, comparativa e correlacional efetuada para os indivíduos com e sem Paralisia Cerebral e respetivos cuidadores. A 3ª secção diz respeito às Fase 1 a 4 do projeto, expondo os resultados da análise descritiva, comparativa e correlacional efetuada para os Grupos de Intervenção e de Comparação, tanto para indivíduos com Paralisia Cerebral, como para os cuidadores. Por último, a 4ª secção remete para a Fase de Intervenção Psicológica em Grupo, apresentando uma análise exploratória e descritiva dos Grupos de Intervenção, tanto de indivíduos com Paralisia Cerebral, como de cuidadores.

O CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO, encontra-se dividido em 5 secções. A 1ª secção refere-se à Fase 0 do projeto, discutindo os resultados da análise descritiva e

correlacional efetuada para os Indivíduos com Paralisia Cerebral. A 2ª secção é relativa à Fase 1 do projeto, discutindo os resultados da análise descritiva, comparativa e correlacional efetuada para os indivíduos com e sem Paralisia Cerebral e respetivos cuidadores. A 3ª secção diz respeito às Fase 1 a 4 do projeto, discutindo os resultados da análise descritiva, comparativa e correlacional efetuada para os Grupos de Intervenção e de Comparação, tanto para indivíduos com Paralisia Cerebral, como para os seus cuidadores. A 4ª secção remete para a Intervenção Psicológica em Grupo, na qual se discutem os resultados relativos à análise exploratória e descritiva dos Grupos de Intervenção, tanto de indivíduos com PC, como de cuidadores. Por fim, a 5ª secção refere-se a uma discussão geral.

O CAPITULO V – CONCLUSÃO, apresenta uma reflexão geral acerca do projeto, suas implicações para a prática, potencialidades e limitações, fornecendo, também, algumas sugestões para futuras investigações.

No projeto descrito neste trabalho pretendeu-se promover o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida em indivíduos com Paralisia Cerebral e respetivos Cuidadores, através do desenvolvimento de uma Intervenção Psicológica em Grupo.

Este projeto foi desenvolvido ao longo de quatro anos, tendo passado por várias fases de desenvolvimento e chegado à sua maturação com a concretização desta tese.

Certamente, muito ficará por contar, nomeadamente, no que respeita à Intervenção Psicológica em Grupo; pois há fenómenos que, pela sua natureza particular, não são passíveis de serem captados estatisticamente e ficarão apenas gravados nas nossas memórias.

Esta tese representa o culminar de um projeto intensivo e extenuante de pura dedicação, não só à sua causa, mas, sobretudo, à causa das pessoas que acreditaram nele, aceitaram participar e viram nele uma oportunidade de mudança e/ou crescimento. O reconhecimento do mérito deste projeto por parte daqueles que nele participaram é, acima de tudo, a maior prova da sua eficácia.

Todo o projeto foi desenvolvido para conseguir tocar na vida das pessoas e penso que, pelo menos isso foi conseguido. Para além disso, acredito ter conseguido, com este projeto, não só diretamente mudar algumas vidas, mas também, estimular os participantes a mudarem outras vidas também. Como se este projeto se tratasse da pedra

que cai no lago e que vai implicando mudanças não só no local onde cai, mas também na água que está à sua volta e, até mesmo, no fundo do lago.

A relação com os participantes, que ultrapassou os limites do projeto, de confiança, carinho e até amizade, torna-o ainda mais especial.

A todos eles dedico este trabalho, deixando uma mensagem:

“Do it, now! You know who you are, you feel it in your heart, and you’re burning with ambition.

At first wait! Won't get it on a plate, you're going to have to work for it, harder and harder.

And I know because I've been here before, knocking on the doors with rejection.

And you'll see, because if it's meant to be, nothing can compare to deserving your dreams.

It's amazing, it's amazing, all that you can do!

It's amazing, it makes my heart sing, now it's up to you!

Patience now, frustration is in the air, and people who don't care, well it's going to get you down.

And you'll fall, yes, you will hit a wall, but get back up on your feet, and you'll be stronger and smarter.

And I know because I've been here before, knocking on the doors, won't take no for an answer.

And you'll see, because if it's meant to be, nothing can compare to deserving your dreams.

It's amazing, it's amazing, all that you can do!

It's amazing, it makes my heart sing, now it's up to you!”

(It's Amazing – Jem)

CAPÍTULO I
INTRODUÇÃO

O presente capítulo encontra-se dividido em 4 secções.

A 1ª Secção refere-se à Introdução geral ao projeto, clarificando os seus objetivos.

A 2ª Secção descreve a Paralisia Cerebral, apresentando a sua definição, prevalência, etiologia e formas clínicas, e tece algumas considerações acerca da importância do apoio dos serviços de reabilitação ao longo do ciclo vital dos indivíduos com Paralisia Cerebral e suas famílias.

A 3ª Secção apresenta as variáveis psicológicas que estão subjacentes a todo o projeto, explorando as relações entre elas.

Por fim, na 4ª Secção, definem-se os princípios básicos da Intervenção Psicológica em Grupo, explorando-se o modelo teórico subjacente à mesma.

SECÇÃO 1

INTRODUÇÃO GERAL

Neste projeto pretende-se promover o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida em indivíduos com Paralisia Cerebral e respetivos Cuidadores, através do desenvolvimento de uma Intervenção Psicológica em Grupo.

A Paralisia Cerebral descreve um grupo de condições crónicas caracterizadas pela disfunção motora, cuja principal causa é uma lesão encefálica não progressiva, ocorrida durante o desenvolvimento fetal (United Cerebral Palsy [UCP], 2001). É, essencialmente, uma incapacidade física, provocada por uma disfunção do controlo muscular, que dificulta os movimentos e a postura corporais (National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS], 2006; World Health Organization [WHO], 1993).

Neste sentido, é uma condição crónica, que se prolonga por toda a vida do indivíduo, provocando incapacidade em graus variáveis, devido a causas irreversíveis, podendo constituir um risco para o surgimento de problemas ou dificuldades psicológicas, tanto no indivíduo como na sua família. Reconhecendo a importância da intervenção psicológica em adultos com PC e seus cuidadores, e considerando a falta de investigações nesta área, em Portugal e no estrangeiro; desenvolveu-se, este projeto, destinado a promover o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida em indivíduos com Paralisia Cerebral e seus Cuidadores.

O Bem-Estar Psicológico trata-se de um constructo multidimensional que abrange um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo, de natureza cognitiva e afetiva: Aceitação de Si, Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio e Autonomia (Ryff, 1989a,b). Por sua vez, a Satisfação com a Vida refere-se à avaliação global que a pessoa faz acerca da sua própria vida (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

A investigação tem consistentemente demonstrado a existência de relações positivas entre o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida e algumas variáveis psicossociais, como a Auto-Eficácia (e.g., Barlow, Williams & Wright, 1996; Gooden-Ledbettera, Coleb, Maherb & Condeluci, 2007; Hampton, 2000; Joekes, Van Elderen & Schreurs, 2007; Marks, 2001), Suporte Social (e.g., Galambos, Barker & Krahn, 2006; Rintala, Robinson-Whelen & Matamoros, 2005; Rose et al., 2006; Yoon & Lee, 2007) e Esperança (e.g., Bailey & Snyder, 2007; Chang, 1998; Cicone, 2003; O'Sullivan, 2011;

Valle, Huebner & Suldo, 2006), pelo que estas variáveis serão também equacionadas neste projeto.

A Auto-Eficácia refere-se à crença que uma pessoa tem na sua capacidade para atingir determinado nível de exigência numa tarefa, num domínio psicológico específico (Bandura, 1995). O Suporte Social define-se pela existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que se mostram preocupadas, valorizam e gostam do indivíduo (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983). A Esperança é uma perceção generalizada de que os objetivos pessoais podem ser alcançados (Snyder, 2000), refletindo a crença de que o indivíduo é capaz de encontrar caminhos para os objetivos que deseja atingir, e de se tornar motivado para os usar (Snyder, Rand & Sigmon, 2002).

Neste projeto, optou-se por realizar Intervenções Psicológicas em Grupo, uma vez que se defende a noção de que a formação de grupos com indivíduos que experimentam crises, do desenvolvimento do seu ciclo vital, ou decorrentes de situações ameaçadoras à sua existência, tem um efeito terapêutico excelente (Guerra & Lima, 2005).

Em primeiro lugar, efetuou-se uma avaliação da Funcionalidade e um despiste de défices cognitivos em indivíduos com Paralisia Cerebral, no sentido de selecionar os participantes do projeto.

Em segundo lugar, efetuou-se uma avaliação do Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança em indivíduos com e sem Paralisia Cerebral e, simultaneamente, do Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida e Sobrecarga dos respetivos Cuidadores. Esta avaliação teve como objetivo averiguar eventuais diferenças, ao nível das variáveis supracitadas, entre os indivíduos com e sem Paralisia Cerebral e entre os respetivos cuidadores; e investigar as potenciais relações entre as variáveis dos indivíduos (com e sem Paralisia Cerebral) e as dos cuidadores (de indivíduos com e sem Paralisia Cerebral).

Em terceiro lugar, desenvolveu-se a Intervenção Psicológica em Grupo para os indivíduos com Paralisia Cerebral, centrada, sobretudo, na promoção da Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança, com o objetivo de potenciar o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida. Simultaneamente, desenvolveu-se a Intervenção Psicológica em Grupo para os Cuidadores de indivíduos com Paralisia Cerebral, centrada, sobretudo, no

fornecimento de apoio, com o objetivo de potenciar o Bem-Estar Psicológico, a Satisfação com a Vida e diminuir a sua Sobrecarga.

Por último, efetuou-se a avaliação da eficácia das intervenções, imediatamente após as intervenções, 6 e 12 meses depois; no sentido de compreender se houve alterações ao nível do Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança para os indivíduos com Paralisia Cerebral que participaram na Intervenção Psicológica em Grupo (Grupo de Intervenção); e no Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida e Sobrecarga dos Cuidadores que participaram na intervenção (Grupo de Intervenção). Pretendeu-se, também, averiguar eventuais diferenças, ao nível das variáveis supracitadas, entre os indivíduos que participaram na intervenção (Grupo de Intervenção) e os que não participaram (Grupo de Comparação); e entre Cuidadores que participaram na intervenção (Grupo de Intervenção) e os que não participaram (Grupo de Comparação). Investigaram-se, ainda, as potenciais relações entre as variáveis dos Indivíduos com Paralisia Cerebral (do Grupo de Intervenção e de Comparação) e as dos Cuidadores (do Grupo de Intervenção e de Comparação).

Objetivos Principais

Para a concretização deste projeto, definiram-se, então, os seguintes objetivos:

- Avaliar a funcionalidade e efetuar o despiste de défices cognitivos em Indivíduos com Paralisia Cerebral.

- Avaliar e comparar o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida, e algumas das variáveis psicossociais que lhe estão associadas - Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança -, em Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.

- Avaliar e comparar o Bem-Estar Psicológico, a Satisfação com a Vida e a Sobrecarga de Cuidadores de Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.

- Averiguar a relação entre o Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral e a Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos respetivos Cuidadores.

- Desenvolver uma Intervenção Psicológica em Grupo, centrada na promoção da Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança para potenciar o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida em Indivíduos com Paralisia Cerebral.

- Desenvolver uma Intervenção Psicológica em Grupo para promover o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida e diminuir a Sobrecarga de Cuidadores de Indivíduos com Paralisia Cerebral.

- Avaliar o impacto das Intervenções Psicológicas em Grupo imediatamente após a intervenção, 6 e 12 meses depois.

- Averiguar a relação entre o Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos Indivíduos do Grupo de Intervenção e de Comparação e a Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos respetivos Cuidadores.

Na secção seguinte clarifica-se o conceito de Paralisia Cerebral.

SECÇÃO 2

A PARALISIA CEREBRAL

Em 1860, William Little descreveu pela primeira vez, uma condição que atingia as crianças nos primeiros anos de vida, causando fortes espasmos musculares nas pernas e, em menor grau, nos braços; tendo essas crianças dificuldade em agarrar objetos, gatinhar e andar (NINDS, 2006). Esta condição não piorava à medida que as crianças cresciam, antes permanecia relativamente igual (ibd.). Esta condição, que durante muitos anos foi chamada de doença de Little, é, atualmente, conhecida como diplegia espástica, e faz parte de um grupo de condições que afetam o controlo do movimento, a Paralisia Cerebral (ibd.).

Definição

A **Paralisia Cerebral (PC)** descreve um grupo de condições crónicas caracterizadas pela disfunção motora, cuja principal causa é uma lesão cerebral não progressiva, ocorrida durante o desenvolvimento fetal; antes, durante, ou pouco após o parto; ou durante a infância precoce (Badawi et al., 1998; UCP, 2001). É, essencialmente, uma incapacidade física, provocada por uma disfunção do controlo muscular, que dificulta os movimentos e a postura corporais (NINDS, 2006; WHO, 1993).

As crianças com PC apresentam uma grande variedade de sintomas, incluindo (NINDS, 2006):

- falta de coordenação muscular ao realizar movimentos voluntários (ataxia);
- rigidez muscular e reflexos exagerados (espasticidade);
- marcha a arrastar um pé ou perna;
- marcha sobre as pontas dos pés ou marcha em “tesoura”;
- variações no tónus muscular - demasiado rígido ou demasiado flexível;
- salivação excessiva e dificuldade na deglutição ou na fala;
- agitação (tremor) ou movimentos involuntários aleatórios, e dificuldade em efetuar movimentos precisos, como escrever ou abotoar uma camisa.

Habitualmente, a deficiência motora é a mais evidente, mas coexistem, frequentemente, défices perceptivos, perturbações sensoriais, nomeadamente da visão e audição, défice na linguagem e fala, perturbações do esquema corporal e da estruturação espacio-temporal, problemas de lateralidade, dificuldades nos processos cognitivos e na

aprendizagem, apraxia ou dispraxia, dislexia e discalculia, epilepsia e alterações comportamentais (Badawi et al., 1998; Botha, 1996; Straub & Obrzut, 2009).

Apesar de ser uma condição crónica, ou seja, que está presente durante toda a vida, o quadro clínico da PC altera-se com a idade, estando dependente do desenvolvimento e maturação do Sistema Nervoso Central e também dos fatores extrínsecos e oportunidades de atividade e participação do indivíduo (Andrada et al., 2005).

Prevalência

A PC é a causa mais comum de deficiência física que afeta as crianças nos países mais desenvolvidos, com uma prevalência de, aproximadamente, 2-2,5 em cada 1000 nados vivos (Andrada et al., 2005; NINDS, 2006).

Apesar dos avanços na prevenção e no tratamento de certas causas da PC, a percentagem de bebés que desenvolvem esta condição permaneceu a mesma nos últimos 30 anos (NINDS, 2006). A melhoria dos cuidados em unidades neonatais resultou em maiores taxas de sobrevivência de bebés de muito baixo peso ao nascer, no entanto, muitas destas crianças poderão ter alterações no desenvolvimento do seu sistema nervoso ou sofrer danos cerebrais que causam os sintomas característicos da PC (Howard et al., 2005).

Sinais Precoces

Os primeiros sinais de PC, geralmente, aparecem antes que a criança atinja os 3 anos de idade, sendo os pais os primeiros a suspeitar que as suas capacidades motoras não se estão a desenvolver normativamente (NINDS, 2006; Pountney, 2010).

É importante diagnosticar a PC o mais cedo possível (O'Shea, 2008), no entanto, uma vez que o cérebro se altera durante os primeiros anos de vida, pode ser inicialmente difícil avaliar o grau de PC e, muitas vezes, esta avaliação exige o envolvimento de uma equipa interdisciplinar (Pountney, 2010). A plasticidade do sistema nervoso central nessa idade, por vezes, resulta numa recuperação parcial após a lesão (ibd.).

Nos primeiros meses de vida, um bebé com lesão cerebral pode demonstrar alguns ou todos os seguintes sintomas, que podem ser indicadores de PC: letargia, tremor nos membros, tónus muscular enfraquecido, contorções e postura e reflexos anormais (Rosenbaum, 2009). Por volta dos 6 meses de idade, outros sinais de lesão cerebral sugestivos de PC podem incluir: alteração do tónus muscular, aperto dos

punhos, assimetrias de movimento e dificuldades na alimentação (Pountney, 2010). De facto, em alguns bebés com PC verifica-se uma alteração do tónus muscular, podendo este estar diminuído (hipotonia), fazendo com que os bebés pareçam relaxados, ou aumentado (hipertonia), fazendo com que os bebés pareçam rígidos; enquanto que noutros, se verifica a evolução de um breve período de hipotonia para hipertonia após os primeiros 2-3 meses de vida (NINDS, 2006). Estes bebés podem, também, ter uma postura invulgar ou privilegiar um dos lados do corpo quando se movimentam (ibd.). Assim que o bebé com uma lesão cerebral atinge os 6 meses de idade é, geralmente, evidente que as competências motoras são mais lentas do que o normal (O'Shea, 2008). Frequentemente, os bebés com PC são mais lentos a atingir os marcos do desenvolvimento, tais como aprender a rolar, sentar, gatinhar, sorrir ou andar (NINDS, 2006; O'Shea, 2008).

Os sintomas motores normalmente estabilizam por volta dos 2-3 anos de idade, sendo que após esta idade, o tónus muscular não costuma sofrer grandes alterações (Pountney, 2010).

Causas /Fatores Etiológicos

As causas da PC são múltiplas e ocorrem, por vezes, concomitantemente, sendo difícil de determinar qual a etiologia específica e, portanto, conseguir uma prevenção eficaz. As lesões do SNC têm, habitualmente, uma etiologia multifatorial com um fenómeno de “cascata”, em que o resultado é um culminar de uma sequência de fatores adversos em que cada um pode influenciar o seguinte (Andrada et al., 2005).

A etiologia da PC pode localizar-se no tempo, consoante a lesão tenha ocorrido durante a gestação – pré-natal –, durante o parto – peri-natal –, ou após o parto – pós-natal (Griffin, Fitch & Griffin, 2002). 75% a 90% dos casos de PC começam antes ou durante o parto, e 10% a 25% ocorrem após o parto (ibd.).

Causas pré-natais

Os antecedentes pré-natais da PC incluem malformações congénitas, convulsões maternas, hemorragias maternas, exposição a radiações, toxinas ambientais, anomalias genéticas, e restrição do crescimento intrauterino, bem como infeções, défices nutricionais, pré-eclâmpsia, gestação múltipla, prematuridade, baixo peso ao nascer, anomalias do fluxo sanguíneo cerebral e malformações na estrutura cerebral. (Dzienkowski, Smith, Dillow & Yucha, 1996; Myers & Shapiro, 1999).

Causas perinatais

As causas perinatais de PC incluem a prematuridade (menos de 32 semanas de gestação), asfixia/hipóxia, apresentação pélvica, septicemia ou infecção do sistema nervoso central, isquemia, complicações da placenta, corioamnionite, icterícia nuclear (*kernicterus*), distúrbios eletrolíticos, e hemorragia cerebral (Griffin et al., 2002). Outras das causas perinatais incluem partos longos ou curtos, baixo peso ao nascer, nascimentos múltiplos, sinais de asfixia de parto, infecções perinatais, atraso no início da respiração, febre materna durante o parto (Dzienkowski et al., 1996).

Causas pós-natais

A PC pode ser causada por acontecimentos ocorridos no período pós-natal, ainda que estas representem menos de 10% dos casos (Cans et al., 2004; Myers & Shapiro, 1999). Os antecedentes pós-natais da PC incluem infecções do sistema nervoso central, tais como meningite, encefalite ou septicemia; outras infecções virais ou bacterianas; traumatismo craniano; episódios vasculares, tais como acidentes vasculares cerebrais (AVC), complicações cirúrgicas, tais como hemorragias cerebrais pós cirurgia cardíaca ou cerebral; convulsões neonatais e toxinas (Cans et al., 2004; Dzienkowski et al., 1996).

Tipos Clínicos

A PC atinge diversas regiões do cérebro e, dependendo de onde ocorre a lesão e da quantidade de células atingidas, pode afetar diferentes partes do corpo, alterando o tônus muscular, a postura e provocando dificuldades funcionais nos movimentos.

Na definição dos tipos clínicos, é comum subdividir-se a PC em: espástica, disquinética, atáxica e mista (Botha, 1996; NINDS, 2006; UCP, 2001).

- A PC Espástica é caracterizada por um aumento da tonicidade dos músculos (hipertonia permanente) e rigidez nos movimentos, estando presente em 70 a 80% dos casos (ibd.). A PC Espástica resulta da disfunção nas vias cortico-espinais, levando a um aumento do tônus muscular, aumento ou hiperreflexia, e persistência de reflexos primitivos (Fennell & Dikel, 2001). Como resultado do aumento do tônus, podem desenvolver-se contracturas nas articulações dos pulsos, braços, tornozelos, quadris e joelhos (ibd.).

Este tipo clínico é, normalmente, classificado de acordo com os membros afetados, usando-se os prefixos *hemi-*, *di-*, *tetra-*, e associando os sufixos *-plegia* ou –

parésia conforme o membro se encontre, respetivamente, paralisado ou enfraquecido (Botha, 1996; NINDS, 2006; UCP, 2001). Desta forma, podemos encontrar Hemiplegia ou Hemiparésia Espástica, quando apenas um dos lados do corpo está afetado – direito ou esquerdo; Diplegia ou Diparésia Espástica, quando os quatro membros estão afetados, com maior envolvimento dos inferiores; e Tetraplegia ou Tetraparésia Espástica, quando os quatro membros são afetados, com maior compromisso dos superiores (ibd.).

Desta forma, a Hemiplegia Espástica é caracterizada por espasticidade unilateral do braço e perna oposta contralateral à lesão, com maior envolvimento do braço, a diplegia espástica é caracterizada por espasticidade bilateral, geralmente, maior nas pernas do que nos braços, e a tetraplegia espástica compromete ambos os membros superiores e inferiores, sendo a forma mais grave de PC bilateral (Blair & Stanley, 1997; Fennell & Dikel, 2001).

- A PC Disquinética caracteriza-se por movimentos involuntários incontroláveis e lentos que, normalmente, afetam as mãos, pés, braços ou pernas e, nalguns casos, os músculos da face e língua, estando presente em 10 a 20% dos casos (Botha, 1996; NINDS, 2006; UCP, 2001). Este tipo clínico inclui a Atetose, a Coreoatetose e a Distonia (ibd.).

A Atetose é caracterizada por movimentos involuntários excessivos, incontroláveis e imprevisíveis, contorções e estremecimentos arrítmicos, lentos ou rápidos; a Coreoatetose caracteriza-se pela associação de movimentos involuntários contínuos, uniformes e lentos (atetósicos) com movimentos rápidos, arrítmicos e de início súbito (coreicos); e a Distonia é caracterizada por hipertonia com alterações marcadas e posturas anormais graves, que interferem grandemente com a funcionalidade (ibd.).

- A PC Atáxica é caracterizada por perturbações do equilíbrio, descoordenação motora com incapacidade para realizar movimentos alternados rápidos e tremor intencional, estando presente em 5 a 10% dos casos (ibd.). Este tipo de PC é caracterizado pela diminuição generalizada do tónus muscular, que persiste desde a infância até para além dos 3 anos de idade, sendo que a hipotonia não resulta de doenças primárias musculares ou dos nervos periféricos (Fennell & Dikel, 2001).

- A PC Mista caracteriza-se, normalmente, pela combinação dos tipos espástico e atetósico (Botha, 1996; NINDS, 2006; UCP, 2001), incluindo um aumento dos

reflexos, distonia, e/ou outros sinais extrapiramidais (Fennell & Dikel, 2001). Estima-se que, aproximadamente 13% das crianças com PC apresentem este quadro (ibd.).

A Paralisia Cerebral ao longo da vida

Como referido anteriormente, a PC é uma condição crónica, que se prolonga por toda a vida do indivíduo, provocando incapacidade em graus variáveis, devido a causas irreversíveis, podendo constituir um risco para o surgimento de problemas ou dificuldades psicológicas. As características específicas da PC e dos seus tratamentos envolvem, normalmente, experiências que podem limitar significativamente o estilo de vida e rotinas do indivíduo e da sua família, dificultando o seu desenvolvimento psicológico equilibrado e harmonioso.

Nas últimas décadas, muito conhecimento e experiência foram adquiridos relativamente à reabilitação de crianças com PC (Van der Dussen, Nieuwstraten, Roebroek & Stam, 2001), reconhecendo-se o papel primordial das intervenções terapêuticas na PC, o que, graças às instituições de saúde e reabilitação, tem beneficiado um grande número de indivíduos. A intervenção nesta área assenta, sobretudo, na reabilitação física e cognitiva destes indivíduos, no sentido de diminuir os défices e maximizar o potencial de cada um.

De facto, nos últimos anos, a reabilitação de crianças e jovens adultos com incapacidade física mudou radicalmente (Darrah, Magil-Evans & Adkins, 2002). A filosofia de atendimento a crianças com incapacidade passou de um modelo essencialmente médico, com prestadores de serviços perccionados como especialistas e tomadores de decisão, para um modelo centrado na família (Brehaut et al., 2004; Darrah et al., 2002). Neste novo modelo, a família é vista como uma constante na vida da criança e como um membro integrante da equipa de reabilitação (Darrah et al., 2002). Assim, os prestadores de cuidados de saúde são percebidos como colaboradores e prestadores de informação, em vez de especialistas, e pais e filhos são encorajados a identificar suas próprias metas de reabilitação (ibd.). Essa mudança reconhece o papel fundamental da família no desenvolvimento da criança, no entanto, aumenta a exigência sobre os membros da família, forçando-os a serem participantes mais ativos no cuidado da criança (Brehaut et al., 2004; Raina et al., 2005). Assim, as famílias são incentivadas a assumir um papel ativo na tomada decisões relativas à educação, reabilitação, vida e emprego dos seus filhos (Darrah et al., 2002).

No nosso país, frequentemente, são as Associações de Paralisia Cerebral que prestam apoio na área da reabilitação e habilitação de crianças e jovens com PC, e fornecem, paralelamente, apoio à sua família. Estas associações são compostas por equipas técnicas multidisciplinares incluindo, habitualmente, Médico Fisiatra, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Psicólogo, Assistente Social, Educador, Professor, entre outros.

Em fases precoces do desenvolvimento, privilegia-se o atendimento direto, com um modelo clínico e psicossocial e programas de intervenção mais intensivos e de curta duração, com maior envolvimento da família e cuidadores, no intuito de transmitir competências e dar apoio. Após os 8-10 anos, a intervenção visa, sobretudo, a resolução de necessidades objetivas e pontuais. Assim, durante a infância, as crianças com PC recebem tratamentos de reabilitação intensivos e estruturados e apoio psicossocial, no entanto, após esta fase, parece haver pouca continuidade de cuidados (Van der Dussen et al., 2001).

Durante os processos de transição ocorrem grandes mudanças, que podem, temporariamente, perturbar o decurso da vida, sendo necessários ajustes tanto ao nível pessoal como ambiental, no entanto, geralmente, durante estes processos existem poucos tratamentos de reabilitação estruturados (Donkervoort et al., 2008).

A adolescência é um período de muitas mudanças biológicas, sociais e emocionais (ibd.). Neste período, os indivíduos consolidam sua identidade, conseguem a independência dos pais, estabelecem relacionamentos fora da família, e encontram uma vocação (Donkervoort et al., 2008; Hallum, 1995). Para os jovens com incapacidade, este período de transição tem uma dificuldade especial, pois estes podem ser prejudicados pela sua incapacidade, pelas competências extras de manutenção da saúde que necessitam de adquirir, pela falta de experiência em atividades e participação, pelo isolamento social, ou por outros fatores, ambientais, familiares, pessoais (Balandin & Morgan, 1997; Donkervoort et al., 2008; Hallum, 1995; Magill-Evans, Wiart, Darrah & Kratochvil, 2005; Marn & Koch, 1999). A transição para a vida adulta é um processo complexo que se estende por vários anos e várias fases de desenvolvimento (Donkervoort et al., 2008).

Inicialmente, os adolescentes são dependentes dos adultos, geralmente, dos pais e professores; mais tarde, orientam-se para uma forma de vida mais independente; e, finalmente, tornam-se adultos independentes e autónomos que gerem a sua própria vida (ibd.). No entanto, o desenvolvimento dos indivíduos com PC pode ser prejudicado

pelas atitudes protecionistas das famílias e das instituições (Munoz, 2007). Muitas vezes, é difícil para os cuidadores assumirem que o seu filho cresce, sendo a adolescência uma das etapas mais difíceis de assimilar. Assim, cuidadores e técnicos têm de estar conscientes que o jovem deve ir assumindo as responsabilidades próprias da sua idade e capacidade (ibd.). Note-se que quanto maior é a dependência e a necessidade de cuidados pessoais, maior é também o risco dos cuidadores irem assumindo tarefas e responsabilidades que corresponderiam ao jovem (ibd.). No entanto, é necessário que todos e cada um dos membros da família aprendam a negociar papéis e que vão vivendo cada etapa da vida com as mudanças naturais e sociais próprias de cada uma delas (ibd.).

Não existe um único momento de transição da adolescência para a idade adulta e, tornar-se adulto, normalmente, envolve um número de mudanças de estatuto (Clark & Hirst, 1989). O processo de transição envolve diferentes domínios da participação, tais como, o emprego, a habitação, o lazer, a situação financeira, as relações interpessoais e a sexualidade (Donkervoort et al., 2008). No entanto, esta transição não segue necessariamente o mesmo ritmo em todos os domínios de participação, por exemplo, os jovens podem ser financeiramente independentes, mas ainda viverem com seus pais (ibd.). A transição da adolescência para a idade adulta pode ser difícil para muitos jovens mas, a maioria, mais cedo ou mais tarde, eventualmente, adota uma variedade de papéis adultos (Clark & Hirst, 1989).

Na literatura, há falta de informação acerca de quais os aspetos da participação e em que fases de transição os indivíduos com PC são bem sucedidos ou têm dificuldades (Donkervoort et al., 2008). A dificuldade em fazer uma transição bem sucedida para a vida adulta pode resultar numa dependência desnecessária ao longo da vida, em desemprego, em baixo desempenho e em baixa qualidade de vida (Magill-Evans et al., 2005). A capacidade dos jovens com incapacidade alcançarem o estatuto de adultos pode ser vista como uma medida da adequação dos serviços prestados durante os anos de transição, no ultrapassar das consequências negativas da incapacidade (Clark & Hirst, 1989). De facto, as pessoas com incapacidade são particularmente dependentes para a sua qualidade de vida, dos serviços fornecidos (ibd.). Estes serviços, apesar de não poderem garantir a transição bem sucedida para a idade adulta, podem possibilitar a escolha e a vontade de trabalhar e viver independentemente, de tomar decisões e de assumir a responsabilidade pelas suas próprias vidas (ibd.).

Vários estudos sobre jovens adultos com uma incapacidade física mostram que a transição para a vida adulta está longe de ser fácil (Van der Dussen et al., 2001). No estudo de Clark e Hirst (1989), encontrou-se que a incapacidade pode afetar o momento e a sequência de transições para o estatuto de adulto, o que, por sua vez, pode limitar ou impedir o cumprimento de um papel que é considerado normativo na sociedade. A falta de oportunidades durante os anos de transição reduz a oportunidade de ganhar experiência profissional, independência econômica e competências sociais (ibd.). Os jovens a quem são negadas escolhas e a possibilidade de tomar decisões independentes têm menor probabilidade de desenvolver um sentido de responsabilidade e de participação na sociedade e relações adultas (ibd.).

É indubitável que a transição para a vida adulta é uma das etapas mais difíceis na vida de todo o ser humano. Esta etapa pode ainda ser mais complicada quando os indivíduos não têm maturidade, autonomia e independência adequadas a esta fase da vida.

De uma forma geral, a prática clínica com jovens adultos com PC tem revelado uma tendência destes indivíduos para a passividade, uma falta de autonomia e independência emocional, bem como uma falta de assertividade e iniciativa. Poder-se-ia discutir acerca das razões que levam a que tal aconteça, desde um desenvolvimento mais protegido pela família, professores e técnicos, a falta de oportunidades de tomadas de decisão, a um contexto escolar que também não favorece a autonomização e independência; ou até mesmo, a características mais estáveis, da própria personalidade destes indivíduos.

Verifica-se, frequentemente, que na idade adulta existe pouca orientação para o futuro, havendo quase que uma ausência de objetivos de vida claros e bem definidos, com percursos bem delineados. Na prática profissional, de um modo geral, percebe-se que os indivíduos com PC e seus pais atribuem maior importância ao momento atual, presente, descurando um pouco a planificação do futuro. Muitas vezes, os pais não fazem planos para não se desiludirem, o que é fruto da sua própria vivência/experiência de ter um filho com PC. A maior parte destes pais tinha, antes do nascimento do filho, um futuro planeado, que teve de ser totalmente alterado, por isso, acreditam que o futuro não necessita de planificação, pois, rapidamente, tudo pode mudar. Outras vezes, os pais têm expectativas pouco realistas em relação ao futuro dos seus filhos, tais como acreditarem que o Ensino Superior ou que as colocações em organismos do Estado são a solução para a integração profissional. Este tipo de pensamento vai sendo incutido ao

jovem e, aliado à sua falta de participação nas tomadas de decisão, faz com que estes indivíduos não se preocupem muito com a planificação do seu futuro. Dado todas estas condicionantes não é de estranhar que esta transição seja vivida com algumas dificuldades.

Sabemos que o Ensino Superior e o mercado de trabalho são duas áreas altamente competitivas, onde é necessária grande autonomia, independência, iniciativa, tolerância à frustração, entre outras características. O excesso de apoio fornecido a estes indivíduos faz com que, na sua maioria, estas características não sejam desenvolvidas. Tal facto, leva a que estes jovens não estejam preparados para vingar nesta nova etapa; não pela falta de competências, mas sim pela imaturidade emocional que os caracteriza.

Impõe-se, então, a necessidade de desenvolver intervenções que reforcem a autonomia, iniciativa e Auto-Eficácia dos indivíduos, o mais cedo possível.

Impacto na família

Viver com uma criança com incapacidade pode ter efeitos profundos em toda a família. É uma experiência única compartilhada pela família e pode afetar todos os aspetos do funcionamento familiar (Reichman, Corman & Noonan, 2008). Pelo lado positivo, pode ampliar os horizontes, aumentar a consciência dos membros da família da sua força interior, reforçar a coesão familiar, e incentivar ligações à comunidade; e, pelo lado negativo, podem existir efeitos a longo prazo devido ao tempo e custos financeiros, às exigências físicas e emocionais, e às complexidades logísticas associadas à prestação de cuidados de uma criança com incapacidade (ibd.). Este impacto vai depender do tipo de condição e gravidade, bem como dos meios físicos, emocionais e financeiros da família e dos recursos que estão disponíveis (ibd.).

Antes de mais, a presença de um filho com incapacidade supõe uma quebra do projeto de vida partilhado pela família, não só pelo desgaste físico originado pelo cuidar, mas também pelas repercussões psicológicas e sociais que implica enfrentar uma realidade que contraria as expectativas iniciais.

O futuro da criança depende grandemente da forma como a família mais próxima percebe e enfrenta a incapacidade (Munoz, 2007). Os primeiros momentos após a confirmação do diagnóstico são vividos com grande confusão de sentimentos, por vezes, contraditórios, que oscilam entre a esperança de que haja um erro, até ao desespero (ibd.). A forma como os profissionais comunicam a notícia tem uma importante influência nas impressões e reações iniciais, havendo pais que expressam

queixas pela falta de sensibilidade, insuficiência de informação ou diagnósticos contraditórios; circunstâncias que aumentam os sentimentos de confusão, temor e incerteza.

Uma vez assumida a PC, a família entra num processo de normalização que varia de caso a caso, e pode levar à aceitação, resignação ou rejeição da incapacidade (ibd.). A resposta dos distintos membros da família depende de múltiplos fatores como os traços de personalidade e o estado de humor de cada um dos seus membros ou da gravidade do diagnóstico e prognóstico (ibd.).

Conforme referido anteriormente, embora a disfunção motora seja a imagem de marca da PC, muitas crianças também experienciam deficiências sensoriais, de comunicação e intelectuais e podem ter limitações complexas nas funções de autocuidado, tais como na alimentação, vestir, tomar banho e na mobilidade (Raina et al., 2005). Estas limitações podem resultar na exigência de cuidados de longa duração, à medida que as crianças se desenvolvem, que, regra geral, são assegurados pelos cuidadores familiares (ibd.).

Criar um filho com incapacidade pode ser visto como um desafio para os pais e, geralmente, requer uma quantidade significativa de energia e esforço de toda a família durante um longo período de tempo (Florian & Findler, 2001). Os cuidadores destas crianças têm de lidar com muitas exigências e stressores em constante mudança relacionados com as necessidades específicas dos seus filhos em diferentes domínios da vida: satisfazer as necessidades físicas da criança, lidar com constrangimentos económicos e financeiros, equilibrando as necessidades e expectativas dos outros membros da família, e, por vezes, enfrentando o embaraço e isolamento social (ibd.).

Apesar de cuidar ser uma tarefa normativa para os pais de qualquer criança, prestar cuidados a longo prazo, exigidos por uma criança com limitações funcionais, pode tornar-se numa tarefa onerosa, que pode ter impacto sobre a saúde física, mental, emocional e social (Davis et al., 2009; Florian & Findler, 2001; Raina et al., 2005), e no bem-estar dos cuidadores (Davis et al., 2009; Florian & Findler, 2001; Heller, Caldwell & Factor, 2007; Raina et al., 2005; Shu, Lung & Huang, 2002).

Vários estudos têm, ainda, mostrado que mães de crianças com incapacidade sofrem de depressão e/ou ansiedade, em maior grau do que mães de crianças saudáveis e que apresentam, também, níveis mais elevados de *stress* (Barlow, Cullen-Powell & Cheshire, 2006; Brehaut et al., 2004; Davis et al., 2009; Manuel, Naughton, Balkrishnan, Smith & Koman, 2003). A fraca saúde do cuidador pode resultar na

diminuição da sua produtividade no trabalho, em despesas de saúde, e no aumento dos custos relacionados com a prestação de serviços para o recetor de cuidados (Brehaut et al., 2004).

Existe, ainda, um crescente corpo de evidências que sugerem que cuidar de crianças com incapacidade coloca estas mães em maior risco psicossocial do que as mães de crianças com desenvolvimento típico (Heller et al., 2007; Manuel et al., 2003; Skok, Harvey & Reddihough, 2006). Para além disso, as famílias de crianças com incapacidade enfrentam maior esforço financeiro, mais frequentemente apresentam perturbação da rotina familiar (Davis et al., 2009; Eker & Tuzun, 2004; Florian & Findler, 2001; Raina et al., 2005) e têm menos atividades sociais fora da família (Eker & Tuzun, 2004; Reichman et al., 2008; Skok et al., 2006).

No entanto, estes stressores da saúde psicológica dos cuidadores podem ser contrabalançados por fatores do cuidador, tais como uma sensação de domínio da situação, uma autoestima (Brehaut et al., 2004; Florian & Findler, 2001) e uma auto-eficácia elevadas (Wanamaker & Glenwick, 1998), estratégias de *coping* específicas, suporte social (Brehaut et al., 2004), suporte familiar (Brehaut et al., 2004; Raina et al., 2005; Skok et al., 2006), apoio dos parceiros e satisfação conjugal (Barlow et al., 2006), o tamanho da rede familiar (Florian & Findler, 2001) e serviços de apoio formal (Brehaut et al., 2004; King, King & Rosenbaum, 1999; Pimm, 1996).

Não tem sido consistentemente demonstrado que a gravidade, o tipo de incapacidade e a capacidade cognitiva da criança, estejam relacionados com o ajustamento materno (Brehaut et al., 2004; Manuel et al., 2003; Skok et al., 2006). No entanto, a fraca saúde psicológica do cuidador está, muitas vezes, associada a problemas de comportamento e ao mau temperamento da criança (Brehaut et al., 2004; Raina et al., 2005; Skok et al., 2006).

De acordo com Horton e Wallander (2001), os fatores associados à variação do ajustamento materno foram conceptualizados para existirem dentro de uma estrutura de risco e resiliência: os fatores de risco incluem os parâmetros da incapacidade da criança, o esforço para cuidar dessa criança e o *stress* psicossocial. O impacto desses fatores é moderado por fatores sócio-ecológicos, intrapessoais (crenças pessoais, atitudes e estilos comportamentais), e capacidade de *coping* - fatores de resiliência, relacionados com a adaptação (ibd.).

Conforme referido anteriormente, cuidar de uma criança com incapacidade tem, também, impacto ao nível do emprego dos cuidadores (Davis et al., 2009; Eker &

Tuzun, 2004; Florian & Findler, 2001; Raina et al., 2005), aumentando a probabilidade destes terem baixa empregabilidade e faltarem mais vezes ao trabalho, trabalharem menos horas, de a mãe não trabalhar fora de casa e de depender de assistência pública (Heller et al., 2007; Reichman et al., 2008).

Apesar da prestação de cuidados fazer parte do papel de pai ou mãe de qualquer criança, esse papel tem um significado completamente diferente quando o filho experiencia limitações funcionais e uma possível dependência a longo prazo (Raina et al., 2005). Um dos principais desafios para os pais é gerir eficazmente os problemas crónicos de saúde da criança, ao mesmo tempo que respondem às exigências da vida quotidiana (ibd.).

Assim, estes cuidadores, ao longo da sua vida, podem experienciar duas consequências: a interdependência emocional e a Sobrecarga do cuidador (Munoz, 2007). A interdependência emocional manifesta-se pela necessidade constante de estar junto do seu filho, para evitar perigos imaginários, assim como a impossibilidade de se abstrair da situação mesmo em momentos de lazer (ibd.). Para estes cuidadores, há uma dedicação quase exclusiva à atenção do filho e, por isso, o cuidador sente-se imprescindível (ibd.). Em caso de grande dependência do filho, os cuidados podem ser tão absorventes que o cuidador, frequentemente, a mãe, deixa para segundo plano os restantes aspetos da sua vida, podendo dar-se casos de absentismo ou abandono laboral, descuido dos restantes membros da família e de si própria, dificuldade em estabelecer relacionamentos sociais, superproteção do filho, entre outros (ibd.). Do ponto de vista emocional, esta interdependência manifesta-se em sentimentos de angústia e depressão quando o cuidador e o filho estão separados um do outro (ibd.). Surgem, também, sentimentos de culpa no cuidador quando participa nalguma atividade para além das tarefas de cuidador, sentimentos que podem ser, paradoxalmente, acompanhados por uma sensação de liberdade e alívio (ibd.).

De facto, nota-se, na prática clínica, que há uma relação de dependência emocional entre pais e filhos, que torna muito difícil a autonomização destes últimos, e que é essencial para prosseguir a sua vida adulta.

Como todos bebês, os que tem PC, dependem exclusivamente da mãe para a prestação de cuidados e satisfação das necessidades básicas. No entanto, acresce a estas mães (quase sempre) a tarefa de os acompanhar nos serviços de saúde e reabilitação.

Os horários de funcionamento dos serviços de saúde e reabilitação não permitem que ambos os pais continuem a trabalhar, a menos que tenham horários bastante

flexíveis e que lhes seja permitido faltar consecutivas vezes, nos primeiros anos de vida dos filhos. Daí que quase sempre um dos cuidadores opte por ficar em casa. Quando se toma a decisão de deixar de trabalhar para acompanhar a criança aos tratamentos / terapias, frequentemente, é a mãe quem abdica das suas responsabilidades laborais. Assim, começa cedo uma dedicação quase exclusiva ao filho com PC, sendo uma das principais funções da mãe cuidar deste filho 24 horas por dia, acompanhando-o para tudo o que é necessário, uma vez que este necessita de apoio. Começa, assim, a existir alguma dependência.

À medida que a criança cresce, dependendo do seu grau de incapacidade funcional, pode vir a necessitar de menos apoio, pois já consegue realizar muitas tarefas sozinho. No entanto, quase sempre os cuidadores estão presentes para ajudar, e realizam as tarefas por eles, por vezes, por ser mais rápido, outras vezes, por verem que é custoso para os filhos realizarem as tarefas, sozinhos. Isto vai contribuindo para uma falta de autonomia e para uma baixa auto-eficácia por parte das crianças, pois se não conseguem experimentar certas tarefas, não se sentem capazes de as realizar.

Quase sempre os cuidadores são aconselhados a colocar os seus filhos no infantário, para que cedo comecem a socializar com outras crianças. De facto, estas crianças têm um percurso quase normativo ao nível da escolaridade, ainda que precisem de apoio, adaptações curriculares, ajudas técnicas, entre outros. No entanto, também aqui, muitos cuidadores acompanham as idas e vindas para a escola e fazem incursões aos intervalos, ainda que a dependência funcional não o justifique. Esta superproteção, aos poucos e poucos, vai gerando nas crianças sentimentos de inferioridade. A criança já se sente fisicamente diferente das outras, mas como faz sensivelmente o mesmo percurso poderá sentir-se como par semelhante, no entanto, o facto de os cuidadores estarem sempre presentes para tudo, não deixando experimentar novas situações, destrói o sentimento de eficácia destas crianças e fá-las sentir mais vulneráveis que os outros, contribuindo para a criação de sentimentos de inferioridade. De facto, esta centração excessiva nos filhos vai ter repercussões a longo prazo na sua autoestima, auto-eficácia, autoconfiança, insegurança, medo de falhar, no desenvolvimento em geral. Por outro lado, esta situação tem impacto também nos outros pais e crianças sem PC, e, em último caso, na sociedade em geral, uma vez que a imagem que passa para estes é que os indivíduos com PC não são capazes de “sobreviver” sem os cuidadores, necessitando de apoio para tudo. Obviamente que, para os cuidadores de crianças com PC, esta situação

não é fácil de gerir e não existe a percepção de que estes comportamentos venham a ter impacto a longo prazo.

A Sobrecarga do cuidador pode aparecer como consequência da interdependência emocional, ocorrendo quando o cuidador chega ao desgaste físico e psicológico devido a uma dedicação intensa ao seu filho (ibd.). É o efeito de uma situação de *stress* continuado e crónico que leva a uma série de sintomas físicos e psicológicos produzidos pela sensação de falta de controlo da situação (ibd.).

De facto, a prestação de cuidados a longo prazo pode ter sérias implicações na vida dos cuidadores. No entanto, à medida que vão envelhecendo, os cuidadores vêm o seu papel como menos sobrecarregado do que os cuidadores mais jovens, evitando recorrer a qualquer tipo de assistência formal (Rimmerman & Muraver, 2001). Heller et al. (2007) preveem que o cuidado se torna menos stressante ao longo do tempo, devido ao aumento da estabilidade das rotinas, à redução dos problemas comportamentais, à maior aceitação do membro da família e à maior reciprocidade na prestação de cuidados para a pessoa com incapacidade.

À medida que os filhos vão crescendo, as exigências de tempo para a prestação de cuidados tendem a reduzir-se, no entanto, é provável que estas famílias tenham os filhos adultos a viver em sua casa durante mais tempo do que as outras famílias, uma vez que a autonomização dos filhos é atrasada (Heller et al., 2007). Para alguns indivíduos com incapacidade, a necessidade de cuidados pode, até, ser para toda a vida, prolongando-se, nalguns casos, para além da morte dos pais (Munoz, 2007).

São vários os fatores contextuais que influenciam a saúde e o bem-estar das famílias de adultos com incapacidades, incluindo as características do filho, o nível socioeconómico, o contexto cultural, a extensão de redes sociais, e o acesso e utilização dos serviços formais (Heller et al., 2007). Os recursos sociais da família podem servir como fatores de proteção, sendo que as mães que têm mais suporte social, maior coesão familiar e *coping* mais ativo, tendem a ter menor sobrecarga e menor depressão (ibd.). Dentro da família, o suporte dos outros irmãos tanto para o adulto com incapacidade, como para a mãe, têm sido associados a um maior bem-estar materno (ibd.).

Reconhecendo que os cuidadores de indivíduos adultos com PC poderão enfrentar sérias implicações na sua vida, impõe-se a necessidade de se desenvolver intervenções que visem diminuir o risco dessas implicações, potenciando os fatores de proteção dos cuidadores.

A revisão de investigações em bases de dados revela a existência de vários estudos acerca de Adultos com PC, centrado-se, sobretudo, na transição para a vida adulta e suas repercussões na funcionalidade (Balandin & Morgan, 1997; Donkervoort et al., 2007; Donkervoort et al., 2008; Sandström, Alinder & Öberg, 2004; Van der Dussen et al., 2001), na sexualidade (Wiegerink, Roebroek, Donkervoort, Stam, Cohen-Kettenis, 2006; Wiwanitkit, 2008), e no processo de envelhecimento e dependência funcional (DeVivo, 2004; Haak, Lenski, Hidecker, Li & Paneth, 2009).

Relativamente aos Cuidadores de Adultos com PC, a revisão de investigações em bases de dados revela a existência de muito poucos estudos. De facto, grande parte da investigação encontrada refere-se a cuidadores de crianças com PC. Neste sentido, encontram-se alguns estudos que averiguam, na sua generalidade, o impacto da incapacidade da criança na família (e.g., Munoz, 2007; Reichman et al., 2008). Outros estudos centram-se, mais especificamente, nos fatores de *stress* e de adaptação (e.g., Barlow et al., 2006; Canning, Harris & Kelleher, 1996; Florian & Findler, 2001; Horton & Wallander, 2001; Manuel et al., 2003; Pimm, 1996; Skok et al., 2006; Wanamaker & Glenwick, 1998), bem como na análise dos determinantes da saúde física e psicológica, e da Qualidade de Vida dos cuidadores de crianças com PC (e.g., Brehaut et al., 2004; Davis et al., 2009; Eker & Tuzun, 2004; Raina et al., 2005; Zhu, Walter, Rosenbaum, Russell & Raina, 2006).

Na área da PC, muita investigação tem sido realizada, no âmbito da psicologia, no sentido de compreender e/ou avaliar as áreas deficitárias por comparação a outras incapacidades ou a pessoas sem incapacidade. Muito se tem estudado as dificuldades de adaptação destes indivíduos e suas famílias, a sua depressão, ansiedade, problemas de saúde, entre outros. Pouco se sabe, no entanto, acerca das suas potencialidades e competências, que os fazem estar adaptados e ser bem sucedidos ao longo da vida. Nos últimos anos tem-se vindo a estudar a qualidade de vida destes indivíduos e suas famílias, mas este estudo centra-se, sobretudo, em idades precoces do desenvolvimento, verificando-se poucos estudos na idade adulta.

Para compreender o funcionamento psicológico positivo é necessário averiguar a natureza interativa das relações entre a saúde mental e a saúde física, e, de facto, conhecem-se mais os efeitos das emoções negativas na saúde física do que os efeitos das qualidades e das experiências positivas (Novo, 2003). Impõe-se, então a necessidade de se averiguar aspetos mais positivos do funcionamento destes indivíduos, em idade adulta, e suas famílias. Estes aspetos serão explorados na secção seguinte.

SECÇÃO 3

VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

Nos últimos anos, tem-se verificado uma alteração do foco da psicologia, da doença para a saúde e do déficit para a competência.

Segundo a WHO (2001), a saúde é um fenómeno multidimensional e multideterminado, que resulta do equilíbrio dinâmico entre fatores intrínsecos ao ser humano (biológicos, psicológicos, afetivos e comportamentais), e fatores extrínsecos, próprios do meio físico e relacional que o rodeia. Assim, saúde também é a capacidade dos indivíduos ou grupos desenvolverem recursos e potencialidades, para promoverem o seu bem-estar e qualidade de vida; efetuando escolhas, obtendo satisfação com a vida, orientando e alterando os seus ambientes (Martins, 2008). Esta definição multidimensional de saúde, em termos de bem-estar, altera explicitamente, a atenção dos critérios presentes nos modelos de “doença” para modelos de “saúde” e, simultaneamente, integra nas avaliações a consideração de estados de “bem-estar” juntamente com os de “mal-estar” (Novo, 2003).

A psicologia começa, assim, a interessar-se pelo extremo positivo do espectro da saúde mental, passando a ser consensual que esta está para além da ausência de perturbações mentais, e inclui dimensões positivas como o bem-estar, a perceção de Auto-Eficácia, a autonomia, a competência, a autoatualização, entre outras (WHO, 2001). Consequentemente, nos últimos anos, tem havido uma crescente atenção dos investigadores aos aspetos positivos do funcionamento psicológico, dando origem à Psicologia Positiva (Novo, 2003).

A Psicologia Positiva é, então, o estudo científico do Bem-Estar e Funcionamento Humano ótimos, pelo que não interessa apenas o alívio do sofrimento humano, mas também a compreensão e a promoção dos fatores positivos que permitem aos indivíduos, às comunidades e às sociedades desenvolver-se, prosperar e florescer (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Assim, o seu objetivo é ter uma compreensão científica mais completa e equilibrada da experiência humana (ibd.).

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) propõem que se aliem as perspetivas positivas às experiências subjetivas para promover a qualidade de vida e prevenir as doenças, centrando-se na construção de qualidades positivas, valorizando as forças e as virtudes do ser humano. Uma premissa fundamental da psicologia positiva é a de que a prevenção da psicopatologia é mais eficaz quando os esforços são focados para a

construção das forças dos indivíduos, em vez da remediação dos seus défices (Suldo & Huebner, 2004). Existe, portanto, um conjunto de características positivas, que oferecem proteção contra o desenvolvimento de dificuldades psicológicas, e que podem fornecer a base para programas de promoção e prevenção eficazes.

O estudo das experiências positivas, dos traços individuais positivos e dos aspetos que facilitam o seu desenvolvimento é, então, o grande foco da psicologia positiva, ultrapassando o objetivo da psicologia clínica de aliviar o sofrimento associados a uma condição de saúde (Duckworth, Steen & Seligman, 2005).

No presente projeto, optou-se por focalizar no estudo do Bem-Estar Psicológico e Satisfação com a Vida, e, por um lado, nas suas relações com a Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança em indivíduos com PC, e por outro, nas suas relações com a Sobrecarga do Cuidador de indivíduos com PC. De seguida, apresenta-se uma clarificação de cada um destes constructos.

Bem-Estar Psicológico e Satisfação com a Vida

O estudo científico do Bem-Estar marca, então, a mudança da orientação da Psicologia para a saúde mental, como uma reação à ênfase generalizada nos sintomas da doença (Galinha, 2008).

O Bem-Estar tem sido desenvolvido em duas áreas distintas, uma no âmbito do desenvolvimento do adulto e da saúde mental – Bem-Estar Psicológico (BEP) -, e outra mais ligada aos aspetos psicossociais, à qualidade e à satisfação com as condições e circunstâncias de vida - Bem-Estar Subjetivo (BES) (Keyes et al., 2002).

Independentemente destes dois conceitos partilharem o mesmo objeto de estudo, eles têm origens, percursos e orientações diferentes (Novo, 2003).

De acordo com Novo (2003), o conceito de BES nasce num contexto empírico que tenta identificar as características sócio-demográficas associadas à qualidade de vida, satisfação e felicidade, considerando a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas com base em valores, necessidades e sentimentos pessoais, independentemente dos valores universais ou da qualidade do funcionamento psicológico. Por sua vez, o conceito de BEP nasce num contexto teórico de orientação humanista, enraizado na psicologia clínica e do desenvolvimento e no âmbito da saúde mental; e pretende operacionalizar as dimensões do funcionamento psicológico positivo (Ryff, 1989a,b, 1995; Ryff & Keyes, 1995).

O BES é composto por três componentes inter-relacionados, mas distintos: afeto positivo, negativo e satisfação com a vida (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999), sendo conceptualizado a partir da noção de felicidade; enquanto o BEP considera a felicidade juntamente com um conjunto de dimensões globais da personalidade, reconhecidas como necessárias a um funcionamento psicológico positivo e à expressividade da personalidade (Novo, 2003): Aceitação de Si, Autonomia, Domínio do meio, Relações positivas com os outros, Objetivos na vida e Crescimento Pessoal (Ryff, 1995). Basicamente, o que distingue o BES do BEP e os domínios teórico-empíricos da sua investigação é a ênfase na felicidade (Novo, 2003).

A **Satisfação com a Vida** é considerada uma dimensão do BES de natureza cognitiva e representa o balanço psicológico que cada indivíduo faz da sua vida em geral (Novo, 2003). Tem sido definida como a avaliação global que a pessoa faz acerca da sua própria vida (Pavot et al., 1991), presumindo-se que a sua natureza global a torne numa avaliação estável, e não completamente dependente do estado afetivo da pessoa no momento (Galinha, 2008).

A Satisfação com a Vida é, assim, um processo de julgamento cognitivo, dependente de uma comparação das circunstâncias do próprio indivíduo com o que se acredita ser um padrão apropriado (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Assim, quanto menor a discrepância entre a perceção das realizações na vida de um sujeito e o seu padrão de referência, maior é a sua Satisfação com a Vida (Galinha, 2008).

O modelo do **BEP** desenvolve-se a partir do conhecimento de que: a) o estudo do sofrimento psicológico e da psicopatologia não evidencia as causas e as consequências do funcionamento psicológico positivo; pelo que o bem-estar deve ser identificado a partir da presença de recursos psicológicos efetivos e de um funcionamento no âmbito da saúde mental; e b) a conceção de bem-estar que apenas considera a Felicidade como único critério é restrita, pois não atende a outras dimensões psicológicas importantes (Ryff, 1989 a,b).

Pode afirmar-se que o BEP é um constructo multidimensional que abrange um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo, de natureza cognitiva e afetiva (Ryff, 1989 a,b, 1995; Ryff & Keyes, 1995):

- A Aceitação de Si, referente à avaliação positiva que cada indivíduo faz de si próprio e da sua vida;
- O Crescimento Pessoal, que se trata do sentimento de desenvolvimento contínuo enquanto pessoa;

- Os Objetivos na Vida, que traduzem a crença do indivíduo de que a sua vida é importante, significativa e de que os seus objetivos e metas têm propósitos globais e unificadores do sentido de vida;

- As Relações Positivas com os Outros, que se referem ao envolvimento em relações interpessoais positivas;

- O Domínio do Meio, que traduz a capacidade para gerir satisfatoriamente a vida, para enfrentar e responder eficazmente às exigências externas; e

- A Autonomia, que reflete o sentido de autodeterminação e de independência face às pressões externas.

Estas dimensões constituem o BEP e refletem os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de vida sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro (Ryff & Keyes, 1995; Keyes & Ryff, 1998). Assim, o BEP permite identificar o quão satisfeito e feliz um indivíduo se sente em domínios psicológicos diversos e de que recursos psicológicos dispõe: na relação consigo próprio, com os outros, com o meio, e nas suas capacidades de adaptação (Novo, 2003).

A revisão de investigações em bases de dados revela a ausência de estudos centrados no BEP de jovens ou adultos com PC, centrando-se estes, maioritariamente, no estudo da sua Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida.

A este respeito, Andrén e Grimby (2003) pretendiam averiguar a evolução da dependência para Atividades de Vida Diária (AVD) e a Satisfação com a Vida em adultos com PC ou Espinha Bífida, ao longo de 5 anos. Estes autores concluíram que a funcionalidade diminuía com o aumentar da idade e que o nível de apoio necessário para a realização de AVD era progressivamente maior. Relativamente à Satisfação com a Vida, neste estudo concluiu-se que os indivíduos com PC ou Espinha Bífida apresentavam-se satisfeitos com a sua vida em geral, apresentando resultados semelhantes aos da população em geral. Os resultados demonstraram, também, que a Satisfação com a Vida não se encontrava associada à Funcionalidade. Hergenroder e Blank (2009) pretendiam explorar o BES, a Satisfação com a Vida em geral, a participação e a Saúde em adultos com PC. Os resultados indicaram que os adultos com PC apresentam níveis de BES e de Satisfação com a Vida semelhantes a adultos sem incapacidade. Chen e Crewe (2009) pretendiam investigar a Satisfação com a Vida em indivíduos com incapacidades progressivas. Os resultados indicaram que o melhor

preditor da Satisfação com a Vida era a Aceitação da Incapacidade e a Esperança; e, ainda, que a Satisfação com a Vida era influenciada pelo estado civil, sendo que os participantes que nunca tinham sido casados ou que se encontravam divorciados apresentavam menor Satisfação com a Vida do que os participantes casados.

Livingston, Rosenbaum, Russell e Palisano (2007) realizaram uma revisão de investigações acerca da qualidade de vida e da qualidade de vida relacionada com a saúde de adolescentes com PC. Nesta revisão identificaram que: a) os indivíduos com PC reportam menor qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde do que os indivíduos sem PC; b) as medidas de funcionalidade são indicadores fiáveis de variações na função física, mas que não se encontram relacionados com o Bem-estar psicossocial; e, c) apesar dos adolescentes com PC enfrentarem diferentes dificuldades na vida em relação a outros adolescentes, tem sido efetuada pouca investigação relacionada com os fatores associados à qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde para esta faixa etária. Shikako-Thomas et al. (2009), num estudo qualitativo, investigaram quais os fatores que, na perspetiva de adolescentes com PC, influenciam a sua qualidade de vida. Neste estudo, os participantes refletiram sobre sua qualidade de vida enquanto uma interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos. Desta forma, a qualidade de vida envolvia uma relação entre as preferências e interesses pessoais (fatores intrínsecos) e as oportunidades de participação em atividades adequadas à idade e de lazer (fatores extrínsecos). As oportunidades de participação em atividades que os adolescentes valorizam afetavam a perceção da sua qualidade de vida, independentemente do seu nível de funcionalidade. Este estudo fornece pistas para a intervenção, salientando que os profissionais de saúde devem ter consideração o que os adolescentes com PC mais valorizam. A identificação do que pode ser modificado, tal como a acessibilidade para ou a competência em, e a preferência por atividades diferentes, pode ajudar os profissionais a promoverem uma maior participação nessas atividades e a adequarem as estratégias terapêuticas, aumentando a probabilidade de promover a qualidade de vida desta população. Sandström (2007) pretendia compreender como os adultos com PC vivenciam a sua incapacidade e gerem a sua vida diária. Este estudo revela alguma heterogeneidade nas experiências de vida dos adultos com PC, mostrando que pessoas com PC têm as mesmas perceções e utilizam as mesmas estratégias que qualquer outra pessoa. Por outro lado, este estudo aponta para alguns problemas que influenciam a vida desta população, tais como as perceções negativas do corpo, a perceção da diferença e a autonomia limitada. Demonstrou-se,

ainda, que as diferentes estratégias de *coping* utilizadas na procura da “normalidade” e autonomia poderão ter tanto consequências positivas como negativas, na gestão dos problemas da vida diária.

Como referido anteriormente, a revisão de investigações em bases de dados revela a ausência de estudos acerca do BEP e Satisfação com a Vida de Cuidadores de Adultos com PC, centrando-se a investigação, maioritariamente, em cuidadores de crianças com PC.

Neste sentido, encontram-se alguns estudos que averiguam, na sua generalidade, o impacto da incapacidade da criança na família (e.g., Munoz, 2007; Reichman et al., 2008). Outros estudos centram-se, mais especificamente, nos fatores de *stress* e de adaptação destes cuidadores, sugerindo que:

a) os cuidadores de crianças com PC se encontram em risco psicossocial (Manuel et al., 2003; Canning et al., 1996), reportam mais acontecimentos de vida stressantes (Florian & Findler, 2001), e apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão (Barlow et al., 2006; Manuel et al., 2003; Pimm, 1996) do que cuidadores de crianças sem incapacidade;

b) a severidade da incapacidade não se encontra associada à depressão (Manuel et al., 2003), ao Bem-Estar (Skok et al., 2006), nem ao *stress* (Horton & Wallander, 2001) maternos;

c) o Suporte Social modera a relação entre a funcionalidade da criança e a depressão materna (Manuel et al., 2003), apresenta uma relação positiva com o Bem-Estar (Skok et al., 2006; Wanamaker & Glenwick, 1998) e ajustamento (Horton & Wallander, 2001) maternos, e contribui para a adaptação psicológica e conjugal das mães (Florian & Findler, 2001);

d) a autoestima e a auto-eficácia contribuem para a adaptação psicológica e conjugal das mães (Florian & Findler, 2001);

e) a Esperança encontra-se negativamente associada ao *stress* materno (Horton & Wallander, 2001); e

f) a Auto-Eficácia encontra-se positivamente associada ao BEP (avaliado através da ausência de depressão e ansiedade) dos cuidadores (Barlow et al., 2006).

Encontram-se, também, estudos que se centram na análise dos determinantes da saúde física e psicológica, e da Qualidade de Vida dos cuidadores de crianças com PC, sugerindo que:

a) os cuidadores de crianças com PC apresentam menor saúde física e psicológica (Brehaut et al., 2004; Davis et al., 2009; Raina et al., 2005) e menor qualidade de vida (Eker & Tuzun, 2004) do que cuidadores de crianças sem PC;

b) a prestação de cuidados a uma criança com PC pode afetar várias áreas da vida dos cuidadores, tais como o Bem-Estar físico, social e familiar, a liberdade e independência e a estabilidade financeira (Davis et al., 2009);

c) a saúde física e psicológica dos cuidadores é fortemente influenciada pelo comportamento da criança e exigências associadas ao cuidar (Davis et al., 2009; Raina et al., 2005; Zhu et al., 2006);

d) o funcionamento familiar afeta diretamente a saúde dos cuidadores e medeia os efeitos das suas autopercepções, suporte social e capacidade para lidar com o *stress* (Raina et al., 2005; Zhu et al., 2006).

Relativamente às variáveis psicossociais que se encontram associadas ao BEP, as investigações têm consistentemente demonstrado relações positivas com a Auto-Eficácia (e.g., Barlow et al., 1996; Joeques et al., 2007; Marks, 2001), o Suporte Social (e.g., Galambos et al., 2006; Rintala et al., 2005; Rose et al., 2006; Yoon & Lee, 2007) e a Esperança (e.g., Cicone, 2003; Valle et al., 2006). De igual modo, a investigação centrada na Satisfação com a Vida tem salientado, também, a existência de relações positivas com a Auto-Eficácia (e.g., Gooden-Ledbetter et al., 2007; Hampton, 2000), o Suporte Social (e.g., Rintala et al., 2005) e a Esperança (e.g., Bailey & Snyder, 2007; Chang, 1998; O'Sullivan, 2011), pelo que se crê ser apropriada a sua inclusão neste projeto. De seguida, exploram-se estas variáveis.

Auto-Eficácia

A Auto-Eficácia trata-se de uma variável de extrema importância tanto na área da promoção e proteção da saúde, como na da prevenção e remediação das doenças (Pais-Ribeiro, 1995). Refere-se ao juízo pessoal dos indivíduos acerca da sua capacidade para organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, ambíguas, imprevisíveis e geradoras de *stress* (ibid.). É a crença que uma pessoa tem na sua capacidade para atingir determinado nível de exigência numa tarefa, num domínio psicológico específico (Bandura, 1995).

A percepção de eficácia pode ter vários efeitos no comportamento, pensamento e emoções; influencia a escolha das atividades e das situações; determina o esforço que o indivíduo vai gastar, e o tempo que persistirá perante obstáculos; e influencia os

processos de pensamento e reações emocionais antes e perante as situações (Pais-Ribeiro, 1995).

De acordo com Bandura (1995), os indivíduos com elevada Auto-Eficácia abordam as tarefas difíceis como um desafio a ser ultrapassado, estimulando o interesse e o envolvimento nas atividades; colocam-se objetivos desafiantes e mantêm um forte compromisso com eles; processam a informação de um modo ativo, mantendo elevada eficiência no seu pensamento analítico perante a necessidade de decidir em situações complexas; aumentam o seu esforço perante insucessos, atribuindo-os a uma falta de esforço, apoiando, assim, uma orientação para o sucesso, e recuperando rapidamente o seu sentido de eficácia; abordam potenciais situações de *stress* ou de ameaça confiantes de que podem exercer algum controlo sobre elas. Este perfil eficaz aumenta o nível de funcionamento cognitivo e de realização, reduz o *stress* e diminui a vulnerabilidade à depressão (ibd.). Por sua vez, indivíduos com baixa Auto-Eficácia duvidam das suas capacidades, evitam tarefas difíceis que creem excedê-las; têm baixas aspirações e pouco sentido de compromisso em relação aos objetivos que se propuseram atingir; em situações difíceis, repisam nas suas limitações e nas consequências negativas do falhanço; as experiências de insucesso enfraquecem a sua motivação, pelo que tendem a diminuir os seus esforços e a desistir rapidamente face a dificuldades; não exercem grande esforço cognitivo para processar informação; são lentos a recuperar o seu sentido de eficácia após insucessos, pelo que rapidamente perdem a confiança nas suas capacidades; facilmente têm *stress* e depressão (ibd.).

A Auto-Eficácia influencia a saúde, seja através da prática de comportamentos que afetam a saúde (adoção de comportamentos de promoção da saúde e modificação de comportamentos de prejuízo de saúde); ou através da redução do impacto do *stress* no indivíduo (O'Leary, 1992).

As crenças de Auto-Eficácia têm um papel crucial no ajustamento psicológico, nos problemas psicológicos e na saúde física, bem como nas estratégias de alteração de comportamentos (Maddux, 2002). Tais crenças desenvolvem-se ao longo do tempo, através de:

- Experiências de Performance: a tentativa de controlo do meio é a fonte de informação da Auto-Eficácia mais poderosa (ibd.). O sucesso constrói uma crença robusta de Auto-Eficácia, enquanto que o fracasso a destrói (Bandura, 1995).

- Experiências Vicariantes: as crenças de Auto-Eficácia são influenciadas pela observação do comportamento dos outros e suas consequências (Maddux, 2002).

Observar o sucesso dos outros pelo seu próprio esforço, aumenta as crenças de Auto-Eficácia dos observadores, isto é, a crença de que eles próprios possuem as capacidades para serem bem sucedidos. Contrariamente, observar o fracasso dos outros, apesar do seu elevado esforço, diminui a crença de Auto-Eficácia dos observadores, bem como a sua motivação. O impacto da modelagem na percepção de Auto-Eficácia é fortemente influenciado pela semelhança entre os modelos, ou seja, quanto mais semelhantes, mais persuasivos são os modelos de sucesso e fracasso (Bandura, 1995).

- Experiências Imagéticas: a Auto-Eficácia pode ser influenciada através da imaginação. O indivíduo imagina-se (a ele próprio ou a outros) a comportar-se eficaz ou ineficazmente em situações hipotéticas (Maddux, 2002).

- Persuasão verbal: as crenças de Auto-Eficácia são influenciadas pelo que os outros dizem acerca do que o indivíduo é capaz de fazer (ibd.). Indivíduos persuadidos de que possuem as capacidades requeridas para ter sucesso, mobilizam mais esforços e mantêm-nos, do que aqueles que acarretam dúvidas e se fixam nos seus défices, quando surgem problemas (Bandura, 1995).

- Estados Fisiológicos e Emocionais: influenciam a Auto-Eficácia quando existe uma aprendizagem que associa a baixa performance ou percepção de falhanço a estados fisiológicos aversivos, e o sucesso a sentimentos agradáveis. Quando o indivíduo se torna consciente de um estado fisiológico negativo, duvida da sua competência (Maddux, 2002).

O sentimento de controlo do nosso comportamento, do ambiente, dos pensamentos e sentimentos é essencial para a felicidade e para um sentimento de Bem-Estar. Quando o mundo parece previsível e controlável e, quando o comportamento, pensamento e emoções parecem estar sob o controlo do indivíduo, mais facilmente este enfrenta os desafios da vida, constrói relações saudáveis e alcança a satisfação pessoal (ibd.). Deste modo, considera-se que a Auto-Eficácia é um fator psicológico importante, que permite que as pessoas se percecionem com a competência necessária para obter o seu próprio bem-estar (Bandura, 1995).

Suporte Social

O Suporte Social é definido pela existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que se mostram preocupadas, valorizam e gostam do indivíduo (Sarason et al., 1983). De acordo com Vaux (1988), o Suporte Social é um metaconstructo que integra três conceitos – os recursos da rede de apoio, os

comportamentos de apoio e as percepções de apoio –, associados num processo dinâmico de transação entre o indivíduo e o seu meio no qual as formas, fontes e funções do apoio são multidimensionais. Os recursos da rede de apoio, constituindo o núcleo da rede social do indivíduo ao qual pode recorrer durante incidentes de apoio, podem fornecer diferentes tipos de apoio e ser mais ou menos sensíveis, acessíveis ou eficazes neste processo (ibd.). Os comportamentos de apoio são atos específicos, geralmente reconhecidos como esforços intencionais para ajudar uma pessoa, espontaneamente a ou pedido, cuja natureza pode variar (e.g., apoio emocional ou instrumental) (ibd.). A percepção de apoio é a avaliação subjetiva que o indivíduo constrói a partir das suas interações com a rede de apoio, constituindo um indicador da eficácia funcional do apoio (ibd.). O indivíduo assume um papel ativo neste processo, devendo atender às necessidades de diversificar ou manter a sua rede de apoio, pedir ajuda quando necessário, e avaliar a qualidade de apoio prestado, no sentido da eventual renovação dos recursos existentes (ibd.).

A investigação acerca do papel do suporte social na família, amigos e redes culturais, identificou os benefícios do suporte social para a saúde e bem-estar dos indivíduos, incluindo a menor incidência de doenças físicas e mentais, a diminuição do *stress*, o ajustamento mais positivo a doenças crónicas, bem como outros benefícios positivos para a saúde física e psicológica (Skok et al., 2006). A este respeito, Vaux (1988) identifica dois modelos globais da relação entre suporte social e bem-estar: o *modelo do efeito amortecedor do stress*, que afirma que o suporte social tem um papel protetor dos efeitos do *stress* nos indivíduos; e o *modelo do efeito direto* no bem-estar, que postula que o suporte social contribui para o bem-estar, independentemente do *stress*. O suporte social pode, assim, ter um efeito positivo no bem-estar prevenindo a ocorrência de stressores, amortecendo os seus efeitos, contrariando os seus efeitos, ou independentemente dos stressores (ibd.).

Dunst e Trivette (1990) consideram importantes para o bem-estar, as seguintes dimensões de suporte social: o tamanho da rede social (número de pessoas da rede de suporte social); a existência de relações sociais particulares (e.g., casamento) e gerais (pertença a grupos sociais tais como clubes); a frequência de contactos (número de vezes que o indivíduo contacta com os membros da rede social); a necessidade de suporte (expressa pelo indivíduo); o tipo e a quantidade de suporte (disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes); a congruência (em que medida o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita); a utilização

(frequência com que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita); a dependência (em que medida o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita); a reciprocidade (equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido); a proximidade (proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social); e a satisfação (utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social).

Diferentes tipos de relações sociais podem, também, representar diferentes processos através dos quais o suporte social afeta o bem-estar (Skok et al., 2006). Por exemplo, ter acesso a pessoas com quem se pode falar acerca dos problemas promove o bem-estar na presença de *stress*, mas não necessariamente em condições não stressantes (ibd.). O envolvimento numa rede social é importante para o bem-estar geral, mas não necessariamente útil para o amortecimento do *stress* em situações em que falta a disponibilidade de infraestruturas de apoio específico (ibd.).

Esperança

A Esperança é uma percepção generalizada de que os objetivos pessoais podem ser alcançados (Snyder, 2000), refletindo a crença de que o indivíduo é capaz de encontrar caminhos para os objetivos que deseja atingir, e de se tornar motivado para os usar (Snyder et al., 2002). Assim, é uma configuração cognitiva baseada na sensação de determinação triunfante para a ação, conjuntamente com a planificação de modos para atingir os objetivos (Snyder, 2000). Neste sentido, pode afirmar-se que a esperança é formada por dois fatores: a Iniciativa, componente motivacional referente à sensação de determinação triunfante para o alcance de objetivos pessoais, no passado, presente e futuro; e os Caminhos, sensação de que se é capaz de gerar planos bem sucedidos para alcançar os objetivos (ibd.). Os objetivos são o componente cognitivo e providenciam os alvos das sequências mentais de ação (ibd.).

Ambos os componentes interagem reciprocamente, sendo considerados essenciais para a prossecução dos objetivos da vida diária (Chang, 2003; Snyder, 2004). A Iniciativa tem especial significância quando os indivíduos encontram obstáculos, pois durante esses momentos de bloqueio, ajuda o indivíduo a aplicar a motivação requerida para seguir o melhor caminho alternativo (Snyder et al., 2002). No entanto, é, também, importante a produção de vários caminhos alternativos (ibd.). Regra geral, as pessoas com elevada Esperança percecionam-se como rápidas a encontrar esses trajetos alternativos (e, realmente, são) (ibd.).

Segundo Snyder et al. (1991), a Esperança é um traço estável da personalidade, embora possa mudar ao longo do tempo. Os indivíduos com elevada esperança, quando comparados com indivíduos com baixa esperança, concretizam um maior número de objetivos em várias áreas da sua vida e selecionam as tarefas mais difíceis (ibd.). Contudo, estes indivíduos não percebem os seus objetivos como sendo mais difíceis, antes avaliam-nos em termos de desafio, de potencial para o sucesso e de emoções positivas (ibd.).

A Esperança guia as emoções e o bem-estar dos indivíduos (Snyder et al., 2002). As emoções positivas derivam da percepção de sucesso no alcance dos objetivos, podendo esta resultar de um movimento em direção ao objetivo desejado ou refletir o momento em que o indivíduo ultrapassou o obstáculo (ibd.). Por sua vez, as emoções negativas são produto de insucessos na prossecução de objetivos, ou seja, os indivíduos confrontam-se com bloqueios intransponíveis aos objetivos, experimentando emoções negativas e uma diminuição do seu bem-estar (ibd.).

Sobrecarga do Cuidador

Qualquer situação de incapacidade constitui uma situação de crise com repercussões no indivíduo e sua família (Martins, Pais-Ribeiro & Garret, 2003b). Em grande parte dos casos, são os familiares diretos do sexo feminino que apoiam os sujeitos, desempenhando o papel de Cuidadores, papel este que influencia a sua vida pessoal, familiar, laboral e social.

Conforme referido anteriormente, os Cuidadores estão mais predispostos a conflitos, entrando, frequentemente, em situações de crise, manifestando sintomas de tensão, constrangimento, fadiga, *stress*, frustração, redução de convívio, depressão e alteração da autoestima (ibd.). A Sobrecarga do Cuidador é, então, um processo contínuo e quase sempre irreversível que resulta do lidar com a dependência física e/ou incapacidade mental do indivíduo que se encontra incapacitado (Braithwaite, 1992). Conforme verificado anteriormente, esta sobrecarga pode trazer problemas físicos, psicológicos, emocionais e económicos, que afetam o Bem-Estar, não só do indivíduo mas também do seu cuidador.

Como referido anteriormente, neste projeto, pretende-se, por um lado, desenvolver uma Intervenção Psicológica em Grupo, centrada na promoção da Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança para potenciar o BEP e a Satisfação com a Vida

em Indivíduos com PC e, por outro, desenvolver um Grupo de Apoio para Cuidadores de Indivíduos com PC, no sentido de potenciar o seu BEP e Satisfação com a Vida e diminuir a Sobrecarga associada à prestação de cuidados.

Na secção seguinte, explicitam-se alguns conceitos relativos à Intervenção Psicológica em Grupo realizada.

SECÇÃO 4

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPO

A formação de grupos com indivíduos que experimentam crises, do desenvolvimento do seu ciclo vital, ou decorrentes de situações ameaçadoras à sua existência, tem um efeito terapêutico excelente (Guerra & Lima, 2005). Os grupos têm propriedades únicas pois, ao promoverem o encontro e a coesão de indivíduos, para que reconheçam as semelhanças dos seus problemas, permitem que estes não se sintam sós e únicos nos seus problemas, servindo como fonte de suporte social alternativa; promovem, também, a partilha pessoal, e potenciam o crescimento ou mudança (ibd.).

Em grupo, os participantes podem praticar novas competências, beneficiam do *feedback* e dos *insights* dos outros elementos e do líder, e têm várias oportunidades de modelagem, aprendendo a lidar com os seus próprios problemas, pela observação de que os outros elementos possuem preocupações idênticas (Torres, 2005). Aliado a todos estes benefícios, a intervenção psicológica em grupo, permite, ainda, uma melhor gestão dos recursos humanos e materiais, representando uma redução de custos e tempo.

No presente projeto, optou-se pela realização de grupos terapêuticos uma vez que, por um lado, existe um alvo no âmbito da saúde mental a ser promovido – potenciar o BEP e Satisfação com a Vida - e, por outro, é necessária a presença de um técnico de saúde mental, um psicólogo. Considera-se que os grupos terapêuticos são fundamentais na promoção de competências interpessoais e psicossociais, dado que são um espaço privilegiado de interação e partilha de experiências. O objetivo geral destes grupos é aumentar o conhecimento do indivíduo acerca de si próprio e dos outros, ajudando-o a clarificar as mudanças que pretende introduzir na sua vida e, sobretudo, colocando à sua disposição as ferramentas que lhe permitirão cumprir tais objetivos (Guerra & Lima, 2005). Foi neste sentido que se guiou esta intervenção, procurando-se, antes de mais, proporcionar uma base segura aos participantes.

As Intervenções Psicológicas em Grupo realizadas neste projeto seguiram as orientações do Modelo Interaccional/Interpessoal de Yalom (1995), que abaixo se descreve.

Modelo Interaccional/Interpessoal de Yalom

Este modelo foi influenciado pela corrente humanista, nomeadamente, relativamente aos conceitos de empatia, calor e aceitação (Guerra & Lima, 2005). Este

modelo considera o grupo como o principal agente de mudança, pelo que pressupõe a necessidade de se promover um bom clima de comunicação (ibd.).

O líder do grupo assume um papel ativo e de responsabilidade na promoção da coesão do grupo, havendo um cuidado na seleção dos membros que o integram, com o estabelecimento de normas no próprio grupo (ibd.). Deve existir uma relação consistente e positiva entre os membros do grupo e o líder, sendo que, inicialmente, este demonstra uma aceitação genuína e empatia, criando um clima de confiança e, mais tarde, intervém mais directivamente, controlando eventuais confrontos e tensões que possam emergir no grupo (Yalom, 1995).

Neste modelo, enfatiza-se o relacionamento presente, valorizando-se, também, o passado, sobretudo quando este surge espontaneamente no grupo (Guerra & Lima, 2005). Desta forma, é atribuída maior importância aos acontecimentos e interações entre os membros do grupo, nas sessões (experiência do grupo), do que a acontecimentos exteriores e da vida passada dos seus membros. Os participantes vivem no aqui e no agora, desenvolvem sentimentos fortes relativamente aos outros membros do grupo, ao líder e ao grupo (Yalom, 1995). Este foco no presente, geralmente, facilita o desenvolvimento de cada elemento, facilita o *feedback*, a catarse, a abertura e a aquisição de competências sociais (ibd.). Assim, o grupo torna-se mais vital e todos os membros se tornam intensamente envolvidos nas sessões (ibd.). Independentemente disso, deve sempre abordar-se o processo que permite generalizar e transpor aprendizagens para outras situações, para fornecer um sentido à experiência (ibd.).

De acordo com Yalom (1995), qualquer intervenção em grupo, com as suas características únicas e interações complexas, tem um desenvolvimento singular. No entanto, de um modo geral, o grupo passa sempre por uma fase inicial de orientação, caracterizada pela procura de estrutura e objetivos, muita dependência do líder e preocupação acerca das fronteiras do grupo (ibd.). Seguidamente, o grupo chega a uma fase de conflito, enquanto lida com questões de dominância interpessoal (ibd.). Depois, o grupo começa a aumentar a sua preocupação com a harmonia e afetividade entre os membros do grupo, enquanto as diferenças interindividuais se esbatem ao serviço da coesão grupal (ibd.). Muito mais tarde, emerge o grupo de trabalho maduro, sendo caracterizado pela elevada coesão, investigação interpessoal e intrapessoal e total compromisso com a tarefa principal do grupo e de cada um dos elementos (ibd.).

Yalom (1995) propõe a existência de 11 fatores terapêuticos que sustentam o poder e eficácia do grupo.

1. Inculcar da esperança. Estimular e manter a esperança é crucial para que a mudança ocorra, sendo que, por um lado, ela é necessária para que os participantes se mantenham no grupo e, por outro, para que os outros fatores terapêuticos sejam eficazes. Neste sentido, a esperança pode ser inculcada nos elementos do grupo, recorrendo a outras pessoas que já passaram por problemas semelhantes e que os conseguiram ultrapassar.

2. Universalidade. A universalidade garante aos participantes do grupo que estes não são os únicos na vivência de alguns problemas e que os seus sentimentos são partilhados por vários membros, iniciando-se um processo de socialização e aceitação; contrariando a crença, que quase todos os indivíduos têm, de que são únicos na vivência dos seus problemas, o que os faz sentirem-se isolados, em sofrimento e sem partilha afetiva das suas preocupações.

3. Informação participada. Este fator refere-se à informação didática que é fornecida ao grupo, tanto pelo psicólogo como pelos seus membros.

4. Altruísmo. O altruísmo tem um efeito positivo tanto a quem o oferece como a quem o recebe. Desta forma, os participantes do grupo que oferecem incondicionalmente compreensão, apoio e partilha de problemas, têm, normalmente, a sensação de que são úteis, de que precisam deles e de que têm valor; o que se repercute na sua autoestima.

5. Recapitulação corretiva do grupo familiar primário. Partindo do pressuposto que o grupo terapêutico se assemelha ao grupo familiar, uma vez que há o confronto com vários elementos que, de alguma forma, refletem os diversos papéis da família, neste fator, assume-se que, através do grupo, se pode corrigir a disfunção de alguns papéis, e revivê-los corretamente.

6. Desenvolvimento de competências sociais. A necessidade dos participantes se relacionarem no grupo, de resolverem conflitos e de se interessarem pelos outros elementos faz com que a aprendizagem de competências sociais e de relacionamento interpessoal se desenvolvam naturalmente. O líder e os elementos do grupo estimulam assim essas competências, para que possam ser úteis em futuros relacionamentos interpessoais exteriores ao grupo.

7. Modelagem. Os membros do grupo procuram, junto do líder e dos elementos mais experientes, uma forma de identificação, que procuram imitar. Assim, a aprendizagem ocorre, muitas vezes, pela observação de uma intervenção com um membro do grupo com problemas semelhantes.

8. Aprendizagem interpessoal. Este fator surge, normalmente, associado a uma mudança de objetivos dos elementos do grupo. Geralmente, os objetivos principais de uma entrada num grupo são diminuir o sofrimento, a depressão ou a ansiedade, mas com o desenvolvimento do grupo, os participantes querem, também, aprender a comunicar com os outros, a ser mais autênticos e a saber transmitir afeto. Começam, também, a mostrar os seus comportamentos naturais e espontâneos, exibindo os seus comportamentos inadaptados, que vão sendo corrigidos no grupo, mas também as suas formas adaptadas de se relacionarem. A necessidade de estima ou de reconhecimento pelos demais, só é possível atingir depois do indivíduo ser capaz de ser ele próprio, coerente com os seus princípios e valores.

9. Coesão do grupo. A coesão refere-se à atração que os participantes têm pelo seu grupo e pelos outros participantes, estando intimamente ligada à relação terapêutica estabelecida com o líder e com outros elementos, e à relação com o próprio grupo. A coesão inclui os princípios humanistas da relação terapêutica - empatia, aceitação e genuinidade -, sendo estas condições essenciais para que os outros fatores estejam presentes, levando ao desenvolvimento do ser humano total, sem medos e seguro de uma aceitação incondicional. Assim, os participantes de um grupo coeso aceitam-se uns aos outros, são apoiantes, e predispostos a relações significativas no seio do grupo. A emergência da coesão marca o início da existência do grupo propriamente dito, sendo o fator terapêutico por excelência, inclusivamente, aquele que sustenta tudo o que se passa no grupo e que contribui para os resultados e influência terapêutica do grupo.

10. Catarse. O processo interpessoal, ao propiciar um contexto social de exteriorização dos problemas, promove a catarse (libertação de emoções reprimidas). A catarse está intimamente ligada à coesão do grupo, sendo ainda mais eficaz quando já se estabeleceram laços de suporte entre os vários elementos.

11. Fatores existenciais. Estes fatores referem-se, essencialmente, ao assumir de responsabilidade de escolha na forma como cada um gere a sua vida. Este fator decorre do reconhecimento dos participantes de que a vida, por vezes, é injusta, de que não há escape à dor nem à morte, e de que, independentemente de estabelecer relações próximas com os outros, cada um deve enfrentar a vida sozinho.

De acordo com Yalom (1995), estes fatores, apesar de não constituírem etapas sequenciais, apresentam uma interligação dinâmica.

Neste projeto, optou-se por realizar grupos fechados, de duração breve e com 8 a 10 elementos. Um grupo fechado, assim que começa não permite a entrada de novos elementos e ocorre num número predeterminado de sessões. De acordo com Yalom (1995), a maioria dos grupos fechados são grupos terapêuticos breves, que se encontram semanalmente, durante 6 meses ou menos. Os grupos mais longos têm dificuldade em manter a estabilidade dos participantes, pois estes, invariavelmente, desistem. Relativamente ao tamanho ideal de um grupo terapêutico interaccional, este é de aproximadamente, 7 a 8 elementos, com uma amplitude aceitável de 5-10 elementos (Yalom, 1995).

Segundo Yalom (1995), nos grupos terapêuticos breves, o líder deve clarificar os objetivos e manter o grupo focalizado neles. Como o tempo é limitado, o líder deve ter muito cuidado na preparação das sessões e seleção dos participantes, devendo realizar-se uma reunião individual prévia ao grupo para a preparação geral para o grupo e também para ajudar os participantes a reformular os seus problemas e a definir os seus objetivos para serem ajustados ao formato breve. O líder deve ser ativo, eficiente e deve gerir eficazmente o tempo disponível para o grupo; estimulando a transferência das aprendizagens, e encorajando os participantes a aplicarem o que aprenderam no grupo em situações da sua vida. Neste tipo de grupos, a intervenção tem como objetivo iniciar uma mudança e não completar o processo durante o curso da intervenção, pelo que o líder deve estimular este pensamento nos participantes. Assim, o trabalho efetuado no grupo deve continuar sob a responsabilidade de cada participante, após o término da intervenção.

Muitas vezes, o grupo evita a difícil e desagradável tarefa da finalização, negando ou ignorando o término, e é o líder que deve manter a tarefa em foco para os membros do grupo. É absolutamente essencial que o líder vá relembrando regularmente ao grupo do aproximar do fim, mantendo-o focalizado na concretização dos objetivos. A dificuldade da finalização do grupo pode ser gerida através da partilha de experiências passadas e da recordação dos acontecimentos significativos do grupo.

Recorrendo aos pressupostos teóricos deste modelo e, acreditando ser adequado para os objetivos que se procuram atingir neste projeto, desenvolveram-se duas Intervenções Psicológicas em Grupo distintas, uma dirigida a indivíduos com PC – o programa *Objetivos para a Vida* -, e outra dirigida aos respetivos cuidadores - *Grupo de Apoio para Cuidadores*. Como referido anteriormente, o objetivo de ambas é a promoção do BEP e Satisfação com a Vida dos participantes.

O Programa “Objetivos para a Vida” trata-se, como referido anteriormente, de uma Intervenção Psicológica em Grupo (IPG) desenvolvida com o intuito de potenciar o BEP e Satisfação com a Vida em indivíduos com PC, centrando-se, especificamente, na promoção da Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança. Nesta intervenção, o grupo pretende cumprir as funções de uma rede social de apoio, desenvolvendo-se tarefas no sentido de reforçar a Auto-Eficácia e a Esperança dos seus membros.

Para a intervenção que pretende melhorar o BEP e Satisfação com a Vida nos Cuidadores de indivíduos com PC, propõe-se a criação de um grupo de apoio no sentido de proporcionar suporte aos cuidadores que, normalmente, vivenciam a sua condição como uma situação stressante. Simultaneamente, pretende-se que estes se envolvam com outras pessoas que partilham a mesma condição e que, ao vivenciar situações semelhantes, retirem mais-valias a nível terapêutico. Desta forma, o principal objetivo é fornecer suporte aos cuidadores, no sentido de promover o seu BEP e Satisfação com a Vida e diminuir a Sobrecarga associada ao cuidar de um adulto com PC.

CAPÍTULO II
MÉTODO

O presente Capítulo encontra-se dividido em 4 secções.

Na 1ª secção, apresenta-se uma descrição geral das características sócio-demográficas e clínicas dos participantes do projeto, em todas as suas fases.

Na 2ª secção, descrevem-se os instrumentos de avaliação incluídos nos protocolos de recolha de dados, em cada uma das fases do projeto.

Na 3ª secção, apresenta-se a planificação do projeto.

Na 4ª secção, descrevem-se os procedimentos utilizados em cada uma das fases do projeto.

SECÇÃO 1

PARTICIPANTES

Nesta secção, apresenta-se uma descrição geral das características sócio-demográficas e clínicas dos participantes do projeto, em cada uma das fases do projeto.

FASE 0 - Pré-Seleção

Nesta fase participaram 112 **indivíduos com PC**, com idades compreendidas entre os 16 e os 38 anos ($M= 23,48 \pm 5,09$ anos); sendo 58,9% do sexo masculino e 41,1% do sexo feminino. Todos os participantes eram solteiros.

A amostra foi selecionada por conveniência, através da consulta dos processos clínicos e de entrevistas individuais no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do Porto – Associação do Porto de Paralisia Cerebral (CRPCP – APPC), Associação de Paralisia Cerebral de Guimarães (APCG), Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo (APCVC) e Associação de Paralisia Cerebral de Braga (APCB). Os elementos da amostra foram selecionados considerando a idade dos jovens, tendo-se optado por jovens com mais de 16 anos; com fala perceptível e com a ausência de défices cognitivos severos.

Relativamente à sua Escolaridade, 30,4% estudavam (ou estudaram) entre 5 a 9 anos, 40,2% estudavam (ou estudaram) entre 10 a 12 anos, e 29,5% estudavam (ou estudaram) mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 16,1% dos indivíduos encontravam-se em casa, sem nenhuma ocupação, 36,6% eram estudantes, 16,1% encontravam-se empregados, 23,2% encontravam-se desempregados, 4,5% eram voluntários, 1,8% eram trabalhadores-estudantes, e, por fim, 1,8% eram atletas profissionais. 19,6% destes participantes consideravam ter um Nível Socio-Económico (NSE) baixo e 80,4% médio. Relativamente ao Quadro Clínico, 76,8% apresentavam uma PC Espástica, 9,8% uma PC Disquinética, 10,7% uma PC Atáxica, e 2,7% uma PC Mista.

FASE 1 – Avaliação Inicial

Nesta fase participaram 327 **indivíduos**, dos quais 107 eram indivíduos com PC, e 94 os respetivos cuidadores; 63 eram indivíduos sem PC, e 63 os respetivos cuidadores.

Todos os **indivíduos com PC** que participaram na Fase 0 e respetivos cuidadores, foram convocados para a Fase 1. Nesta fase, 5 indivíduos com PC desistiram do estudo e 18 dos respetivos cuidadores não aceitaram participar. Desta forma, nesta fase, participaram 107 indivíduos com PC e 94 cuidadores.

Os **indivíduos com PC** tinham idades compreendidas entre os 16 e os 38 anos ($M=23,36 \pm 5,01$ anos), sendo 59,8% do sexo masculino e 40,2% do sexo feminino, todos solteiros. Relativamente à sua Escolaridade, 29,0% estudavam (ou estudaram) entre 5 a 9 anos, 42,1% estudavam (ou estudaram) entre 10 a 12 anos, e 29,0% estudavam (ou estudaram) mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 15,0% dos indivíduos encontravam-se em casa, sem nenhuma ocupação, 38,3% eram estudantes, 15,0% encontravam-se empregados, 23,4% encontravam-se desempregados, 4,7% eram voluntários, 1,9% eram trabalhadores-estudantes, e 1,9% eram atletas profissionais. 19,6% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 80,4% médio.

Os **cuidadores dos indivíduos com PC** tinham idades compreendidas entre os 21 e os 67 anos ($M=50,27 \pm 8,23$ anos), sendo 18,1% do sexo masculino e 81,9% do sexo feminino. 3,2% eram solteiros, 78,7% casados, 10,6% divorciados e 7,4% viúvos. Relativamente à sua Escolaridade, 48,9% estudaram entre 1 a 4 anos, 27,7% estudaram entre 5 a 9 anos, 14,9% estudaram entre 10 a 12 anos, e 8,5% estudaram mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 27,7% dos indivíduos encontravam-se em casa, 42,6% encontravam-se empregados, 11,7% encontravam-se desempregados, e 18,1% estavam reformados. Os resultados salientam, ainda, que 30,9% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 69,1% médio.

A amostra de indivíduos sem PC foi selecionada, por conveniência, através do contacto direto com indivíduos da comunidade, da região centro e norte do país; com duas turmas da Licenciatura em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP); com uma turma de um Curso de Educação e Formação de Adultos (CEFA) do Centro Novas Oportunidades da Associação para o Desenvolvimento Integrado da Cidade de Ermesinde; e com uma turma de um Curso de Especialização Tecnológica (CET) da Escola Básica Integrada de Eixo.

Os **indivíduos sem PC** tinham idades compreendidas entre os 16 e os 31 anos ($M=22,17 \pm 3,70$ anos), sendo 17,5% do sexo masculino e 82,5% do sexo feminino, todos solteiros. Relativamente à sua Escolaridade, 9,5% estudavam (ou estudaram) entre

5 a 9 anos, 12,7% estudavam (ou estudaram) entre 10 a 12 anos, e 77,8% estudavam (ou estudaram) mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 71,4% eram estudantes, 19,0% encontravam-se empregados, 4,8% encontravam-se desempregados, e 4,8% eram trabalhadores-estudantes. 7,9% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo, 88,9% médio, e 3,2% elevado.

Os **cuidadores de indivíduos sem PC** tinham idades compreendidas entre os 36 e os 68 anos ($M=50,60 \pm 6,90$ anos), sendo 25,4% do sexo masculino e 74,6% do sexo feminino. 1,6% eram solteiros, 92,1% casados, 3,2% divorciados e 3,2% viúvos. Relativamente à sua Escolaridade, 30,2% estudaram entre 1 a 4 anos, 34,9% estudaram entre 5 a 9 anos, 9,5% estudaram entre 10 a 12 anos, e 25,4% estudaram mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 19,0% dos indivíduos encontravam-se em casa, 63,5% encontravam-se empregados, 6,3% encontravam-se desempregados, e 11,1% estavam reformados. 17,5% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo, 79,4% médio, e 3,2% elevado.

Os indivíduos com PC e cuidadores foram distribuídos em Grupos de Intervenção ou de Comparação, consoante o seu interesse e disponibilidade em participar na Intervenção Psicológica em Grupo. Desta forma, os indivíduos e cuidadores que aceitaram participar na intervenção, constituíram o Grupo de Intervenção (GI) e os indivíduos e cuidadores que não aceitaram participar na intervenção, constituíram o Grupo de Comparação (GC).

Os indivíduos do **GI** ($N=42$) tinham idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos ($M=24,24 \pm 4,94$ anos), sendo 61,9% do sexo masculino e 38,1% do sexo feminino, todos solteiros. Relativamente à sua Escolaridade, 31,0% estudavam (ou estudaram) entre 5 a 9 anos, 35,7% estudavam (ou estudaram) entre 10 a 12 anos, e 33,3% estudavam (ou estudaram) mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 23,8% dos indivíduos encontravam-se em casa, sem nenhuma ocupação, 33,3% eram estudantes, 14,3% encontravam-se empregados, 16,7% encontravam-se desempregados, 7,1% eram voluntários, e 4,8% eram atletas profissionais. 19,0% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 81,0% médio. Relativamente ao Quadro Clínico, 78,6% apresentavam uma PC Espástica, 4,8% uma PC Disquinética, 11,9% uma PC Atáxica, e 4,8% uma PC Mista.

Os **cuidadores do GI** ($N=26$) tinham idades compreendidas entre os 40 e os 66 anos ($M=50,81 \pm 7,82$ anos); sendo 11,5% do sexo masculino e 88,5% do sexo feminino. 84,6% eram casados, 7,7% divorciados e 7,7% viúvos. Relativamente à sua

Escolaridade, 50,0% estudaram entre 1 a 4 anos, 30,8% estudaram entre 5 a 9 anos, 11,5% estudaram entre 10 a 12 anos, e 7,7% estudaram mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 38,5% dos indivíduos encontravam-se em casa, 34,6% encontravam-se empregados, 3,8% encontravam-se desempregados, e 23,1% estavam reformados. 26,9% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 73,1% médio.

Os indivíduos do **GC** ($N=65$) tinham idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos ($M=22,80 \pm 5,01$ anos), sendo 58,5% do sexo masculino e 41,5% do sexo feminino, todos solteiros. Relativamente à sua Escolaridade, 27,7% estudavam (ou estudaram) entre 5 a 9 anos, 46,2% estudavam (ou estudaram) entre 10 a 12 anos, e 26,2% estudavam (ou estudaram) mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 9,2% dos indivíduos encontravam-se em casa, sem nenhuma ocupação, 41,5% eram estudantes, 15,4% encontravam-se empregados, 27,7% encontravam-se desempregados, 3,1% eram voluntários, e 3,1% eram trabalhadores-estudantes. 20,0% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 80,0% médio. Relativamente ao Quadro Clínico, 78,5% apresentavam uma PC Espástica, 10,8% uma PC Disquinética, 9,2% uma PC Atáxica, e 1,5% uma PC Mista.

Os **cuidadores do GC** ($N=68$) tinham idades compreendidas entre os 21 e os 67 anos ($M=50,06 \pm 8,42$ anos); sendo 20,6% do sexo masculino e 79,4% do sexo feminino. 4,4% eram solteiros, 76,5% casados, 11,8% divorciados e 7,4% viúvos. Relativamente à sua Escolaridade, 48,5% estudaram entre 1 a 4 anos, 26,5% estudaram entre 5 a 9 anos, 16,2% estudaram entre 10 a 12 anos, e 8,8% estudaram mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 23,5% dos indivíduos encontravam-se em casa, 45,6% encontravam-se empregados, 14,7% encontravam-se desempregados, e 16,2% estavam reformados. 32,4 % destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 67,6% médio.

FASE 2 - Avaliação Final (após a intervenção)

Participaram na presente fase 167 indivíduos, 68 dos quais pertenciam ao GI, sendo que destes, 42 correspondiam a indivíduos com PC e 26 aos seus cuidadores. Por sua vez, 99 pertenciam ao GC, sendo que destes, 47 correspondiam a indivíduos com PC e 52 aos seus cuidadores. Todos os indivíduos com PC e respetivos cuidadores que

participaram na Fase 1, foram convocados para a Fase 2; sendo que 18 indivíduos com PC e 16 cuidadores, ambos do GC, desistiram do estudo¹.

Os **indivíduos do GC** ($N=47$) tinham idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos ($M=22,26 \pm 4,89$ anos), sendo 57,4% do sexo masculino e 42,6% do sexo feminino, todos solteiros. Relativamente à sua Escolaridade, 21,3% estudavam (ou estudaram) entre 5 a 9 anos, 48,9% estudavam (ou estudaram) entre 10 a 12 anos, e 29,8% estudavam (ou estudaram) mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 4,3% dos indivíduos encontravam-se em casa, sem nenhuma ocupação, 51,1% eram estudantes, 12,8% encontravam-se empregados, 23,4% encontravam-se desempregados, 4,3% eram voluntários, e 4,3% eram trabalhadores-estudantes. 19,1% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 80,9% médio. Relativamente ao Quadro Clínico, 74,5% apresentavam uma PC Espástica, 12,8% uma PC Disquinética, 10,6% uma PC Atáxica, e 2,1% uma PC Mista.

Os **cuidadores do GC** ($N=52$) tinham idades compreendidas entre os 27 e os 67 anos ($M=50,75 \pm 7,82$ anos); sendo 23,1% do sexo masculino e 76,9% do sexo feminino. 3,8% eram solteiros, 76,9% casados, 11,5% divorciados e 7,7% viúvos. Relativamente à sua Escolaridade, 51,9% estudaram entre 1 a 4 anos, 25,0% estudaram entre 5 a 9 anos, 15,4% estudaram entre 10 a 12 anos, e 7,7% estudaram mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 25,0% dos indivíduos encontravam-se em casa, 44,2% encontravam-se empregados, 15,4% encontravam-se desempregados, e 15,4% estavam reformados. 30,8% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 69,2% médio.

FASE 3 – Avaliação da Eficácia da Intervenção - Follow-Up de 6 meses

Nesta fase participaram 158 indivíduos, dos quais 67 pertenciam ao GI, correspondendo 41 a indivíduos com PC, e 26 aos seus cuidadores. Por sua vez, 91 pertenciam ao GC, correspondendo 42 a indivíduos com PC, e 49 aos seus cuidadores.

Todos os indivíduos com PC e respetivos cuidadores que participaram na Fase 2, foram convocados para a Fase 3; sendo que 9 desistiram. Desta forma, desistiram do estudo 1 indivíduo com PC do GI, 5 indivíduos com PC e 3 cuidadores, do GC².

¹ Nesta fase, os indivíduos e os cuidadores do GI permaneceram os mesmos, portanto, apenas serão descritas as características dos indivíduos e cuidadores do GC.

² Nesta fase, os cuidadores do GI permaneceram os mesmos, portanto, apenas serão descritas as características dos indivíduos do GI, e dos indivíduos e cuidadores do GC.

Os indivíduos do **GI** ($N=41$) tinham idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos ($M=24,27 \pm 5,00$ anos), sendo 61,0% do sexo masculino e 39,0% do sexo feminino, todos solteiros. Relativamente à sua Escolaridade, 31,7% estudavam (ou estudaram) entre 5 a 9 anos, 36,6% estudavam (ou estudaram) entre 10 a 12 anos, e 31,7% estudavam (ou estudaram) mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 24,4% dos indivíduos encontravam-se em casa, sem nenhuma ocupação, 34,1% eram estudantes, 12,2% encontravam-se empregados, 17,1% encontravam-se desempregados, 7,3% eram voluntários, e 4,9% eram atletas profissionais. 17,1% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 82,9% médio. Relativamente ao Quadro Clínico, 78,0% apresentavam uma PC Espástica, 4,9% uma PC Disquinética, 12,2% uma PC Atáxica, e 4,9% uma PC Mista.

Os indivíduos do **GC** ($N=42$) tinham idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos ($M=22,38 \pm 5,10$ anos), sendo 59,5% do sexo masculino e 40,5% do sexo feminino, todos solteiros. Relativamente à sua Escolaridade, 21,4% estudavam (ou estudaram) entre 5 a 9 anos, 50,0% estudavam (ou estudaram) entre 10 a 12 anos, e 28,6% estudavam (ou estudaram) mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 4,8% dos indivíduos encontravam-se em casa, sem nenhuma ocupação, 54,8% eram estudantes, 11,9% encontravam-se empregados, 19,0% encontravam-se desempregados, 4,8% eram voluntários, e 4,8% eram trabalhadores-estudantes. 19,0% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 81,0% médio. Relativamente ao Quadro Clínico, 71,4% apresentavam uma PC Espástica, 14,3% uma PC Disquinética, 11,9% uma PC Atáxica, e 2,4% uma PC Mista.

Os cuidadores do **GC** ($N=49$) tinham idades compreendidas entre os 21 e os 67 anos ($M=50,90 \pm 8,01$ anos); sendo 24,5% do sexo masculino e 75,5% do sexo feminino. 4,1% eram solteiros, 79,6% casados, 8,2% divorciados e 8,2% viúvos. Relativamente à sua Escolaridade, 53,1% estudaram entre 1 a 4 anos, 22,4% estudaram entre 5 a 9 anos, 16,3% estudaram entre 10 a 12 anos, e 8,2% estudaram mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 22,4% dos indivíduos encontravam-se em casa, 44,9% encontravam-se empregados, 16,3% encontravam-se desempregados, e 16,3% estavam reformados. 28,6% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 71,4% médio.

FASE 4 – Avaliação da Eficácia da Intervenção - Follow-Up de 12 meses

Nesta fase participaram 151 indivíduos, 67 dos quais pertenciam ao GI, correspondendo 41 a indivíduos com PC, e 26 aos seus cuidadores. Por sua vez, 84 pertenciam ao GC, correspondendo 39 a indivíduos com PC, e 45 aos seus cuidadores.

Todos os indivíduos com PC e respectivos cuidadores que participaram na Fase 3, foram convocados para a Fase 4; tendo 7 desistido. Desta forma, desistiram do estudo 3 indivíduos com PC e 4 cuidadores, ambos do GC³.

Os indivíduos do **GC** ($N=39$) tinham idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos ($M=22,38 \pm 5,26$ anos), sendo 61,5% do sexo masculino e 38,5% do sexo feminino, todos solteiros. Relativamente à sua Escolaridade, 23,1% estudavam (ou estudaram) entre 5 a 9 anos, 51,3% estudavam (ou estudaram) entre 10 a 12 anos, e 25,6% estudavam (ou estudaram) mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 5,1% dos indivíduos encontravam-se em casa, sem nenhuma ocupação, 56,4% eram estudantes, 12,8% encontravam-se empregados, 17,9% encontravam-se desempregados, 5,1% eram voluntários, e 2,6% eram trabalhadores-estudantes. 20,5% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 79,5% médio. Relativamente ao Quadro Clínico, 71,8% apresentavam uma PC Espástica, 12,8% uma PC Disquinética, 12,8% uma PC Atáxica, e 2,6% uma PC Mista.

Os cuidadores do **GC** ($N=45$) tinham idades compreendidas entre os 27 e os 67 anos ($M=51,20 \pm 8,06$ anos); sendo 22,2% do sexo masculino e 77,8% do sexo feminino. 4,4% eram solteiros, 80,0% casados, 6,7% divorciados e 8,9% viúvos. Relativamente à sua Escolaridade, 53,3% estudaram entre 1 a 4 anos, 22,2% estudaram entre 5 a 9 anos, 17,8% estudaram entre 10 a 12 anos, e 6,7% estudaram mais de 12 anos. No que concerne à sua Situação Profissional, 22,2% dos indivíduos encontravam-se em casa, 42,2% encontravam-se empregados, 17,8% encontravam-se desempregados, e 17,8% estavam reformados. 28,9% destes indivíduos consideravam ter um NSE baixo e 71,1% médio.

³ Nesta fase, os indivíduos e os cuidadores do GI permaneceram os mesmos, portanto, apenas serão descritas as características dos indivíduos e cuidadores do GC.

SECÇÃO 2

MATERIAL

Nesta secção, descrevem-se os instrumentos de avaliação incluídos nos protocolos de recolha de dados, em cada uma das fases do projeto.

FASE 0

Nesta fase foi administrado aos participantes um protocolo (Protocolo 1 – Anexo 1) que incluía um questionário sócio-demográfico, duas escalas de avaliação da funcionalidade e um teste de despiste do défice cognitivo.

a) O **Questionário Sócio-demográfico** incluía questões acerca de dados pessoais, tais como o sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, NSE e o Quadro Clínico.

b) O **Índice de Barthel** (IB) (Wade & Collin, 1988, adaptado à população portuguesa por Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) é um instrumento que avalia o grau de independência do indivíduo para a realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), sendo composto por 10 itens (e.g., *Higiene Pessoal, Vestir-se, Subir e Descer Escadas, Andar, Usar o WC*) (Mahoney & Barthel, 1965, cit. in, Araújo et al., 2007).

Na sua versão original, a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos), sendo que 0 corresponde à máxima dependência para todas as ABVD avaliadas, e 100 equivale à independência total para as mesmas atividades (Araújo et al., 2007). Dada a sua ampla utilização, foram desenvolvidas novas versões do IB. A versão desenvolvida por Wade e Collin (1998), propõe uma pontuação dos itens em 0,1,2,3; obtendo-se um valor total da escala que varia entre 0 e 20 pontos. Os indivíduos são, assim, classificados em: *Totalmente Dependentes* (menos de 8 pontos), com *Incapacidade Grave* (de 9 a 12 pontos), com *Incapacidade Moderada* (de 13 a 19 pontos) e *Independentes* (20 pontos) (Martins, Pais-Ribeiro & Garret, 2003a). Esta versão foi validada e adaptada para a população portuguesa por Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), tendo-se obtido uma consistência interna elevada (α de Cronbach de 0,96) o que sugere uma boa fidelidade deste instrumento. Esta foi a versão utilizada neste estudo.

c) O *Frenchay Activities Index* (FAI) (Holbrock & Skillbeck, 1983, adaptado à população portuguesa por Martins et al., 2003a) destina-se a avaliar a capacidade funcional para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), para utilização em indivíduos afetados por AVC (Martins et al., 2003a).

O FAI é uma medida de autorresposta, que demora, em média, 5 a 10 minutos a ser preenchido, quando administrado num formato de entrevista (ibd.). É constituído por 15 itens, divididos em 3 subescalas: *Tarefas Domésticas* (itens 7,9,10,11,13) (e.g., *Cozinhar refeições ligeiras*), *Trabalho e Diversão* (itens 1,2,5,8) (e.g., *Governar a casa*) e *Atividades Desenvolvidas Fora de Casa* (itens 3,4,6,12,14,15) (e.g., *Ir às compras perto de casa*) (ibd.).

Na sua versão original, em 5 itens (*Sair, Viajar de carro, Governar a casa, Ler livros e Trabalhar*) avalia-se a frequência com que o sujeito executou essas atividades nos últimos 6 meses, reportando-se as restantes para os últimos 3 meses (Holbrock & Skillbeck, 1983, cit. in, Martins et al., 2003a). Cada item é avaliado através de uma escala ordinal de 1 a 4, na qual o valor 4 corresponde à frequência máxima e o valor 1 a nunca ter executado a atividade referenciada nos últimos 3 ou 6 meses (ibd.). A escala continha, assim, 6 chaves diferentes de resposta, sendo a pontuação de cada subescala obtida pelo somatório das pontuações das respostas (ibd.). O FAI foi adaptado para a população portuguesa por Martins et al. (2003a), tendo sido alvo de algumas alterações ao nível da sua matriz de resposta, reduzindo-se a chave a uma matriz única (de 1 a 4) para o conjunto dos itens (*Totalmente Incapacitado, Muita Dificuldade, Alguma Dificuldade e Nenhuma Dificuldade*) (Martins et al., 2003a). Esta nova matriz de resposta, baseada na perceção do indivíduo acerca da sua capacidade/incapacidade para executar as AIVD, mostrou-se mais adequada ao contexto português (ibd.). Os autores (ibd.) encontraram níveis de consistência interna elevados (α de *Cronbach* variando entre 0,85 e 0,97), sugerindo uma boa fidelidade deste instrumento. Esta foi a versão utilizada neste estudo.

d) O *Mini Mental State* (MMS) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adaptado à população portuguesa por Guerreiro et al., 1993) é um teste de despiste do défice cognitivo, que avalia, sumariamente, a capacidade cognitiva em cinco áreas: *Orientação* (temporal e espacial), *Atenção/Concentração e Cálculo*, *Linguagem*, *Habilidade Construtiva* e *Memória* (retenção e evocação) (Marques-Teixeira, 2005).

A administração do teste, que dura cerca de 5 minutos, está completamente descrita na folha de anotação e cotação, devendo o administrador apenas seguir essas instruções, colocando ao sujeito as questões do teste e solicitando que execute as tarefas manipulativas, também executadas na folha de cotação. A cotação do MMS é imediata e pode ser realizada à medida que a administração decorre, consistindo na atribuição de 1 ponto por cada resposta correta e 0 pontos por cada resposta incorreta ou item não respondido. Embora seja possível, através dos resultados, aceder ao nível de desempenho do sujeito em cada um dos domínios avaliados, o teste encontra-se construído de forma a fornecer um resultado total em função do qual se conclui a existência ou não de défice cognitivo (ibd.).

FASES 1 a 4

Nestas quatro fases foi administrado um protocolo (Protocolo 2 - Anexo 2) que incluía, para os jovens com PC, uma questão da Escala de Satisfação com a Vida em Geral (Andrews & Withey, 1976), as Escalas de Bem-Estar Psicológico [versão experimental reduzida construída a partir das *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB) (Ryff, 1989a) por Novo, Duarte-Silva & Peralta, 2004], a Escala de Auto-Eficácia (Sherer & col., 1982, adaptada à população portuguesa por Pais-Ribeiro, 1995), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) e a Escala de Futuro (Snyder et al., 1991, adaptada à população portuguesa por Pais-Ribeiro, Pedro & Marques, 2006). No que concerne aos jovens sem PC, a este protocolo acrescia um questionário sócio-demográfico. O protocolo dos cuidadores (Protocolo 3 - Anexo 3), de jovens com e sem PC, incluía um questionário sócio-demográfico, uma questão da Escala de Satisfação com a Vida em Geral (Andrews & Withey, 1976), as Escalas de Bem-Estar Psicológico (versão experimental reduzida construída a partir das SPWB (Ryff, 1989a) por Novo et al., 2004) e o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) (Martins, Pais-Ribeiro & Garret, 2003b).

a) A Escala de Satisfação com a Vida em Geral (Andrews & Withey, 1976) destina-se a avaliar a satisfação dos indivíduos com a sua vida em geral. Desta escala utilizou-se apenas um item sob a forma de uma questão (“*Qual o seu grau de satisfação com a sua vida em geral?*”), assinalando-se a resposta numa escala de 0 (“*Totalmente Insatisfeito*”) a 10 (“*Totalmente Satisfeito*”) pontos, sendo que a pontuação 5 corresponde à opção “neutro” (ibd.).

b) As Escalas de Bem-Estar Psicológico [versão experimental reduzida construída a partir das SPWB (Ryff, 1989a) por Novo et al., 2004] destinam-se a avaliar o Bem-Estar Psicológico dos indivíduos (Novo, 2003).

As Escalas de Bem-Estar Psicológico são constituídas por 18 itens distribuídos por 6 subescalas: Aceitação de Si (itens 6, 12 e 18) (e.g., “*Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram*”), Crescimento Pessoal (itens 3, 9 e 15) (e.g., “*Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa*”), Objetivos na Vida (itens 5, 11 e 17) (e.g., “*Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida*”), Relações Positivas com os Outros (itens 4, 10 e 16) (e.g., “*Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades*”), Domínio do Meio (itens 2, 8 e 14) (e.g., “*Sinto-me, frequentemente, “esmagado” pelo peso das responsabilidades*”) e Autonomia (itens 1, 7 e 13) (e.g., “*Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas*”) (Novo, 2003).

De acordo com Ryff (1989a), a subescala “Aceitação de Si” permite identificar, especificamente, a atitude de aceitação dos múltiplos aspetos do *self*, da vida passada, das qualidades pessoais, negativas ou positivas; a subescala “Crescimento Pessoal” pretende identificar a perceção pessoal de um contínuo desenvolvimento, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal; a subescala “Objetivos na Vida” pretende identificar em que medida os sujeitos reconhecem objetivos a atingir, aspirações e metas a alcançar, e quão convictamente tais metas direcionam o comportamento e dão um sentido significativo à vida; a subescala “Relações Positivas com os Outros” procura identificar o interesse e a preocupação com a esfera interpessoal, a perceção pessoal da capacidade para estabelecer relações satisfatórias e calorosas com os outros e desenvolver laços interpessoais significativos; a subescala “Domínio do Meio” procura captar, concretamente, o sentido do domínio e de competência na forma de lidar com o meio, a capacidade para criar contextos adequados aos valores e necessidades pessoais e o uso efetivo dessas capacidades para intervir ou modificar os contextos em que cada um vive; e a subescala “Autonomia” pretende avaliar a capacidade dos sujeitos para resistir às pressões sociais e a determinação para pensar, agir e avaliar-se, com base em padrões pessoais.

Cada subescala é constituída por 3 itens na forma de afirmações de carácter descritivo, na qual a modalidade de resposta é de tipo *Likert*, em seis posições, variando entre o “*Discordo Completamente*”, e o “*Concordo completamente*” (Novo et al., 2004). Cerca de metade dos itens da escala são formulados de forma positiva (respetivamente,

1, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12) e a outra metade negativa (respetivamente, 2, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18) (ibd.). O resultado final em cada subescala identifica o grau de intensidade das características que teoricamente definem a dimensão que lhe está subjacente, pelo que o resultado elevado corresponderá a um elevado nível de bem-estar no domínio específico avaliado (ibd.).

A escala global apresenta uma consistência interna (α de *Cronbach*) que varia entre 0,70 e 0,89 (ibd.). Os valores de consistência interna (α de *Cronbach*) obtidos para as diferentes subescalas correspondem a 0,36 para a Aceitação de Si, 0,37 para o Crescimento Pessoal, 0,38 para os Objetivos na Vida, 0,42 para as Relações Positivas com os Outros, 0,50 para o Domínio do Meio, e 0,50 para a Autonomia (Fernandes, Vasconcelos-Raposo & Teixeira, 2010).

c) A **Escala de Auto-Eficácia** (Sherer et al., 1982, adaptada à população portuguesa por Pais-Ribeiro, 1995) pretende fornecer uma medida de Auto-Eficácia geral. Esta escala inclui 15 itens distribuídos por três fatores: Iniciação e Persistência (itens 1, 5, 6, 7, 14 e 15) (e.g., “*Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los*”); Eficácia Perante a Adversidade (itens 2, 4, 8, 9, 12) (e.g., “*Quando não consigo fazer as coisas à primeira, insisto e continuo a tentar até conseguir*”); e Eficácia Social (itens 3, 10, 11, 13) (e.g., “*Tenho dificuldade em fazer novos amigos*”) (Pais-Ribeiro, 1995). As respostas são assinaladas numa escala de *Likert* com sete posições, variando entre o “*Concordo Totalmente*” e o “*Discordo Totalmente*” (ibd.). Os itens 1, 2, 6, 11 e 13 da escala são formulados de forma positiva e os itens 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 de forma negativa (ibd.).

A escala global apresenta uma consistência interna (α de *Cronbach*) de 0,84 (ibd.). Os valores de consistência interna (α de *Cronbach*) obtidos para as diferentes subescalas correspondem a 0,80 para a Iniciação e Persistência, 0,80 para a Eficácia Perante a Adversidade, e 0,59 para a Eficácia Social (ibd.).

No sentido de criar homogeneidade entre a modalidade de respostas e facilitar o preenchimento do protocolo pelos participantes, neste projeto, optou-se por encurtar o número de modalidades de resposta, para 5 posições, variando entre o “*Concordo Totalmente*” e o “*Discordo Totalmente*”.

d) A Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) pretende avaliar a satisfação com o suporte social existente, fornecendo uma medida da percepção de suporte social.

Esta escala é constituída por 15 itens apresentados sob a forma de afirmações, distribuídos por quatro fatores: Satisfação com os amigos (itens 3, 12, 13, 14 e 15) (e.g., “*Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.*”); Intimidade (itens 1, 4, 5 e 6) (e.g., “*Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.*”); Satisfação com a família (itens 9, 10 e 11) (e.g., “*Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.*”); e Atividades sociais (itens 2, 7 e 8) (e.g., “*Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.*”) (ibd.). Os itens 1, 2, 3, 6, 7 e 8 da escala são formulados de forma positiva, e os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 são formulados de forma negativa (ibd.). Neste estudo optou-se por inverter a ordem das modalidades de resposta, para que fossem semelhantes às escalas anteriores. Assim, os itens positivos passam a ser 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15, e os negativos, 1, 2, 3, 6, 7 e 8.

As respostas são assinaladas numa escala de *Likert* com cinco posições, variando entre o “*Concordo Totalmente*” e o “*Discordo Totalmente*” (ibd.). A escala global apresenta uma consistência interna (α de *Cronbach*) de 0,85 (ibd.). Os valores de consistência interna (α de *Cronbach*) obtidos para as diferentes subescalas correspondem a 0,83 para a Satisfação com os amigos, 0,74 para a Intimidade e para a Satisfação com a família, e 0,64 para as Atividades Sociais (ibd.).

e) A Escala de Futuro (Snyder et al., 1991, adaptada à população portuguesa por Pais-Ribeiro et al., 2006) pretende avaliar a esperança dos indivíduos. É constituída por 12 itens, apresentados sob a forma de afirmações, 8 dos quais avaliam a esperança e 4 distractores (Pais-Ribeiro et al., 2006). Os 8 itens distribuem-se em duas dimensões: a subescala “Caminhos” (itens 1, 4, 6, 7) (e.g., “*Qualquer problema tem muitas soluções.*”) e a subescala “Iniciativa” (itens 2, 9, 10, 12) (e.g., “*Persigo os meus objetivos com muita energia.*”) (ibd.). As respostas são assinaladas numa escala ordinal, de quatro pontos, variando entre “*Totalmente Falso*” e “*Totalmente Verdade*” (ibd.). A escala fornece três notas - uma de esperança global, resultante da soma de todos os oito itens, e uma nota por cada dimensão da esperança, resultante da soma do grupo de quatro itens que compõem cada uma delas (ibd.).

A escala global apresenta uma consistência interna (α de *Cronbach*) de 0,86, enquanto as subescalas Iniciativa e Caminhos, apresentam, respetivamente, níveis de 0,76 e 0,79 (ibd.).

f) O Questionário Sócio-demográfico incluído no protocolo dos Indivíduos sem PC e dos Cuidadores (de indivíduos com e sem PC), incluía questões acerca de dados pessoais, tais como o sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e NSE.

g) O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) (Martins et al., 2003b) destina-se a avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de indivíduos com sequelas de acidentes vasculares cerebrais.

É composto por 33 itens, distribuídos por sete componentes: Sobrecarga Emocional relativa ao sujeito (itens 1 a 4) (e.g., “*Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?*”), Implicações na Vida Pessoal do cuidador informal (itens 5 a 15) (e.g., “*Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?*”), Sobrecarga Financeira (itens 16 e 17) (e.g., “*Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?*”), Reações a Exigências (itens 18 a 22) (e.g., “*Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?*”), Perceção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo (itens 23 a 25) (e.g., “*Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?*”), Suporte Familiar (itens 26 e 27) (e.g., “*Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?*”), e Satisfação com o Papel e com o Familiar (itens 28 a 32) (e.g., “*Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?*”), (ibd.). Na versão utilizada neste estudo, substituiu-se a palavra *Familiar* por *Filho*, para simplificar a interpretação das questões.

Os itens são avaliados através de uma escala ordinal de 5 pontos, variando entre o *Não/Nunca* até ao *Sim/Sempre* (ibd.). Os itens 1 ao 22 da escala são positivos e os itens 23 ao 32 são negativos (ibd.).

A escala global apresenta uma consistência interna (α de *Cronbach*) de 0,90 (ibd.). Os valores de consistência interna (α de *Cronbach*) obtidos para as diferentes subescalas correspondem a 0,89 para as Implicações na vida pessoal, 0,75 para a Satisfação com o papel e com o familiar, 0,73 para a Sobrecarga emocional, 0,77 para

as Reações a exigências, 0,78 para a Sobrecarga financeira, 0,78 para o Suporte familiar, e 0,57 para a Perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo (ibd.).

SECÇÃO 3

PLANIFICAÇÃO

Nesta secção apresenta-se a planificação do projeto.

Neste projeto, consoante os objetivos que se propuseram atingir, realizaram-se dois tipos de estudo distintos.

Assim, quando se pretendeu comparar os indivíduos com e sem PC e seus cuidadores, efetuou-se um estudo descritivo de comparação entre os grupos, de desenho transversal. As variáveis principais deste estudo foram a Paralisia Cerebral, o Bem-Estar Psicológico, a Satisfação com a Vida, a Auto-Eficácia, o Suporte Social, a Esperança e a Sobrecarga do Cuidador.

Por sua vez, quando se pretendeu comparar os indivíduos com PC e seus cuidadores que participaram na intervenção (GI) e os que não participaram (GC), efetuou-se um estudo quasi-experimental de comparação entre os grupos, de desenho longitudinal. As variáveis principais deste estudo foram a Intervenção (se participaram ou não), o Bem-Estar Psicológico, a Satisfação com a Vida, a Auto-Eficácia, o Suporte Social, a Esperança e a Sobrecarga do Cuidador.

SECÇÃO 4

PROCEDIMENTO

Nesta secção, descrevem-se os procedimentos utilizados em cada uma das fases do projeto.

FASE 0 - Pré-Seleção

Num primeiro momento, a **Fase de Pré-Seleção** decorreu no CRPCP, entre novembro de 2007 e abril de 2008.

Inicialmente, efetuou-se um pedido de autorização ao CRPCP, no qual constava uma breve explicação dos objetivos do estudo (Anexo 4), tendo sido entregue à diretora técnica. Após a autorização da Direção, para proceder à recolha de dados, em primeiro lugar, consultou-se os processos de todos os jovens que se enquadravam nas condições requeridas para o estudo, tendo-se selecionado 150 indivíduos.

Os elementos da amostra foram selecionados tendo em conta a idade dos jovens, optando-se por jovens com mais de 16 anos; a fala perceptível e a ausência de défices cognitivos severos.

Seguidamente, enviou-se uma carta a estes indivíduos e suas famílias a dar conhecimento do estudo, explicando os seus objetivos e convocando-os para uma reunião de esclarecimento a ter lugar no CRPCP (Anexo 5). Após esta fase de esclarecimento, procedeu-se ao contacto telefónico com as famílias que não compareceram às reuniões e com novas famílias. Neste contacto, algumas famílias mostraram-se indisponíveis para participar e outras pediram para comparecer noutra ocasião. Convocaram-se todas as famílias interessadas para comparecer no CRPCP em datas específicas acordadas com elas, de acordo com a sua disponibilidade.

Paralelamente, procedeu-se à **construção do protocolo** a administrar, que continha um questionário sócio-demográfico, o FAI (Holbrock & Skillbeck, 1983, adaptado à população portuguesa por Martins et al., 2003a), o IB (Wade & Collin, 1988, adaptado à população portuguesa por Araújo et al., 2007) e o MMS (Folstein et al., 1975, adaptado à população portuguesa por Guerreiro e col., 1993).

De seguida, realizou-se um **pré-teste**, o qual teve a duração de 15 minutos, tendo procedido sem dificuldades. Neste, identificou-se a necessidade de se acrescentar uma hipótese de resposta num dos itens do IB (e.g., “Atualmente, consegue alimentar-se”). As hipóteses de resposta eram: “Desde que lhe coloquem a comida já preparada,

consegue comer sozinho”, com a pontuação 2; “*Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.*”, com a pontuação 1; e “*Não consegue alimentar-se sozinho*”, com a pontuação 0; passando a conter também a hipótese “*Alimenta-se sozinho*”, à qual se atribuiu a pontuação 3. Assim, passou a ser possível obter-se um valor total da escala entre 0 e 21.

Para a **recolha de dados**, compareceram no CRPCP 120 indivíduos, alguns acompanhados pelos seus cuidadores, outros sozinhos; 89 dos quais aceitaram participar. A estes jovens, individualmente, explicaram-se os objetivos do estudo, obteve-se o consentimento informado (Anexo 6) e pediu-se que lessem atentamente o questionário, antes de procederem ao seu preenchimento. Os jovens procederam ao preenchimento do questionário na presença da investigadora, que esclareceu quaisquer dúvidas.

Após a fase de recolha de dados, procedeu-se à **construção de uma base de dados** e ao tratamento estatístico dos mesmos, através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (*Windows*).

De novembro de 2008 a maio de 2009 decorreu uma fase adicional do projeto, no sentido de perfazer a amostra necessária para o estudo e compensar os casos excluídos, bem como as desistências.

Para tal, efetuou-se nova consulta dos processos de todos os indivíduos do CRPCP que se enquadravam nas condições requeridas para o estudo, tendo-se seguido os mesmos procedimentos anteriormente referidos. Participaram neste novo momento de recolha de dados, 13 novos participantes.

Efetuiu-se, ainda, um contacto com outras Associações de Paralisia Cerebral, nomeadamente, as de Coimbra, Guimarães, Viana do Castelo, Braga e Viseu, e com o Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. Para tal, foi elaborado um pedido de colaboração (Anexo 7) dirigido à direção de cada instituição, no qual constava uma breve explicação dos objetivos do estudo.

Através de contacto telefónico, a direção das Associações de Paralisia Cerebral de Coimbra e Viseu, bem como do Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, consideraram inviável a execução do projeto, devido ao número reduzido de indivíduos que se enquadravam nos critérios definidos para a amostra. A Direção da APCB ficou de analisar um pouco melhor a proposta, estabelecendo um contacto *a posteriori*.

Nas restantes Associações realizou-se uma reunião com a Direção e alguns técnicos para se esclarecerem as dúvidas acerca da implementação do projeto.

Após essa reunião, a equipa da APCG selecionou 10 indivíduos para participarem no projeto. No entanto, os respetivos cuidadores encontravam-se indisponíveis para participar. De qualquer forma, efetuou-se uma reunião de esclarecimento com os indivíduos e agendou-se uma data para administração do protocolo 1. Na fase de pré-seleção, apenas 5 jovens compareceram, no entanto, foram excluídos por apresentarem défice cognitivo.

Na APCVC, a equipa selecionou 9 indivíduos e respetivos cuidadores para participar no projeto, com os quais se efetuou uma reunião de esclarecimento, na qual 5 destes recusaram participar por indisponibilidade de tempo. Com os restantes agendou-se uma data para administração do protocolo 1, tendo-se seguido os mesmos procedimentos. Nesta fase, 1 dos jovens foi excluído por apresentar sintomatologia psicopatológica grave que o conduziu a um internamento hospitalar, e 3 foram excluídos por apresentarem défice cognitivo.

O contacto da APCB surgiu em maio de 2009, tendo-se efetuado de imediato uma reunião, à semelhança do que já tinha acontecido noutras Associações. Posteriormente, a equipa da APCB selecionou 15 indivíduos e respetivos cuidadores para participarem no projeto. Em conjunto com uma Técnica Superior de Serviço Social e uma Psicóloga da instituição, estabeleceram-se contactos telefónicos com as famílias selecionadas, agendando-se uma reunião de esclarecimento. Nestes contactos, 5 famílias mostraram-se desinteressadas e/ou indisponíveis para participar. Com os restantes 10 agendou-se uma data para administração do protocolo 1, seguindo-se os mesmos procedimentos que anteriormente. Após o preenchimento do protocolo 1 agendou-se uma data para administração do protocolo 2.

Em suma, na Fase de Pré-Seleção, obteve-se uma amostra de 112 indivíduos.

FASE 1 – Avaliação Inicial

Num primeiro momento, esta fase decorreu de maio a novembro de 2008, no CRPCP, na FPCEUP e na comunidade do norte e centro do país; e, num segundo momento decorreu de junho a novembro de 2009, no CRPCP e na APCB.

Inicialmente procedeu-se à **construção do protocolo** a administrar. Para os jovens com PC o questionário incluía a Escala de Satisfação com a Vida em Geral (Andrews & Withey, 1976), as Escalas de Bem-Estar Psicológico [versão experimental

reduzida construída a partir das SPWB (Ryff, 1989a) por Novo et al., 2004], a Escala de Auto-Eficácia (Sherer & col., 1982, adaptada à população portuguesa por Pais-Ribeiro, 1995), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) e a Escala de Futuro (Snyder et al., 1991, adaptada à população portuguesa por Pais-Ribeiro et al., 2006). No que concerne aos jovens sem PC, a este questionário acrescia um questionário sócio-demográfico. O questionário dos cuidadores, de jovens com e sem PC, incluía um questionário sócio-demográfico, a Escala de Satisfação com a Vida em Geral (Andrews & Withey, 1976), as Escalas de Bem-Estar Psicológico [versão experimental reduzida construída a partir das SPWB (Ryff, 1989a) por Novo et al., 2004] e o QASCI (Martins et al., 2003b).

Seguidamente, realizou-se um **pré-teste**, no CRPCP, com a duração de 25 minutos, tendo este procedido sem dificuldades.

Para a **recolha de dados em indivíduos com PC**, convocaram-se, através de carta, todos os jovens que participaram na Fase de Pré-Seleção, salientando-se a necessidade de comparência de um dos cuidadores. Dos jovens convocados, alguns compareceram acompanhados pelo cuidador e outros sozinhos. Aos jovens e cuidadores explicaram-se os objetivos deste questionário, obteve-se o consentimento informado e pediu-se que o lessem atentamente, antes de preencherem. Ambos procederam ao preenchimento do questionário na presença da investigadora, para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Aos jovens que compareceram sozinhos, foi entregue, um envelope fechado, que continha um questionário para o cuidador, um envelope selado, com a morada da respetiva Associação e as instruções para o preenchimento e envio do questionário através do correio.

Em suma, nesta Fase, obteve-se uma amostra de 107 indivíduos e 94 cuidadores.

Para a **recolha de dados em indivíduos sem PC**, após um pedido de autorização ao conselho diretivo (Anexo 8), procedeu-se a uma reunião na FPCEUP, com cinco das turmas da Licenciatura em Psicologia, na qual se explicaram os objetivos do estudo, se solicitou a participação dos jovens, tendo-se efetuado a distribuição de 60 questionários. Destes, receberam-se 33 totalmente preenchidos. Distribuíram-se, também, por conveniência, 30 questionários a jovens da comunidade, da região centro e norte do país, dos quais se receberam 20 totalmente preenchidos; 10 questionários a indivíduos de uma turma de um CEFA, dos quais 5 foram entregues; e 10 questionários a jovens de uma turma de um CET, dos quais 5 foram entregues. No total, obteve-se uma amostra de 63 jovens sem PC e respetivos cuidadores.

Nesta fase, procedeu-se, também, à **construção da base de dados**, para posterior tratamento estatístico, através do programa SPSS (*Windows*).

FASE 1.1 - *Intervenção Psicológica em Grupo*

Esta fase decorreu, num primeiro momento, de novembro de 2008 a julho de 2009, no CRPCP; e, num segundo momento, de novembro de 2009 a maio de 2010, no CRPCP e na APCB.

Fase de preparação

Inicialmente, efetuou-se a planificação das sessões da Intervenção Psicológica em Grupo. De seguida, convocaram-se todos os indivíduos para uma reunião de esclarecimento na respetiva Associação, onde se discutiu a sua disponibilidade, os horários das sessões, os objetivos específicos do grupo e as atividades a desenvolver. Após essa reunião, procedeu-se à formação dos grupos de intervenção, agrupando-se os indivíduos com PC de acordo com a sua idade, percurso e objetivo de vida, bem como a sua disponibilidade; e os cuidadores de acordo com a sua disponibilidade.

Nesta fase, alguns dos cuidadores desistiram, maioritariamente, por questões económico-financeiras e laborais devidas, em grande parte, à crise económica que o país atravessava então. Desta forma, alguns cuidadores não podiam faltar ao emprego para comparecer às sessões, com receio de um possível despedimento; outros, que anteriormente se encontravam desempregados, encontraram emprego e não podiam faltar; e ainda, para alguns cuidadores, a deslocação à Associação envolvia uma despesa que não podiam suportar.

Intervenção Psicológica em Grupo propriamente dita

a) *Grupo “Objetivos para a Vida”*

O principal objetivo subjacente à intervenção grupal desenvolvida foi a promoção e manutenção do BEP dos seus elementos, incidindo, especificamente, nas variáveis Auto-Eficácia, Esperança e Suporte Social.

Conforme referido anteriormente, a população-alvo desta intervenção foram indivíduos com PC, inscritos no CRPCP e na APCB, com mais de 16 anos, fala perceptível e ausência de défices cognitivos.

Os grupos eram homogéneos relativamente ao diagnóstico de PC e heterogéneos quanto ao sexo, idade e quadro clínico. Tratavam-se de grupos fechados, ou seja, uma vez iniciados, não permitiram a entrada de novos elementos, o que permitiu trabalhar adequadamente o desenvolvimento e a coesão grupal. Assim, os diferentes elementos puderam estabelecer interações mais aprofundadas, desenvolvendo um maior sentido de unidade.

Quanto ao tamanho do grupo, pretendia-se criar 4 grupos de 8 a 10 elementos. Inicialmente, foram criados 5 grupos no CRPCP, 2 grupos de 8 indivíduos, 1 grupo de 7, 1 grupo de 5 e um grupo de 3. Posteriormente, criaram-se mais 2 grupos, 1 grupo de 4 elementos no CRPCP e 1 grupo de 7 na APCB.

Os grupos decorreram, então, no CRPCP e na APCB, no espaço de 8 meses, no total de 16 sessões, com uma periodicidade quinzenal e duração de, aproximadamente, noventa minutos; considerando-se que este número de sessões e periodicidade é adequado para os objetivos que se propõem atingir.

As sessões seguiram uma matriz comum, iniciando com uma técnica de quebra-gelo, passando-se ao desenvolvimento de uma (ou mais) atividade(s) principal(ais) e finalizando com uma técnica de avaliação da sessão. Sempre que possível foram utilizadas atividades dinâmicas, com recurso ao movimento corporal, pois considera-se que estes jovens são um pouco inativos.

Apresenta-se, de seguida, uma descrição das sessões:

Descrição das sessões

1ª Sessão: *Apresentação*

Objetivos:

- Apresentar a psicóloga responsável pelas sessões.
- Promover o conhecimento e a interação entre os membros do grupo.
- Apresentar e discutir o programa de intervenção.
- Abordar as expectativas dos elementos do grupo em relação à intervenção.
- Definir as normas básicas de funcionamento do grupo.

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: *Apresentação.*

Procede-se à apresentação da psicóloga e dos elementos do grupo, através da realização de um jogo, em círculo: a primeira pessoa diz o seu nome e um gesto que a caracterize,

a pessoa ao lado tem que repetir o que ouviu e fazer a sua própria apresentação, e assim, sucessivamente.

2. Apresentação e discussão do programa de intervenção e abordagem das expectativas dos elementos em relação ao mesmo.

A psicóloga descreve os objetivos da intervenção e explica o que se pretende fazer nas sessões seguintes. Posteriormente, os participantes expressam a sua opinião quanto ao programa descrito, avaliando a sua relevância e sugerindo, eventualmente, o aprofundamento de outras áreas do seu interesse.

3. Definição das normas de funcionamento do grupo.

Em conjunto, procede-se à discussão e esclarecimento de dúvidas relativamente aos seguintes aspetos: assiduidade, pontualidade, duração e calendarização das sessões, bem como das regras de funcionamento do grupo.

4. “É p’ra amanhã”.

Esta atividade consiste na apresentação de uma Música de António Variações, no sentido de desafiar o grupo a ser ativo no seu dia a dia e de se empenhar neste grupo.

5. Avaliação oral da sessão.

É pedido aos participantes que reflitam acerca desta primeira sessão.

Material:

- Fotocópias da letra da música “É p’ra amanhã” de António Variações (Anexo 9);
- CD de António Variações;
- Computador Portátil com leitor de CD’s.

2ª Sessão: Aceitação de Si e dos Outros

Objetivos:

- Promover o auto e heteroconhecimento dos participantes.
- Promover a consciencialização das características individuais de cada participante.
- Favorecer o reconhecimento e aceitação das diferenças individuais.

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: “Zig-Zag”.

A psicóloga refere que tem nas suas mãos um “animal” que se chama “Zig”. O Zig é muito sensível e deve ser passado de mão em mão, sem cair ao chão. O grupo está em círculo e, para passar o Zig, cada participante deverá esfregar ambas as mãos, apontando na direção do participante que se encontra do seu lado direito. O jogo procede sempre

para a direita, até se introduzir o “Zag”, que deverá circular para o lado esquerdo, em simultâneo com o “Zig”. O procedimento deve ser repetido durante cerca de 5 minutos.

2. Conhecer-se a si mesmo (Departamento do Ensino Secundário [DES], 2002).

A psicóloga entrega a cada participante uma lista de palavras (Anexo 10) da qual estes deverão selecionar as palavras que a sua mãe usaria para os descrever, repetindo o procedimento para o pai, amigos e para si próprio. No final, os participantes devem comparar as quatro listas, respondendo, em voz alta, à questão “*Qual é a pessoa que te vê, mais ou menos, como tu te vês a ti próprio(a)*”. Devem ser procuradas semelhanças entre os membros do grupo.

3. Diferenças individuais (DES, 2002).

Recorrendo às características da ficha anterior, cada participante regista numa folha a característica que o distingue dos seus colegas do grupo. Deverá, também, registar a característica que distingue cada um dos seus colegas de si próprio. Discutem-se os resultados, tentando perceber quais as características que têm em comum e de que forma as diferenças e semelhanças influenciam o grupo.

4. Eu no Grupo.

Cada elemento do grupo retira um cartão (Anexo 11) do saco, devendo completar a frase que lá está escrita.

5. Avaliação da sessão.

O grupo é dividido em dois, colocando-se os participantes frente a frente. Um dos lados indica aspetos positivos da sessão e o outro, aspetos negativos, alternadamente.

Material:

- Fotocópias da lista de adjetivos;
- Folhas e canetas;
- Saco com cartões “*Eu no Grupo*”.

3ª Sessão: Histórias de Esperança

Objetivos:

- Dirigir a atenção do grupo para os elementos de esperança nas histórias.
- Ensinar a identificar objetivos, caminhos e iniciativa.
- Explorar, para cada história, como foram gerados os objetivos, qual a motivação, quão realizável e realista era o objetivo, como foram percebidos os objetivos, qual a disposição e atitude durante o processo, como foi iniciado e mantido o movimento para os objetivos, e se os objetivos foram ou não atingidos.

Atividades:

1. Ouvir histórias de Esperança.

A psicóloga mostra um *sketch* de um episódio de uma série de televisão, na qual é possível visualizar-se uma história de esperança. Após a visualização deste *sketch*, a psicóloga ajuda os participantes a dirigirem a sua atenção para os elementos de esperança envolvidos na história, ajudando-os a identificar o objetivo, a iniciativa e os caminhos percorridos.

Seguidamente, a psicóloga mostra uma reportagem, na qual é contada a história de esperança de três jovens com incapacidade. No final, o grupo tenta identificar o objetivo a ser atingido por cada um dos jovens, a iniciativa na prossecução desse objetivo e os caminhos que levaram ao seu alcance.

2. Avaliação oral da sessão.

É pedido aos participantes que reflitam acerca desta sessão.

3. Trabalho Para Casa (TPC): Preenchimento de uma ficha (Anexo 12) de reflexão da reportagem.

Material:

- Computador Portátil com leitor de DVD;
- Fichas TPC.

4ª Sessão: Histórias de Esperança (continuação)

Objetivos:

- Continuação da sessão anterior

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: Algo bom e mau.

Os participantes deverão dizer algo bom e mau que aconteceu nas suas vidas, no intervalo das sessões.

2. Analisar histórias de Esperança (adaptado de Lopez, Floyd, Ulven & Snyder, 2000).

A psicóloga relembra os conceitos de Esperança - Objetivos, Iniciativa e Caminhos. Os participantes formam pequenos grupos de trabalho de, aproximadamente, 3 elementos (tendo o cuidado de juntar os elementos que viram a reportagem com os elementos que não viram, para poderem trocar impressões) e, com a ajuda do TPC, devem discutir quais os objetivos, caminhos e iniciativa de cada jovem, e como foram gerados os objetivos, qual era a motivação, quão realizável e realista era o objetivo, como foram percebidos os objetivos, qual a disposição e atitude durante o processo, como foi

iniciado e mantido o movimento para os objetivos; e se os objetivos foram ou não atingidos. No final, seleciona-se um porta-voz de cada grupo, que deverá ler as conclusões do seu grupo. Em grande grupo, debatem-se todas as conclusões, procurando semelhanças e divergências entre os pequenos grupos.

3. Avaliação da sessão.

Cada participante retira uma ficha de um saco. O participante que tiver uma ficha verde deverá indicar um aspeto positivo da sessão, o que tiver uma ficha vermelha, deverá referir um aspeto negativo da sessão. Por sua vez, quem tiver uma ficha amarela, pode escolher se indica um aspeto positivo ou negativo da sessão.

4. TPC: Os participantes deverão redigir uma história da sua vida de esperança, passada.

Material:

- Saco com fichas coloridas;
- Folhas e canetas;
- Ficha de trabalho.

5ª Sessão: Narrativas Individuais de Esperança

Objetivos:

- Construir a narrativa pessoal de esperança dos participantes.
- Perceber o desenvolvimento da esperança, a sua diminuição, estagnação e evolução ao longo do ciclo vital dos participantes.
- Procurar padrões de iniciativa e caminhos nas narrativas dos participantes.

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: A Feira (adaptado de Saunders, 1995).

Cada participante deverá completar a ficha (Anexo 13), procurando encontrar, no grupo, uma pessoa que satisfaça a condição requerida na ficha.

2. A minha história de Esperança.

Em pares, cada indivíduo lê a sua narrativa de esperança (TPC). Para cada história, com a ajuda de uma ficha de trabalho (Anexo 14), os pares identificam os três componentes de Esperança e exploram: como foram gerados os objetivos, qual a motivação, quão realizável e realista era o objetivo; como foram percebidos os objetivos, qual a disposição e atitude durante o processo, como este foi iniciado e mantido. Procura-se, também, compreender porque os objetivos foram atingidos e quais os sentimentos acerca dos mesmos.

Em grande grupo, cada indivíduo lê a sua narrativa, e o seu par explora os tópicos anteriores.

Os participantes são orientados, pela psicóloga, para o presente, através do estabelecimento de ligações entre as histórias passadas e a sua situação atual, usando questões como: “Os objetivos do passado são iguais ou diferentes dos atuais?; “As estratégias passadas serão eficazes no presente?”.

3. Avaliação da sessão: O Jogo do Novelo (Yozo, 1995, cit. in, Torres, 2005).

Em círculo, o exercício inicia-se jogando o novelo para um participante que deseje começar. Este participante deverá dar uma volta com o fio no seu dedo indicador e depois dar a sua opinião pessoal acerca da sessão. Posteriormente, lança o novelo para outra pessoa, mantendo o fio esticado. Quando a segunda pessoa fizer a sua avaliação, deverá repetir o mesmo procedimento. O jogo termina quando todos os participantes tiverem feito a sua avaliação.

Material:

- Fotocópias “A Feira”;
- Ficha de trabalho e canetas;
- Novelo de lã.

6ª Sessão: Narrativas Individuais de Esperança (continuação)

Objetivos:

- Continuação da sessão anterior.

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: Ordem Alfabética.

Em pé e sem falar, os participantes deverão colocar-se, por ordem alfabética do seu primeiro nome, numa linha reta.

2. A minha história de Esperança.

Continuação da sessão anterior.

3. Avaliação da sessão.

Cada participante deverá retirar do saco um cartão (Anexo 15) e completar a frase que lá está escrita.

Material:

- Saco com cartões;
- Ficha de trabalho e canetas.

7ª Sessão: Domínios da Vida

Objetivos:

- Explorar os domínios da vida dos participantes., desenvolvendo uma lista de domínios presentes que são importantes e discutir a satisfação pessoal em cada área.
- Identificar as áreas fortes e problemáticas na vida dos participantes.
- Ajudar os participantes a perceber os domínios da vida em que os objetivos foram alcançados com sucesso e explorar as diferentes áreas problemáticas e satisfatórias.

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: O Objeto indispensável.

Em círculo, cada participante deverá indicar um objeto sem o qual, por norma, não sai de casa.

2. Domínios da vida (adaptado de Lopez et al., 2000).

Os participantes preenchem individualmente uma ficha de trabalho (Anexo 16) acerca da satisfação com vários domínios da sua vida. Em grupo, discute-se, procurando semelhanças entre os indivíduos. Seguidamente, cada participante seleciona o domínio da vida mais importante ou relevante para si, procurando definir o que poderia fazer para aumentar a sua satisfação nesse domínio, discutindo os resultados em grande grupo.

No final, a psicóloga elabora um gráfico no quadro para identificar o domínio mais importante, bem como o que traz mais satisfação, para o grupo.

3. Avaliação da sessão.

Distribui-se a cada participante uma fotocópia de uma tira de Banda Desenhada do *Calvin & Hobbes* (Anexo 17). No final, discute-se em grupo, a Banda Desenhada, efetuando-se um paralelismo com a situação de vida dos participantes, bem como uma avaliação da importância da sessão.

4. TPC: Os participantes deverão preencher uma ficha de trabalho (Anexo 18) acerca dos seus objetivos.

Material:

- Fotocópias da Ficha de trabalho “*Domínios da Vida*” (Lopez et al., 2000, p.147) e Canetas;
- Fotocópias de parte da tira de Banda Desenhada do *Calvin & Hobbes*;
- Fotocópias da Ficha de trabalho “*Objetivos de Vida*” (Lopez et al., 2000, p.148).

8ª Sessão: *Objetivos de Vida*

Objetivos:

- Melhorar o desenvolvimento de objetivos: aumentar a capacidade dos participantes. para desenvolver, clarificar e conceptualizar objetivos, criando pensamentos dirigidos a objetivos eficazes.
- Identificar os objetivos de vida dos participantes.
- Facilitar a conceptualização de objetivos claros, manejáveis e positivos.
- Dividir o caminho para o objetivo em pequenos passos sequenciais, claros e específicos: ensinar a reconhecer a sequência de passos relevantes e a desenvolver rotas alternativas para os objetivos pessoais.
- Desafiar o grupo a expandir as suas ações para a prossecução dos objetivos, através de diálogos que o levem a produzir listas exaustivas de caminhos para o objetivo.

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: *Quem sou eu?* (Berkenbrock, 2002, p.85).

A psicóloga coloca um *post-it* nas costas de cada participante, com o nome de uma figura pública. Os participantes deverão adivinhar quem são, recorrendo apenas a questões cuja resposta é sim ou não.

2. *Os meus objetivos* (adaptado de Lopez et al., 2000).

Realiza-se a análise dos TPC: cada participante traz preenchida a ficha de trabalho acerca dos seus objetivos e lê para o grupo. Em grande grupo, discutem-se os resultados, questionando os participantes acerca dos seus objetivos, do que necessitam para os alcançar e dos passos que têm de dar para o conseguir. A psicóloga ajuda os participantes a definirem os objetivos de um modo claro, preciso e positivo.

3. *Avaliação da sessão.*

Distribui-se a cada participante uma fotocópia de uma tira de Banda Desenhada da *Mafaldinha* (Anexo 19). No final, o grupo discute a Banda Desenhada, efetuando-se um paralelismo com sua situação de vida, e fazendo a avaliação da sessão.

4. *TPC:* Os participantes deverão descrever os pequenos passos/comportamentos que já executaram para alcançar o seu objetivo. Deverão, ainda, traçar todos os caminhos possíveis para a consecução do seu objetivo, identificando as possíveis barreiras.

Material:

- Fotocópias da tira de Banda Desenhada da *Mafaldinha*.

9ª Sessão: *Objetivos de Vida (continuação)*

Objetivos:

- Continuação da sessão anterior.

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: *Código Secreto* (adaptado de Stuart, 2000).

Os participantes dividem-se em pequenos grupos de, aproximadamente, 3 elementos. Seguidamente, a psicóloga entrega uma ficha (Anexo 20), com um código que estes deverão desvendar.

2. *Os meus objetivos.*

Continuação da sessão anterior.

3. *Avaliação da sessão.*

Cada participante retira do saco um cartão (Anexo 15) com uma frase para completar, devendo selecionar um dos outros participantes para que a complete.

Material:

- Ficha “Código Secreto”;

- Chocolate;

- Saco com cartões.

10ª Sessão: *Auto-Eficácia*

Objetivos:

- Aumentar a mestria e a Auto-Eficácia nas situações em que os participantes têm de percorrer para alcançar os seus objetivos, através da modelagem.

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: *Faço uma Viagem* (Jiménez, 2001).

Em círculo, a psicóloga diz “Faço uma viagem e levo... (um objeto)”, explicando que o próximo participante deverá dizer “Faço uma viagem com a psicóloga que levo...(um objeto), e levo...(um objeto)”, e assim sucessivamente até todos terem participado.

2. *Auto-Eficácia.*

Inicia-se a sessão com a análise do TPC, introduzindo o “Livro dos Sucessos” (Anexo 21), no qual, a partir desta altura, os participantes deverão anotar todos os sucessos que tiveram na consecução dos pequenos passos para os seus objetivos.

Posteriormente, ouvem-se as histórias de sucesso dos participantes do grupo que alcançaram objetivos semelhantes ao que outros participantes desejam atingir. Discutem-se as histórias, centrando a análise nos caminhos, iniciativa e barreiras à consecução do objetivo.

3. Avaliação da sessão: O baralho de letras.

Cada participante deverá retirar do saco uma letra do alfabeto e avaliar a sessão com um adjetivo que contenha essa letra.

Material:

- Fotocópias do “Livro dos Sucessos”;
- Saco com cartões.

11ª Sessão: Auto-Eficácia (continuação)

Objetivos:

- Continuação da sessão anterior

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: O Mosquito.

A psicóloga inicia a sessão, dizendo que na sala se encontra um mosquito venenoso, que os participantes devem “matar”. O mosquito voa de cabeça em cabeça, para a direita. Para matar o mosquito, os participantes deverão bater palmas por cima da cabeça do colega que está a sua direita e, este deverá baixar-se, para não ser “mordido” pelo mosquito. A atividade prossegue durante, aproximadamente, 5 minutos.

2. Auto-Eficácia.

Continuação da sessão anterior

3. Avaliação da sessão.

Os participantes deverão responder às questões: “Quais foram os objetivos da sessão?” e “Quais os aspetos positivos e negativos da sessão?”.

4. TPC: A marcação de TPC, nesta sessão, varia de acordo com os objetivos individuais, pelo que:

- a)** os participantes que pretendem arranjar um emprego, devem elaborar o seu Currículo *Vitae* (CV);
- b)** os participantes que pretendem concluir cursos, ingressar no ensino superior e escrever um livro, devem fazer uma descrição dos seus métodos de estudo/trabalho e rotinas;

c) os participantes que pretendem ser mais autónomos e melhorar as suas competências pessoais e sociais, devem elaborar uma listagem das suas principais dificuldades na realização de AVD;

d) os participantes que pretendem controlar a sua ansiedade, devem elaborar uma listagem de possíveis situações geradoras de ansiedade;

e) o participante que pretende melhorar a sua forma física, deve efetuar um registo do seu treino e da sua alimentação a todas as refeições, durante uma semana;

f) o participante que pretende controlar a sua agressividade e ser mais assertivo, deve elaborar uma listagem de possíveis situações geradoras de agressividade.

Material: não se aplica.

12ª Sessão: Relaxamento

Objetivos:

- Ensinar os participantes a relaxar
- Ensinar os participantes conhecer a ansiedade e reconhecer os seus sintomas.
- Ensinar os participantes a reduzir a ansiedade através da utilização da respiração diafragmática.

Atividades:

1. Relaxamento (adaptado de Powell & Enright, 1990).

Recorrendo a uma sala tranquila, os participantes devem colocar-se em colchões o mais confortavelmente possível, para se proceder ao relaxamento.

2. Lidar e reduzir os sintomas de ansiedade (adaptado de Powell & Enright, 1990).

A psicóloga explica o que é a ansiedade e como surge no organismo humano, respondendo às questões colocadas pelos participantes. Seguidamente, a psicóloga explica a respiração diafragmática e a sua utilidade em situações de ansiedade. Treina-se a respiração diafragmática e executa-se um exercício de hiperventilação, utilizando a respiração diafragmática para controlar os sintomas despoletados.

4. Avaliação oral da sessão.

É pedido aos participantes para que reflitam acerca desta sessão.

5. TPC: treinar diariamente a Respiração Diafragmática.

Material:

- CD de relaxamento e aparelhagem.

13ª Sessão: Competências

Objetivos:

- Melhorar as competências individuais dos participantes, em situações específicas.

Atividades

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: Medo de Desafios (Freitas, 2009). Enche-se uma caixa com jornal e um chocolate. Em círculo, a psicóloga segura a caixa e explica que dentro dela existe algo e que, ao som de uma música, os elementos do grupo a devem passar de mão em mão, para a direita, até que esta pare. Quando isto acontecer, a caixa fica na mão de um dos participantes, que deverá abri-la e ver o que tem dentro.

2. Desenvolvimento de Competências.

Para cada um dos participantes, treinam-se as competências necessárias à prossecução dos objetivos, centrando-se no primeiro passo e percorrendo todos os outros. De acordo com os objetivos selecionados, realizaram-se diferentes atividades:

a) Para os participantes que pretendem arranjar um emprego:

- *Correção dos CV:* a psicóloga efetua a correção dos CV em voz alta, solicitando o *feedback* do grupo.

- *Cartas de apresentação:* Divide-se o grupo em sub-grupos de, aproximadamente, 3 elementos. Pede-se que cada sub-grupo que escreva uma carta de apresentação, imaginando estar a candidatar-se a um emprego ideal. No final, o porta-voz de cada sub-grupo lê a sua carta e, em grupo, corrigem-se as cartas. Posteriormente, a psicóloga entrega aos participantes modelos de cartas de apresentação (Anexo 22).

3. Avaliação oral da sessão.

É pedido aos participantes para que reflitam acerca desta sessão.

Material:

- Fotocópias de exemplares de Cartas de Apresentação (DES, 2002);
- Canetas e folhas;
- Caixa, chocolate e aparelhagem.

14ª Sessão: Competências (continuação)

Objetivos:

- Continuação da sessão anterior.

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: O Jogo do Novelo (adaptado de Yozo, 1995, cit. in, Torres, 2005).

Em círculo, o exercício inicia-se jogando o novelo para um participante que deseje começar. Este participante deverá dar uma volta com o fio no seu dedo indicador e depois colocar uma questão a outro participante, atirando-lhe o novelo. Quando a segunda pessoa responder, deverá repetir o mesmo procedimento. O jogo termina quando todos os participantes tiverem colocado e respondido a uma questão.

2. Desenvolvimento de Competências.

Continuação da sessão anterior.

b) Para os participantes que pretendem concluir cursos, ingressar no ensino superior e escrever um livro:

- *Exploração dos Planos Individuais:* Cada participante teve de elaborar o seu plano de estudo, referindo o nº de horas de estudo por dia e o nº de dias de estudo por semana; apresentando-o ao grupo. Seguidamente, recebeu orientações da psicóloga e dos outros participantes do grupo, no sentido de potencializar o seu estudo; e, posteriormente, reformulou o seu plano.

c) Para os participantes que pretendem ser mais autónomos e melhorar as suas competências pessoais e sociais:

- *Exploração da listagem de cada participante:* A psicóloga, em voz alta, faz a exploração das principais dificuldades na realização de AVD de cada um dos participantes, estimulando a partilha e discussão entre eles. Consoante cada caso, são dadas orientações, tanto pela psicóloga, como pelos colegas de grupo, no sentido dos participantes se tornarem, progressivamente, mais autónomos.

d) Para os participantes que pretendem controlar a sua ansiedade:

- *Exploração da listagem de situações ansiogénicas:* A psicóloga, em voz alta, faz a exploração das situações ansiogénicas descritas por cada participante, estimulando a partilha e discussão entre o grupo. Consoante cada caso, são fornecidas orientações, tanto pela psicóloga, como pelos colegas de grupo, no sentido dos participantes aprenderem a lidar com as situações da melhor forma possível.

e) Para o participante que pretende melhorar a sua forma física:

- *Exploração do Plano de Treino e Alimentação:* A psicóloga, em voz alta, faz a exploração do plano de treino e alimentação, alertando para os principais erros que podem prejudicar o desempenho físico. Seguidamente, são dadas orientações por parte da psicóloga e outros participantes do grupo, no sentido de potencializar os treinos do participante e melhorar a sua alimentação. Posteriormente, o participante reformula o seu plano.

f) Para o participante que pretende ser mais assertivo:

- *Exploração da listagem de potenciais situações geradoras de agressividade*: A psicóloga, em voz alta, faz a exploração das situações descritas pela participante, estimulando a partilha e discussão entre o grupo. Seguidamente, são fornecidas orientações, tanto pela psicóloga, como pelos colegas de grupo, no sentido da participante aprender a lidar com essas situações da melhor forma possível, estimulando-se a utilização de uma conduta mais assertiva.

3. Avaliação da sessão: O Jogo do Novelo (adaptado de Yozo, 1995, cit. in, Torres, 2005).

Em círculo, o exercício inicia-se jogando o novelo para um participante que deseje começar. Este participante deverá dar uma volta com o fio no seu dedo indicador e depois colocar uma questão de avaliação da sessão a outro participante, atirando-lhe o novelo. Quando a segunda pessoa responder, deverá repetir o mesmo procedimento. O jogo termina quando todos os participantes tiverem colocado e respondido a uma questão.

Material: Não se aplica.

15ª Sessão: Competências (continuação)

Objetivos:

- Continuação da sessão anterior.

Atividades:

1. Desenvolvimento de Competências.

Continuação da sessão anterior.

a) Para os participantes que pretendem arranjar um emprego:

- *Simulação de uma entrevista de emprego* (DES, 2002): Inicia-se a atividade explicando que irão ser efetuadas simulações de entrevistas de emprego. A psicóloga pede aos participantes que irão ser entrevistados para se dirigirem para fora da sala; os participantes que ficam na sala terão o papel de entrevistadores. A psicóloga fornece a estes uma lista de questões típicas numa situação de entrevista (Anexo 23) e fica ao lado dos “empregadores” para guiar e ajustar algumas questões. Assim que os participantes entram na sala, começa a entrevista.

d) Para os participantes que pretendem controlar a sua ansiedade:

- *Simulação de uma situação ansiogénica*:

1. Situação laboral: Inicia-se a atividade explicando que irá ser efetuada uma simulação de uma situação laboral ansiogénica. Um dos elementos do grupo representaria o papel de patrão, e os outros de colegas de trabalho. A psicóloga explica ao participante em causa que esta seria a sua primeira semana de trabalho numa empresa estando, portanto, à experiência. Seguidamente, pede que se dirija para fora da sala e que utilize a respiração diafragmática para controlar a ansiedade sempre que necessário. Neste momento, explica-se aos participantes que ficam na sala o seu papel na simulação. Assim que o participante entra na sala, começa a simulação. A psicóloga (patrão) pede ao participante para realizar uma tarefa que, em primeiro lugar, não se encontra dentro das suas funções na empresa e, em segundo lugar, é fisicamente exigente. Os outros participantes (colegas de trabalho) deverão rir-se, deixando transparecer que não acreditam que ele seja capaz. Aguarda-se a resposta do participante a esta situação.

2. Falar em público: Inicia-se a atividade explicando que irá ser efetuada uma simulação de uma palestra numa escola. A psicóloga representa o papel de professora e os elementos do grupo representariam o papel de alunos. A psicóloga explica ao participante em causa que teria de falar sobre um tema (conhecido do participante) e responder às perguntas que lhe colocarem. Seguidamente, pede que se dirija para fora da sala e que utilize a respiração diafragmática para controlar a ansiedade sempre que necessário. Neste momento, explica-se aos participantes que ficam na sala o seu papel na simulação, devendo estes não colocar questões de imediato, aguardando que o participante fique ansioso. Assim que o participante entra na sala, começa a simulação.

f) Para o participante que pretende ser mais assertivo:

- *Treino de assertividade*: Inicia-se a atividade explicando que irá ser efetuada uma simulação de uma situação em que a participante em causa se dirige, acompanhada pela mãe, à Segurança Social. A psicóloga representa o papel de mãe, um dos elementos do grupo representa o papel de funcionário dos serviços e os restantes representam o papel de clientes. A psicóloga explica à participante que ela e a mãe se encontram numa longa fila na Segurança Social, por ordem de chegada, uma vez que não existe outro sistema de ordenação, pois a máquina de “senhas” encontra-se avariada. Seguidamente, a participante vai para fora da sala, e a psicóloga incentiva-a a utilizar a respiração diafragmática para controlar a ansiedade sempre que necessário. Neste momento, explica-se aos participantes que ficam na sala o seu papel na simulação, devendo estes tentar passar à frente da participante em causa quando ela ficasse sem a mãe, tratando-a

como se ela não entendesse o que se estava a passar e fazendo comentários depreciativos sobre ela. Assim que a participante entra na sala, começa a simulação.

3. Avaliação oral da sessão.

É pedido aos participantes para que reflitam acerca desta sessão.

Material:

- Ficha com questões de entrevista.

16ª Sessão: Finalização e Avaliação Final

Objetivos:

- Finalizar e avaliar o processo de intervenção: fazer um resumo do que foi realizado nas sessões, um balanço do que se passou no grupo e do que os participantes acharam.
- Partilhar sentimentos.
- Avaliar o impacto da intervenção.

Atividades:

1. Início da sessão com uma técnica de quebra-gelo: A História do Paulo (adaptado de “Andarilhos”, Miranda, 2003, p.99).

A psicóloga regista no quadro uma série de palavras-chave e um comportamento para cada uma delas. Seguidamente pede ao grupo que, quando ouvir essas palavras, realize o comportamento indicado. A psicóloga lê, então, a “*História do Paulo*” (Anexo 24).

2. Balanço final.

Cada participante retira do saco um cartão (Anexo 25) com frases para completar, devendo dar a sua opinião pessoal relativamente às sessões.

3. Avaliação final.

A psicóloga faz um comentário final às sessões.

4. TPC: Cada participante deverá preencher a Ficha “Balanço Final” e o Questionário de Avaliação Final, entregando-os à psicóloga, uma semana depois.

Material:

- História do Paulo;
- Saco com cartões;
- Ficha Balanço Final;
- Questionários.

b) Grupo de Apoio para Cuidadores

O principal objetivo da intervenção com Cuidadores foi a promoção do Bem-Estar Psicológico dos mesmos, no sentido de lhes proporcionar suporte e diminuir a Sobrecarga associada ao ato de cuidar dos filhos com PC. Desta forma, a intervenção com Cuidadores foi, essencialmente, uma intervenção de apoio. Era esperado que os cuidadores partilhassem experiências de vida, relativamente comuns a todos, pois eram centradas na problemática de ter um filho portador de PC; que se identificassem com os outros cuidadores e que, assim, melhorassem o seu BEP.

Nestes grupos pretendia-se, então, promover a troca de experiências entre os cuidadores, proporcionando um envolvimento interativo entre estes. Desta forma, o objetivo era que os cuidadores partilhassem situações, interesses e informações comuns com base em necessidades e preocupações específicas. Pretendia-se, também, proporcionar apoio emocional aos cuidadores, visando diminuir o seu *stress* e o isolamento, bem como promover o seu BEP, ajudando-os a lidar com o sofrimento inerente à problemática de ter um filho com PC e, simultaneamente, diminuindo a sobrecarga, normalmente, associada ao cuidar de um indivíduo com PC.

A população-alvo desta intervenção eram, então, cuidadores de indivíduos com PC, inscritos no CRPCP e na APCB. Para pertencer a este grupo era necessário que os filhos pertencessem ao Grupo “Objetivos para a Vida”, em funcionamento, em simultâneo, no CRPCP e na APCB.

Os grupos eram homogéneos apenas no que respeita ao facto de todos os cuidadores terem um filho com PC; não sendo controladas outras variáveis como o sexo e a idade dos cuidadores, de forma a introduzir alguma heterogeneidade suscetível de estimular a troca de experiências e pontos de vista entre os membros do grupo. Tratavam-se de grupos fechados, ou seja, os cuidadores permaneciam os mesmos ao longo do tempo, o que trouxe benefícios em termos da coesão e do desenvolvimento do grupo.

Pretendia-se criar 4 grupos constituídos por 8 a 10 elementos, no entanto, inicialmente, foram criados no CRPCP 3 grupos, 1 grupo de 7 cuidadores e 2 grupos de 5. Posteriormente, criaram-se mais 2 grupos, 1 grupo constituídos por 4 elementos no CRPCP e 1 grupo constituído por 5 elementos na APCB.

Os grupos decorreram no CRPCP e na APCB, no espaço de 8 meses, no total de 16 sessões, com uma periodicidade quinzenal e duração de, aproximadamente, sessenta minutos. Estes grupos decorriam sempre no mesmo dia e em horário consecutivo ou

anterior aos grupos “Objetivos para a Vida”, para evitar que as famílias tivessem de se deslocar várias vezes à instituição.

Descrição das sessões

As sessões do grupo foram realizadas numa sala apropriada, com as cadeiras colocadas em círculo. Os cuidadores sentavam-se em círculo e, após algum silêncio, a psicóloga incitava-os a começarem a falar, usualmente, remetendo para as sessões anteriores. Depois de os cuidadores começarem a falar, a psicóloga só intervinha quando solicitada.

Como referido anteriormente, a sessão iniciava sempre com um pequeno incentivo por parte da psicóloga, para os cuidadores começarem a falar, geralmente: “Como estão desde a última sessão? Alguém quer começar? Alguém quer partilhar alguma coisa? Como se sentem hoje?”. No final da sessão, havia sempre um espaço destinado à sua avaliação, onde normalmente a psicóloga questionava: “O que acharam da sessão? Como se sentiram aqui hoje? Como se sentem agora?”.

Apesar de não haverem atividades planeadas neste grupo, optou-se por realizar, na mesma altura que no Grupo “Objetivos para a Vida”, uma sessão de relaxamento.

FASES 2 a 4 – Avaliação da Eficácia da Intervenção

A avaliação da eficácia da intervenção decorreu nas respetivas Associações (CRPCP e APCB), de julho de 2009 a setembro de 2010, para os primeiros grupos; e de maio de 2010 a maio de 2011, para os segundos grupos; tendo sido realizada através do preenchimento individual do segundo protocolo, imediatamente após a intervenção, 6 e 12 meses depois.

Desta forma, as Fases de Avaliação da Eficácia da Intervenção dividiram-se em 3 fases distintas, nomeadamente, a Avaliação Final, o *Follow-Up* de 6 meses e o *Follow-Up* de 12 meses.

FASE 2 - Avaliação Final (após a intervenção)

A presente fase decorreu de julho a setembro de 2009, para os primeiros grupos, e de maio a julho de 2010, para os segundos grupos.

Para os indivíduos do GI, na última sessão da IPG, foram distribuídos os questionários de avaliação final e uma ficha de avaliação da intervenção, a serem entregues em mão, uma semana depois. Para os indivíduos do GC foram enviadas

convocatórias, para o preenchimento individual do questionário de avaliação final. Nesta avaliação compareceram 42 indivíduos do GI e 47 do GC, bem como 26 cuidadores do GI e 52 cuidadores do GC.

FASE 3 – Avaliação da Eficácia da Intervenção - Follow-Up de 6 meses

Esta terceira fase decorreu de janeiro a março de 2010, para os primeiros grupos, e de novembro de 2010 a janeiro de 2011, para os segundos grupos.

Todos os participantes foram convocados para o preenchimento individual do questionário de avaliação final. Os procedimentos seguidos para o preenchimento deste questionário foram os mesmos da avaliação inicial. Nesta avaliação compareceram 41 indivíduos do GI e 42 do GC, bem como 26 cuidadores do GI e 49 cuidadores do GC.

FASE 4 – Avaliação da Eficácia da Intervenção - Follow-Up de 12 meses

Por último, a quarta fase decorreu de julho a setembro de 2010, para os primeiros grupos, e de maio a julho de 2011, para os segundos grupos.

Todos os participantes foram convocados para o preenchimento individual do questionário de avaliação final. Os procedimentos seguidos para o preenchimento deste questionário foram os mesmos da avaliação inicial. Nesta avaliação compareceram 41 indivíduos do GI e 39 do GC, bem como 26 cuidadores do GI e 45 cuidadores do GC.

Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento estatístico dos dados recorremos ao software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 17.

De seguida, expõem-se as opções tomadas no que se refere aos procedimentos estatísticos de tratamento dos dados utilizados.

Para caracterização e descrição da amostra foram aplicadas estatísticas descritivas simples (*Frequências e Percentagens*), bem como medidas de tendência central (*Média*) e de dispersão (*Desvio Padrão*).

No sentido de se efetuar um estudo exploratório das características psicométricas das versões portuguesas do IB e do FAI, quando aplicados à população de indivíduos com PC, foi utilizada a análise de componentes principais com rotação ortogonal, segundo o método *Varimax*. Para a seleção do número de componentes fixaram-se os seguintes critérios: valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1; exclusão de cargas

fatoriais inferiores a 0,30; e cada componente deverá explicar no mínimo 5% da variância. A consistência interna foi determinada pelo valor α de Cronbach.

Para descrever as variáveis Funcionalidade, Satisfação com a Vida, BEP, Auto-Eficácia, Suporte Social, Esperança e Sobrecarga, em cada um dos grupos, utilizaram-se medidas de tendência central (*Média*) e de dispersão (*Desvio Padrão*). No sentido de comparar estas variáveis nos diferentes grupos, procedeu-se a uma análise comparativa, recorrendo ao *Teste t de Student* para amostras independentes (*Independent-samples t-test*).

Com o objetivo de testar as diferenças ao longo do tempo nas variáveis Satisfação com a Vida, BEP, Auto-Eficácia, Suporte Social, Esperança e Sobrecarga dos participantes, utilizou-se o procedimento estatístico das Medidas Repetidas (*One-way repeated measures ANOVA*), considerando-se a fase de avaliação (T1, T2, T3 e T4) como o fator intrassujeitos (*within subjects fator*), e a condição (pertencer ao GI ou ao GC) como o fator entre sujeitos (*between subjects fator*). Para testar as diferenças entre as fases de avaliação, em cada condição, usaram-se *Testes t de Student para amostras emparelhadas* (*Paired Samples T-test*); e, para averiguar as diferenças entre as condições (GI e GC), em cada uma das fases de avaliação, foram realizados *Testes t de Student para amostras independentes* (*Independent-samples t-test*).

O estudo da correlação entre as variáveis Idade, Escolaridade, Funcionalidade para Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, Satisfação com a Vida, BEP, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos filhos; e as variáveis Idade, Escolaridade, Satisfação com a Vida, BEP e Sobrecarga dos cuidadores realizou-se através do Coeficiente r de Pearson. Segundo Pestana e Gajreiro (2000), uma correlação inferior a 0,20 indica uma associação muito baixa (fraca ou desprezível); entre 0,20 e 0,39 traduz uma associação baixa (fraca); entre 0,40 e 0,69 expressa uma associação moderada; entre 0,70 e 0,89 sugere uma associação elevada; e entre 0,90 e 1,00 indica uma associação muito elevada.

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $p=0,05$ com intervalo de confiança de 95%. Para um p significativo ($<0,05$) rejeita-se a H_0 , isto é, observam-se as diferenças ou associações entre os grupos. Para um $p>0,05$ não se rejeita a H_0 , isto é, não se observam diferenças ou associação significativa entre os grupos.

Reconhece-se que a utilização de estatística paramétrica poderá não ser a mais adequada para o tipo de avaliação efetuado neste projeto, uma vez que, por defeito, se considera que estamos a avaliar variáveis contínuas (de intervalo), quando, na realidade, se tratam de variáveis ordinais (Michell, 1997; 2000). No entanto, pela ampla utilização deste tipo de estatística nas ciências sociais, aceita-se a sua utilização como a mais correta (ibd.).

Independentemente disso, neste projeto efetuaram-se análises recorrendo tanto à estatística paramétrica como não paramétrica, no sentido de averiguar eventuais diferenças de resultados entre ambas as técnicas. Como os resultados encontrados não diferiam grandemente em função da estatística utilizada, optou-se apenas pela utilização da estatística paramétrica, uma vez que esta é considerada mais poderosa (Pallant, 2002). A utilização deste tipo de estatística em todos os grupos, independentemente do número de sujeitos, relaciona-se com o facto de se pretender apresentar alguma congruência ao longo de todo o texto, uma vez que esta permite o uso de medidas como a média e o desvio padrão, que possibilitam efetuar uma comparação de resultados ao longo de todo o texto.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

Este Capítulo encontra-se dividido em 4 secções.

A 1ª secção refere-se à Fase 0 do projeto, expondo os resultados da análise descritiva e correlacional efetuada para os Indivíduos com PC.

A 2ª secção é relativa à Fase 1 do projeto, apresentando os resultados da análise descritiva, comparativa e correlacional efetuada para os indivíduos com e sem PC e respetivos cuidadores.

A 3ª secção diz respeito às Fases 1 a 4 do projeto, expondo os resultados da análise descritiva, comparativa e correlacional efetuada para os Grupos de Intervenção e de Comparação, tanto para indivíduos com PC, como para os respetivos cuidadores.

A 4ª secção remete para a Fase de Intervenção Psicológica em Grupo, apresentando uma análise exploratória e descritiva dos Grupos de Intervenção, tanto de indivíduos com PC, como de cuidadores.

SECÇÃO 1

INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL (FASE 0)

Nesta secção, serão expostos os resultados da análise descritiva efetuada para os indivíduos com PC, relativos à Fase 0 do projeto. Serão, também, explorados os resultados relativos à análise correlacional efetuada para esta fase. No final desta secção, expõem-se os resultados da Análise Fatorial Exploratória, realizada para o IB e FAI.

1. Análise Descritiva

Nesta parte expõem-se os resultados da análise descritiva efetuada para os indivíduos com PC.

O quadro 1 apresenta as características gerais dos Indivíduos com PC. Os resultados, expostos neste quadro, sugerem que os indivíduos com PC ($N=112$) têm idades compreendidas entre os 16 e os 38 anos ($M=23,48 \pm 5,09$ anos), sendo, na sua maioria, do sexo masculino (58,9%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, os resultados indicam que estes indivíduos, na sua maioria, são estudantes (36,6%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (40,2%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (80,4%). Relativamente ao Quadro Clínico, a maioria apresenta uma PC Espástica (76,8%).

No quadro 2, visualizam-se as pontuações médias obtidas para a Funcionalidade para ABVD (IB) e AIVD (FAI) dos indivíduos com PC; e no quadro 3, apresenta-se uma caracterização dos indivíduos com PC de acordo com a sua Funcionalidade para ABVD. Os resultados, expostos nestes quadros, salientam que os indivíduos com PC possuem elevada funcionalidade para ABVD e AIVD, sendo na sua maioria *Independentes*. Os resultados salientam, ainda, funcionalidade moderada para a execução de tarefas domésticas e elevada para o trabalho e diversão, bem como para as atividades desenvolvidas fora de casa.

Quadro 1: Características gerais dos Indivíduos com Paralisia Cerebral.

		<i>N</i>	%
Nº de sujeitos		112	100
Sexo	Masculino	66	58,9
	Feminino	46	41,1
Estado Civil		112	100
Escolaridade	5 a 9 anos	34	30,4
	10 a 12 anos	45	40,2
	Mais de 12 anos	33	29,5
Situação Profissional	Em casa	18	16,1
	Estudante	41	36,6
	Empregado	18	16,1
	Desempregado	26	23,2
	Voluntário	5	4,5
	Trabalhador-Estudante	2	1,8
	Atleta Profissional	2	1,8
Nível Sócio-Económico	Baixo	22	19,6
	Médio	90	80,4
Quadro Clínico	PC Espástica	86	76,8
	PC Disquinética	11	9,8
	PC Atáxica	12	10,7
	PC Mista	3	2,7

N: Frequência; %: Percentagem

Quadro 2: Funcionalidade para Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária.

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Índice de Barthel	18,27	4,65
Frenchay Activities Index	49,04	9,86
Tarefas domésticas	15,30	4,55
Trabalho e diversão	13,89	1,78
Atividades desenvolvidas fora de casa	19,85	4,62

M: Média; *DP*: Desvio Padrão

Quadro 3: Caracterização dos Indivíduos com Paralisia Cerebral de acordo com a Funcionalidade para Atividades Básicas da Vida Diária.

Índice de Barthel	N	%
Totalmente Incapacitado	10	8,9
Incapacidade Grave	5	4,5
Incapacidade Moderada	22	19,6
Independente	75	67,0

N: Frequência; %: Percentagem

2. Análise Correlacional

No sentido de compreender a associação entre as variáveis Idade, Escolaridade e a Funcionalidade para Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, dos indivíduos com PC (N=112), realizou-se uma análise correlacional⁴. Os resultados desta análise salientam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,24$, $p < 0,05$.
- o Índice de *Barthel* e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,76$, $p < 0,01$

3. Análise Fatorial Exploratória

Nesta parte, pretende-se efetuar um estudo exploratório das características psicométricas das versões portuguesas do IB e do FAI, quando aplicados à população de indivíduos com PC.

Índice de Barthel

A solução encontrada para o **IB** sugere 2 componentes, que explicam 70,58% da variação total dos resultados.

Como se pode observar no quadro 4, o primeiro componente, com 8 itens, integra *Higiene pessoal*, *Tomar banho*, *Vestir-se*, *Alimentar-se*, *Mobilidade (cama/cadeira)*, *Mobilidade (subir/descer escadas)*, *Mobilidade (andar)* e *Uso do WC*. O segundo componente, com 2 itens, integra, *Eliminação intestinal* e *Eliminação vesical*.

A consistência interna da escala é de 0,90 (α de Cronbach).

⁴ Apenas serão consideradas as correlações entre as variáveis principais, não sendo comentadas as correlações entre as dimensões de cada variável.

Quadro 4: Estrutura sugerida para os Indivíduos com Paralisia Cerebral.

	Componentes	
	1	2
Higiene pessoal	0,82	
Tomar banho	0,89	
Vestir-se	0,89	
Alimentar-se	0,54	
Mobilidade (cama/cadeira)	0,90	
Mobilidade (subir/descer escadas)	0,91	
Mobilidade (andar)	0,90	
Eliminação intestinal		0,90
Eliminação vesical		0,35
Uso do WC	0,91	
Valores próprios	6,01	1,04
Variância explicada (%)	60,15	10,43

Frenchay Activities Index

A solução encontrada para o FAI sugere 3 componentes, que explicam 69,26% da variação total dos resultados.

Como se pode observar no quadro 5, o primeiro componente, com 7 itens, integra as atividades *Governar a casa, Jardinar, Fazer trabalhos domésticos mais pesados, Cozinhar refeições ligeiras, Lavar a roupa, Lavar a louça e Fazer trabalhos domésticos ligeiros*. O segundo componente, com 6 itens, integra as atividades *Trabalhar, Ir às compras perto de casa, Viajar de autocarro ou de carro, Sair e fazer viagens distantes, Andar fora de casa mais de 15 minutos e Visitar amigos e familiares*. O terceiro componente, com apenas 2 itens, integra *Divertir, fazer passatempos e Ler livros*.

A consistência interna da escala é de 0,93 (α de Cronbach).

Quadro 5: Estrutura sugerida para os Indivíduos com Paralisia Cerebral.

	Componentes		
	1	2	3
Governar a casa	0,60		
Trabalhar		0,74	
Jardinar	0,66		
Ir às compras perto de casa	(0,46)	0,70	
Divertir, fazer passatempos			0,74
Viajar de autocarro ou de carro	(0,52)	0,63	
Fazer trabalhos domésticos mais pesados	0,70		
Ler livros			0,73
Cozinhar refeições ligeiras	0,78		
Lavar a roupa	0,84		
Lavar a louça	0,87		
Sair e fazer viagens distantes	(0,41)	0,76	
Fazer trabalhos domésticos ligeiros	0,79		
Andar fora de casa mais de 15 minutos		0,86	
Visitar amigos e familiares		0,81	
Valores próprios	7,72	1,45	1,21
Variância explicada (%)	51,48	9,69	8,09

Numa tentativa de comparação entre os estudos realizados com este instrumento no contexto português, realizou-se uma análise dos componentes principais segundo o sexo, cujos resultados e encontram expostos no quadro 6.

A solução encontrada para o sexo masculino sugere 4 componentes, os quais explicam 71,78% da variação total dos resultados.

Como se pode observar no quadro 6, o primeiro componente, com 7 itens, integra as atividades *Jardinar*, *Viajar de autocarro ou de carro*, *Fazer trabalhos domésticos mais pesados*, *Cozinhar refeições ligeiras*, *Lavar a roupa*, *Lavar a louça* e *Fazer trabalhos domésticos ligeiros*. O segundo componente, com 5 itens, integra as atividades desenvolvidas fora de casa: *Trabalhar*, *Ir às compras perto de casa*, *Sair e fazer viagens distantes*, *Andar fora de casa mais de 15 minutos* e *Visitar amigos e*

familiares. O terceiro componente, com apenas 2 itens, integra as atividades *Divertir, fazer passatempos e Ler livros*. O quarto componente integra apenas o item *Governar a casa*.

A consistência interna da escala é de 0,91 (α de Cronbach).

Quadro 6: Estrutura sugerida para os participantes do sexo masculino e feminino.

	Sexo Masculino				Sexo Feminino		
	Componentes				Componentes		
	1	2	3	4	1	2	3
Governar a casa	(0,34)			0,79	0,62	(0,55)	
Trabalhar	(0,38)	0,60		0,40	0,78		(0,37)
Jardinar	0,81				0,67	(0,42)	
Ir às compras perto de casa	0,48	0,62			0,88		
Divertir, fazer passatempos			0,68				0,86
Viajar de autocarro ou de carro	0,68	(0,32)	(0,35)	(0,31)	0,88		
Fazer trabalhos domésticos mais pesados	0,86				0,82		
Ler livros			0,81	(0,34)		0,90	
Cozinhar refeições ligeiras	0,72			(0,31)	0,73		(0,32)
Lavar a roupa	0,81				0,84		(0,30)
Lavar a louça	0,85				0,90		
Sair e fazer viagens distantes	(0,49)	0,66			0,89		
Fazer trabalhos domésticos ligeiros	0,87				0,83		
Andar fora de casa mais de 15 minutos		0,83			0,90		
Visitar amigos e familiares		0,67	(0,41)		0,90		
Valores próprios	6,78	1,71	1,25	1,02	8,99	1,45	1,07
Variância explicada	45,22	11,42	8,30	6,82	59,95	9,65	7,15

A solução encontrada para o sexo feminino sugere 3 componentes, os quais explicam 76,74% da variação total dos resultados. Como se pode observar no quadro 6, o primeiro componente, com 13 itens, integra as atividades *Governar a casa, Trabalhar, Jardinar, Ir às compras perto de casa, Viajar de autocarro ou de carro, Fazer trabalhos domésticos mais pesados, Cozinhar refeições ligeiras, Lavar a roupa, Lavar a louça, Sair e fazer viagens distantes, Fazer trabalhos domésticos ligeiros, Andar fora de casa mais de 15 minutos e Visitar amigos e familiares*. O segundo componente integra apenas o item *Ler livros*; e o terceiro componente integra apenas o item *Divertir, fazer passatempos*.

A consistência interna da escala é de 0,95 (α de Cronbach).

SECÇÃO 2

INDIVÍDUOS COM E SEM PARALISIA CEREBRAL (FASE 1)

Nesta secção, serão expostos os resultados relativos à Fase 1 do projeto, no que se refere à análise descritiva e comparativa efetuada para os indivíduos com e sem PC e respetivos cuidadores. Serão, também, explorados os resultados relativos à análise correlacional efetuada para esta fase.

1. Análise Descritiva e Comparativa

Nesta parte expõem-se os resultados da análise descritiva e comparativa efetuada para os indivíduos com e sem PC e respetivos cuidadores.

Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral

O quadro 7 apresenta as características gerais dos Indivíduos com e sem PC.

Os resultados, expostos neste quadro, sugerem que os indivíduos com PC ($N=107$) têm idades compreendidas entre os 16 e os 38 anos ($M=23,36 \pm 5,01$ anos), sendo na sua maioria do sexo masculino (59,8%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, os resultados indicam que estes indivíduos, na sua maioria, são estudantes (38,3%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (42,1%). Os resultados salientam, também, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (80,4%).

Os resultados revelam, ainda, que os indivíduos sem PC ($N=63$) têm idades compreendidas entre os 16 e os 31 anos ($M=22,17 \pm 3,70$ anos), sendo na sua maioria do sexo feminino (82,5%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, os resultados indicam que estes indivíduos, na sua maioria, são estudantes (71,4%) e possuem uma escolaridade superior a 12 anos (77,8%). Os resultados salientam, também, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (88,9%).

No sentido de averiguar a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre os indivíduos com e sem PC, ao nível das variáveis sócio-demográficas, realizou-se um *Teste t de Student* para amostras independentes. Os resultados desta análise salientam diferenças, estatisticamente significativas, entre os indivíduos com PC e os indivíduos sem PC, ao nível das variáveis Escolaridade ($t(168) = 5,95, p < 0,05$) e NSE ($t(149,02) = 2,61, p < 0,05$); sugerindo que os indivíduos com

PC possuem uma Escolaridade e um NSE inferiores (respetivamente, $M = 2,00 \pm 0,76$, $M = 0,80 \pm 0,39$) aos indivíduos sem PC (respetivamente, $M = 2,68 \pm 0,64$, $M = 0,95 \pm 0,33$).

Quadro 7: Características gerais dos Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.

		Indivíduos com PC		Indivíduos sem PC	
		N	%	N	%
Nº de sujeitos		107	100	63	100
Sexo	Masculino	64	59,8	11	17,5
	Feminino	43	40,2	52	82,5
Estado Civil		107	100	63	100
Escolaridade	5 a 9 anos	31	29,0	6	9,5
	10 a 12 anos	45	42,1	8	12,7
	Mais de 12 anos	31	29,0	49	77,8
Situação Profissional	Em casa	16	15,0	0	0,0
	Estudante	41	38,3	45	71,4
	Empregado	16	15,0	12	19,0
Situação Profissional	Desempregado	25	23,4	3	4,8
	Voluntário	5	4,7	0	0,0
	Trabalhador-Estudante	2	1,9	3	4,8
	Atleta Profissional	2	1,9	0	0,0
Nível Sócio-Económico	Baixo	21	19,6	5	7,9
	Médio	86	80,4	56	88,9
	Elevado	0	0,0	2	3,2

N: Frequência; %: Percentagem

Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança

No sentido de descrever e comparar a **Satisfação com a Vida**, o **BEP**, a **Auto-Eficácia**, o **Suporte Social** e a **Esperança** nos diferentes grupos, procedeu-se a uma análise descritiva e comparativa.

No quadro 8, visualizam-se as pontuações médias obtidas para a Satisfação com a Vida, BEP, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos indivíduos com e sem PC.

Quadro 8: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.

	Indivíduos com PC		Indivíduos sem PC	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Satisfação com a Vida	6,80	2,43	7,00	1,47
Bem-Estar Psicológico	62,21	12,18	62,33	11,23
Autonomia	8,61	2,86	8,68	2,48
Domínio do Meio	10,00	3,15	8,71	2,56
Crescimento Pessoal	11,62	2,50	11,81	1,89
Relações Positivas com os Outros	10,45	2,93	10,59	2,71
Objetivos na Vida	11,32	3,24	11,70	2,73
Aceitação de Si	10,22	3,38	10,84	2,57
Auto-Eficácia	41,15	10,34	42,67	7,67
Iniciação e Persistência	15,21	4,81	16,57	4,14
Eficácia Perante a Adversidade	14,93	4,37	15,68	3,03
Eficácia Social	11,01	2,75	10,41	2,34
Satisfação com o Suporte Social	40,21	11,10	39,49	9,96
Intimidade	10,55	3,57	11,08	3,58
Satisfação com a família	9,77	2,82	8,79	2,49
Satisfação com os amigos	14,23	4,66	13,70	3,80
Atividades Sociais	5,65	3,36	5,92	2,88
Esperança	16,07	4,02	16,08	2,90
Iniciativa	7,87	2,48	8,02	1,56
Caminhos	8,21	2,01	8,06	1,70

M: Média; *DP*: Desvio Padrão

Os resultados, presentes neste quadro, mostram que se obtiveram, para os indivíduos com PC, valores moderados para a Satisfação com a Vida; moderados para o BEP, Autonomia, Domínio do Meio, Relações Positivas com os Outros e Aceitação de Si; e elevados para o Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida; moderados para a Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência, Eficácia Perante a Adversidade e Eficácia Social;

moderados para a Satisfação com o Suporte Social, Intimidade, Satisfação com os amigos, elevados para a Satisfação com a família, e baixos para as Atividades Sociais; moderados para a Esperança, Iniciativa e Caminhos.

Para os indivíduos sem PC, obtiveram-se valores moderados para a Satisfação com a Vida; moderados para o BEP, Autonomia, Domínio do Meio, Relações Positivas com os Outros e Aceitação de Si, e elevados para o Crescimento Pessoal e Objetivos na Vida; moderados para a Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência e Eficácia Social, e elevados para a Eficácia Perante a Adversidade; moderados para a Satisfação com o Suporte Social, Intimidade, Satisfação com a família e Satisfação com os amigos, e baixos para as Atividades Sociais; moderados para a Esperança, Iniciativa e Caminhos.

Os resultados da análise comparativa efetuada salienta diferenças, estatisticamente significativas, entre os Indivíduos com e sem PC, ao nível das variáveis Domínio do Meio ($t(168)= 2,75, p<0,05$) e Satisfação com a Família ($t(168)= 2,26, p<0,05$). Neste sentido, os resultados indicam que os Indivíduos com PC apresentam maior Domínio do Meio ($M=10,00 \pm 3,15$) e Satisfação com a família ($M=9,77 \pm 2,82$) do que os Indivíduos sem PC (respetivamente, $M=8,71 \pm 2,56$ e $M=8,79 \pm 2,49$).

Cuidadores de Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral

O quadro 9 apresenta as características gerais dos Cuidadores de indivíduos com e sem PC.

Os resultados, expostos neste quadro, sugerem que os cuidadores de indivíduos com PC têm idades compreendidas entre os 21 e os 67 anos ($M=50,27 \pm 8,23$ anos). Na sua maioria, são do sexo feminino (81,9%), casados (78,7%), possuem uma Escolaridade situada entre 1 a 4 anos (48,9%) e encontram-se empregados (42,6%). Os resultados salientam, também, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (69,1%).

Os resultados indicam, ainda, que os cuidadores de indivíduos sem PC têm idades compreendidas entre os 36 e os 68 anos ($M=50,60 \pm 6,90$ anos). Na sua maioria, são do sexo feminino (74,6%), casados (92,1%), possuem uma Escolaridade situada entre 5 a 9 anos (34,9%) e encontram-se empregados (63,5%). Os resultados salientam, também, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (79,4%).

No sentido de averiguar a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre os Cuidadores de indivíduos com e sem PC, ao nível das variáveis Sócio-Demográficas, realizou-se um Teste *t* de *Student* para amostras independentes. Os

resultados desta análise não revelam diferenças, estatisticamente significativas, entre os Cuidadores de Indivíduos com e sem PC.

Quadro 9: Características gerais dos Cuidadores de Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.

		Cuidadores de		Cuidadores de	
		Indivíduos com PC		Indivíduos sem PC	
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Nº de sujeitos		94	100	63	100
Sexo	Masculino	17	18,1	16	25,4
	Feminino	77	81,9	47	74,6
Estado Civil	Solteiro	3	3,2	1	1,6
	Casado	74	78,7	58	92,1
	Divorciado	10	10,6	2	3,2
	Viúvo	7	7,4	2	3,2
Escolaridade	1 a 4 anos	46	48,9	19	30,2
	5 a 9 anos	26	27,7	22	34,9
	10 a 12 anos	14	14,9	6	6,5
	Mais de 12 anos	8	8,5	16	25,4
Situação Profissional	Em casa	26	27,7	12	19,0
	Empregado	40	42,6	40	63,5
Situação Profissional	Desempregado	11	11,7	4	6,3
	Reformado	17	18,1	7	11,1
Nível Sócio-Económico	Baixo	29	30,9	17,5	17,5
	Médio	65	69,1	79,4	79,4
	Elevado	0,0	0,0	3,2	3,2

N: Frequência; %: Percentagem

Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos Cuidadores

No sentido de descrever e comparar a **Satisfação com a Vida**, o **BEP**, e a **Sobrecarga** nos diferentes grupos de cuidadores, procedeu-se a uma análise descritiva e comparativa.

No quadro 10, visualizam-se as pontuações médias obtidas para a Satisfação com a Vida, BEP e Sobrecarga dos Cuidadores de indivíduos com e sem PC.

Quadro 10: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga de Cuidadores de indivíduos com e sem Paralisia Cerebral.

	Cuidadores de Indivíduos com PC		Cuidadores de Indivíduos sem PC	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Satisfação com a Vida	6,98	2,25	7,19	1,59
Bem-Estar Psicológico	63,73	12,56	62,21	12,62
Autonomia	10,53	3,11	10,25	3,19
Domínio do Meio	10,02	2,77	9,41	2,94
Crescimento Pessoal	11,32	2,72	10,92	2,72
Relações Positivas com os Outros	10,06	3,09	9,27	2,99
Objetivos na Vida	11,02	3,45	11,49	2,73
Aceitação de Si	10,78	3,28	10,86	2,65
Sobrecarga do Cuidador	21,23	13,93	20,39	14,65
Sobrecarga emocional	2,72	2,87	2,76	2,41
Implicações na vida pessoal	7,52	7,04	4,52	5,50
Sobrecarga financeira	1,84	2,29	1,66	1,90
Reações a exigências	3,19	3,32	2,80	3,08
Mecanismo de eficácia e de controlo	1,95	3,10	2,95	3,08
Suporte familiar	1,85	2,33	2,57	2,34
Satisfação com o papel e com o familiar	2,16	3,45	3,11	4,06

M: Média; *DP*: Desvio Padrão

Os resultados, presentes neste quadro, mostram que se obtiveram, para os Cuidadores de Indivíduos com PC, valores moderados para a Satisfação com a Vida; moderados para o BEP, Autonomia, Domínio do Meio, Relações Positivas com os Outros, Objetivos na Vida e Aceitação de Si, e elevados para o Crescimento Pessoal; muito baixos para a Sobrecarga do Cuidador, Sobrecarga emocional, Implicações na vida pessoal, Sobrecarga financeira, Reações a exigências, Mecanismos de eficácia e de controlo, Suporte familiar e Satisfação com o papel e com o familiar.

Para os Cuidadores de Indivíduos sem PC, obtiveram-se valores moderados para a Satisfação com a Vida; moderados para o BEP, Autonomia, Domínio do Meio,

Crescimento Pessoal, Relações Positivas com os Outros e Aceitação de Si, e elevados para os Objetivos na Vida; muito baixos para a Sobrecarga do Cuidador, Sobrecarga emocional, Implicações na vida pessoal, Sobrecarga financeira, Reações a exigências, Mecanismos de eficácia e de controlo e Satisfação com o papel e com o familiar, e baixos para o Suporte familiar.

Os resultados da análise comparativa efetuada salientam diferenças, estatisticamente significativas, entre os Cuidadores de indivíduos com e sem PC, ao nível das variáveis Implicações na Vida Pessoal ($t(151,2)= 2,98, p<0,05$) e Mecanismos de Eficácia e de Controlo ($t(155)= 1,99, p<0,05$). Neste sentido, os resultados indicam que os Cuidadores de indivíduos com PC apresentam mais Implicações na Vida Pessoal ($M=7,52 \pm 7,04$) e menos Mecanismos de Eficácia e de Controlo ($M=1,95 \pm 3,10$) do que os Cuidadores de indivíduos sem PC (respetivamente, $M=4,52 \pm 5,50, M=2,95 \pm 3,08$).

2. Análise Correlacional

No sentido de compreender a associação entre as variáveis Idade, Escolaridade, Satisfação com a Vida, BEP, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos filhos, e as variáveis Idade, Escolaridade, Satisfação com a Vida, BEP e Sobrecarga dos cuidadores; realizaram-se análises correlacionais⁵.

Desta forma, para os **Indivíduos com PC** ($N=107$), os resultados salientam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade, o BEP, $r = 0,27, p<0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,21, p<0,05$, e a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,24, p<0,05$.
- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,52, p<0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,44, p<0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,40, p<0,01$, e a Esperança, $r = 0,43, p<0,01$.
- o BEP, a Auto-Eficácia, $r = 0,67, p<0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,45, p<0,01$, e a Esperança, $r = 0,44, p<0,01$.
- a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,41, p<0,01$, e a Esperança, $r = 0,64, p<0,01$.
- a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança, $r = 0,25, p<0,01$.

⁵ Apenas serão consideradas as correlações entre as variáveis principais, não sendo comentadas as correlações entre as dimensões de cada variável.

Para os **Cuidadores de indivíduos com PC** ($N=94$), os resultados sugerem a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade e o BEP, $r = 0,28, p < 0,01$.
- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,49, p < 0,01$, e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,35, p < 0,01$.
- o BEP e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,44, p < 0,01$.

Relativamente aos **Indivíduos com PC e respectivos Cuidadores** ($N=94$), os resultados revelam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade dos filhos, a Satisfação com a Vida, $r = 0,26, p < 0,05$, o BEP, $r = 0,25, p < 0,05$, e a Sobrecarga, $r = -0,21, p < 0,05$, dos cuidadores.
- a Satisfação com a Vida dos filhos e a Satisfação com a Vida dos cuidadores, $r = 0,29, p < 0,01$.
- o BEP dos filhos e o BEP dos cuidadores, $r = 0,21, p < 0,05$.
- a Auto-Eficácia dos filhos e o BEP dos cuidadores, $r = 0,23, p < 0,05$.
- a Esperança dos filhos e o BEP dos cuidadores, $r = 0,24, p < 0,05$.

No que concerne aos **Indivíduos sem PC** ($N=63$), os resultados salientam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Idade e a Auto-Eficácia, $r = 0,28, p < 0,05$.
- a Escolaridade e a Satisfação com a Vida, $r = 0,40, p < 0,01$.
- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,52, p < 0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,35, p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,36, p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,37, p < 0,01$.
- o BEP, a Auto-Eficácia, $r = 0,78, p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,70, p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,58, p < 0,01$.
- a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,54, p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,59, p < 0,01$.
- a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança, $r = 0,38, p < 0,01$.

Para os **Cuidadores de indivíduos sem PC** ($N=63$), os resultados sugerem a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,48, p < 0,01$, e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,27, p < 0,05$.

- o BEP e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,45, p < 0,01$.

Relativamente aos **Indivíduos sem PC e respectivos Cuidadores** ($N=63$), os resultados revelam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Satisfação com a Vida dos filhos, a Satisfação com a Vida, $r = 0,34, p < 0,01$, o BEP, $r = 0,30, p < 0,05$, e a Sobrecarga, $r = -0,42, p < 0,01$, dos cuidadores.

- o BEP dos filhos, a Satisfação com a Vida, $r = 0,30, p < 0,05$, o BEP, $r = 0,38, p < 0,01$, e a Sobrecarga, $r = -0,45, p < 0,01$, dos cuidadores.

- a Auto-Eficácia dos filhos, o BEP, $r = 0,29, p < 0,05$, e a Sobrecarga, $r = -0,27, p < 0,05$, dos cuidadores.

- a Satisfação com o Suporte Social dos filhos, a Satisfação com a Vida, $r = 0,26, p < 0,05$, o BEP, $r = 0,40, p < 0,01$, e a Sobrecarga, $r = -0,40, p < 0,01$, dos cuidadores.

SECÇÃO 3

GRUPO DE INTERVENÇÃO E GRUPO DE COMPARAÇÃO (FASES 1 – 4)

Nesta secção, serão expostos os resultados relativos a todas as fases do projeto, no que se refere à análise descritiva e comparativa efetuada para os Grupos de Intervenção e de Comparação, tanto para indivíduos com PC, como para os cuidadores. Serão, também, explorados os resultados relativos à análise correlacional efetuada para todas as fases.

1. Análise Descritiva e Comparativa

Nesta parte expõem-se os resultados relativos à análise descritiva e comparativa efetuada para os Grupos de Intervenção e de Comparação, tanto para indivíduos com PC, como para os cuidadores.

Indivíduos do Grupo de Intervenção e do Grupo de Comparação

O quadro 11 apresenta as características gerais dos Indivíduos do GI.

Os resultados, expostos neste quadro, sugerem que, nas **Fases 1 e 2**, os indivíduos do **GI** ($N=42$) têm idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos ($M=24,24 \pm 4,94$ anos), sendo na sua maioria do sexo masculino (61,9%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, os resultados indicam que estes indivíduos, na sua maioria, são estudantes (33,3%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (35,7%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (81,0%). Relativamente ao Quadro Clínico, a maioria apresenta uma PC Espástica (78,6%). Nas **Fases 3 e 4**, os resultados indicam que os indivíduos do **GI** ($N=41$) têm idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos ($M=24,27 \pm 5,00$ anos), sendo na sua maioria do sexo masculino (61,0%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, os resultados indicam que estes indivíduos, na sua maioria, são estudantes (34,1%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (36,6%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (82,9%). Relativamente ao Quadro Clínico, a maioria apresenta uma PC Espástica (78,0%).

Quadro 11: Características gerais dos Indivíduos do Grupo de Intervenção.

Grupo de Intervenção		Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Nº de sujeitos		42	100	42	100	41	100,0	41	100,0
Sexo	Masculino	26	61,9	26	61,9	25	61,0	25	61,0
	Feminino	16	38,1	16	38,1	16	39,0	16	39,0
Estado Civil	Solteiro	42	100	42	100	41	100,0	41	100,0
Escolaridade	5 a 9 anos	13	31,0	13	31,0	13	31,7	13	31,7
	10 a 12 anos	15	35,7	15	35,7	15	36,6	15	36,6
	Mais de 12 anos	14	33,3	14	33,3	13	31,7	13	31,7
Situação Profissional	Em casa	10	23,8	10	23,8	10	24,4	10	24,4
	Estudante	14	33,3	14	33,3	14	34,1	14	34,1
	Empregado	6	14,3	6	14,3	5	12,2	5	12,2
	Desempregado	7	16,7	7	16,7	7	17,1	7	17,1
	Voluntário	3	7,1	3	7,1	3	7,3	3	7,3
	Trabalhador-Estudante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Atleta Profissional	2	4,8	2	4,8	2	4,9	2	4,9
Nível Sócio-Económico	Baixo	8	19,0	8	19,0	7	17,1	7	17,1
	Médio	34	81,0	34	81,0	34	82,9	34	82,9
Quadro Clínico	PC Espástica	33	78,6	33	78,6	32	78,0	32	78,0
	PC Disquinética	2	4,8	2	4,8	2	4,9	2	4,9
	PC Atáxica	5	11,9	5	11,9	5	12,2	5	12,2
	PC Mista	2	4,8	2	4,8	2	4,9	2	4,9

N: Frequência; %: Percentagem

Por sua vez, o quadro 12 apresenta as características gerais dos Indivíduos do GC.

Os resultados, expostos neste quadro, sugerem que, na **Fase 1**, os indivíduos do GC ($N=65$) têm idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos ($M=22,80 \pm 5,01$ anos), sendo na sua maioria do sexo masculino (58,5%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, os resultados indicam que estes indivíduos, na sua maioria, são estudantes (41,5%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (46,2%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (80,0%). Relativamente ao Quadro Clínico, a

maioria apresenta uma PC Espástica (78,5%). Na **Fase 2**, os resultados indicam que os indivíduos do **GC** ($N=47$) têm idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos ($M=22,26 \pm 4,89$ anos), sendo na sua maioria do sexo masculino (57,4%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, os resultados indicam que estes indivíduos, na sua maioria, são estudantes (51,1%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (48,9%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (80,9%). Relativamente ao Quadro Clínico, a maioria apresenta uma PC Espástica (74,5%).

Quadro 12: Características gerais dos Indivíduos do Grupo de Comparação.

Grupo de Comparação			Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Nº de sujeitos			65	100	47	100,0	42	100,0	39	100,0
Sexo	Masculino		38	58,5	27	57,4	25	59,5	24	61,5
	Feminino		27	41,5	20	42,6	17	40,5	15	38,5
Estado Civil	Solteiro		65	100	47	100,0	42	100,0	39	100,0
Escolaridade	5 a 9 anos		18	27,7	10	21,3	9	21,4	9	23,1
	10 a 12 anos		30	46,2	23	48,9	21	50,0	20	51,3
	Mais de 12 anos		17	26,2	14	29,8	12	28,6	10	25,6
Situação Profissional	Em casa		6	9,2	2	4,3	2	4,8	2	5,1
	Estudante		27	41,5	24	51,1	23	54,8	22	56,4
	Empregado		10	15,4	6	12,8	5	11,9	5	12,8
	Desempregado		18	27,7	11	23,4	8	19,0	7	17,9
	Voluntário		2	3,1	2	4,3	2	4,8	2	5,1
	Trabalhador-Estudante		2	3,1	2	4,3	2	4,8	1	2,6
	Atleta Profissional		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nível Sócio-Económico	Baixo		13	20,0	9	19,1	8	19,0	8	20,5
	Médio		52	80,0	38	80,9	34	81,0	31	79,5
Quadro Clínico	PC Espástica		51	78,5	35	74,5	30	71,4	28	71,8
	PC Disquinética		7	10,8	6	12,8	6	14,3	5	12,8
	PC Atáxica		6	9,2	5	10,6	5	11,9	5	12,8
	PC Mista		1	1,5	1	2,1	1	2,4	1	2,6

N: Frequência; %: Percentagem

Na **Fase 3**, os resultados sugerem que os indivíduos do **GC** ($N=42$) têm idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos ($M=22,38 \pm 5,10$ anos), sendo na sua maioria do sexo masculino (59,5%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, os resultados indicam que estes indivíduos, na sua maioria, são estudantes (54,8%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (50,0%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (81,0%). Relativamente ao Quadro Clínico, a maioria apresenta uma PC Espástica (71,4%). Na **Fase 4**, os resultados sugerem que os indivíduos do **GC** ($N=39$) têm idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos ($M=22,38 \pm 5,26$ anos), sendo na sua maioria do sexo masculino (61,5%), todos solteiros (100%). No que concerne à sua Situação Profissional e Escolaridade, os resultados indicam que estes indivíduos, na sua maioria, são estudantes (56,4%) e possuem uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos (51,3%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (79,5%). Relativamente ao Quadro Clínico, a maioria apresenta uma PC Espástica (71,8%).

No sentido de averiguar a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre os indivíduos do GI e do GC, ao nível das variáveis Sócio-Demográficas, nas 4 fases de avaliação, realizou-se um *Teste t de Student* para amostras independentes. Os resultados desta análise não salientam diferenças, estatisticamente significativas, entre os indivíduos do GI e do GC, ao nível das variáveis Sócio-Demográficas, em nenhum dos momentos.

Funcionalidade

No quadro 13, visualizam-se as pontuações médias obtidas para a Funcionalidade para ABVD (IB) e AIVD (FAI), respetivamente, dos indivíduos do GI e do GC, em todas as fases; e, no quadro 14, apresenta-se, respetivamente, uma caracterização dos indivíduos do GI e do GC, de acordo com a sua Funcionalidade para ABVD, em todas as fases.

Os resultados, expostos nestes quadros, salientam que, em todas as fases, os indivíduos do GI, possuíam elevada funcionalidade para ABVD, sendo, na sua maioria, *Independentes*. Possuíam, também, funcionalidade moderada para AIVD, Tarefas Domésticas e Atividades Desenvolvidas fora de casa, e funcionalidade elevada para o Trabalho e Diversão. Por sua vez, os indivíduos do GC, em todas as fases, possuíam elevada funcionalidade para ABVD e AIVD, sendo, na sua maioria, *Independentes*.

Possuíam, ainda, elevada funcionalidade para Tarefas Domésticas, Trabalho e Diversão e Atividades Desenvolvidas fora de casa.

Quadro 13: Funcionalidade para Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária dos Indivíduos do Grupo de Intervenção e de Comparação.

		Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Grupo de Intervenção	Índice de Barthel	17,21	5,73	17,21	5,73	17,12	5,77	17,12	5,77
	Frenchay Activities Index	47,38	10,79	47,38	10,79	47,27	10,90	47,27	10,90
	Tarefas domésticas	14,36	5,36	14,36	5,36	14,29	5,41	14,29	5,41
	Trabalho e diversão	13,81	1,61	13,81	1,61	13,78	1,62	13,78	1,62
	Atividades desenvolvidas fora de casa	19,21	4,91	19,21	4,91	19,20	4,97	19,20	4,97
Grupo de Comparação	Índice de Barthel	18,91	3,83	19,57	2,81	19,45	2,94	19,36	3,04
	Frenchay Activities Index	50,46	8,86	51,57	7,60	51,43	7,53	51,05	7,64
	Tarefas domésticas	16,00	3,84	16,60	3,23	16,45	3,31	16,28	3,36
	Trabalho e diversão	14,08	1,79	14,23	1,78	14,24	1,73	14,21	1,76
	Atividades desenvolvidas fora de casa	20,38	4,20	20,74	3,66	20,74	3,61	20,56	3,69

M: Média; *DP*: Desvio Padrão

Os resultados da análise comparativa efetuada salientam diferenças, entre os indivíduos do GI e do GC, ao nível da Funcionalidade, nas fases 2, 3 e 4. Desta forma, nas Fases 2 e 3, os indivíduos do GI apresentam menor funcionalidade para ABVD (IB), AIVD (FAI) e Tarefas domésticas do que os indivíduos do GC; e na Fase 4, os indivíduos do GI apresentam menor funcionalidade para ABVD (IB) do que os indivíduos do GC.

Quadro 14: Caracterização dos Indivíduos do Grupo de Intervenção e de Comparação de acordo com a Funcionalidade para Atividades Básicas da Vida Diária.

	Índice de <i>Barthel</i>	Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Grupo de Intervenção	Totalmente Incapacitado	7	16,7	7	16,7	7	17,1	7	17,1
	Incapacidade Grave	2	4,8	2	4,8	2	4,9	2	4,9
	Incapacidade Moderada	7	16,7	7	16,7	7	17,1	7	17,1
	Independente	26	61,9	26	61,9	25	61,0	25	61,0
Grupo de Comparação	Totalmente Incapacitado	3	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Incapacidade Grave	3	4,6	2	4,3	2	4,8	2	5,1
	Incapacidade Moderada	13	20,0	9	19,1	9	21,4	9	23,1
	Independente	46	70,8	36	76,6	31	73,8	28	71,8

N: Frequência; %: Percentagem

Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança

No sentido de descrever e comparar a **Satisfação com a Vida**, o **BEP**, a **Auto-Eficácia**, o **Suporte Social** e a **Esperança** nos diferentes grupos, procedeu-se a uma análise descritiva e comparativa.

No quadro 15, visualizam-se as pontuações médias obtidas para a Satisfação com a Vida, BEP, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos indivíduos do GI, em todas as fases. Os resultados, presentes neste quadro, mostram que, para os indivíduos do GI, a Satisfação com a Vida apresentou valores moderados em todas as fases. O BEP e a Aceitação de Si apresentaram valores moderados nas fases 1, 2 e 3, e elevados na fase 4. A Autonomia, o Domínio do Meio e as Relações Positivas com os Outros apresentaram valores moderados em todas as fases; e o Crescimento Pessoal apresentou valores elevados em todas as fases. Os Objetivos na Vida apresentaram valores moderados na fase 1, e elevados nas fases 2, 3 e 4. A Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência e Eficácia Social apresentaram valores moderados em todas as fases. A Eficácia Perante a Adversidade apresentou valores moderados na fase 1, e elevados nas fases 2, 3 e 4. A Satisfação com o Suporte Social, Intimidade e Satisfação com os amigos apresentaram valores moderados em todas as fases. A Satisfação com a família apresentou valores elevados em todas as fases. As Atividades Sociais apresentaram

valores baixos nas fases 1, 2 e 4, e moderados na fase 3. A Esperança e suas dimensões apresentaram valores moderados em todas as fases.

Quadro 15: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos Indivíduos do Grupo de Intervenção.

Grupo de Intervenção	Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Satisfação com a Vida	6,57	2,40	6,90	2,18	7,22	1,85	7,39	1,74
Bem-Estar Psicológico	61,26	11,93	64,79	11,39	65,27	11,54	67,61	11,59
Autonomia	9,00	2,46	9,45	2,98	9,56	3,17	9,90	3,16
Domínio do Meio	10,05	3,37	10,38	2,87	10,68	2,82	10,51	3,01
Crescimento Pessoal	11,40	2,45	12,24	1,87	12,10	2,46	12,90	2,07
Relações Positivas com os Outros	10,10	3,37	10,62	2,98	10,66	3,22	10,56	3,79
Objetivos na Vida	10,93	3,41	11,36	3,43	11,44	3,20	12,24	2,57
Aceitação de Si	9,79	3,77	10,74	3,17	10,83	3,23	11,49	2,60
Auto-Eficácia	38,98	11,55	41,62	11,10	42,17	10,23	43,02	10,79
Iniciação e Persistência	14,40	5,30	15,50	4,88	16,39	4,12	16,59	4,58
Eficácia Perante a Adversidade	14,52	5,08	15,12	5,08	15,49	4,51	16,12	4,21
Eficácia Social	10,05	2,61	11,00	2,82	10,29	3,21	10,32	3,44
Satisfação com o Suporte Social	38,90	12,33	39,93	10,92	41,83	10,77	41,00	12,38
Intimidade	10,10	3,96	10,74	3,60	11,24	3,52	11,05	4,21
Satisfação com a família	9,93	2,74	9,33	3,15	9,46	2,89	9,98	2,78
Satisfação com os amigos	13,83	5,09	14,31	4,49	14,59	4,33	14,15	4,67
Atividades sociais	5,05	3,50	5,55	3,51	6,54	3,57	5,83	3,73
Esperança	15,12	4,85	16,93	4,32	15,80	4,08	17,44	4,25
Iniciativa	7,29	3,09	8,62	2,72	7,73	2,42	8,59	2,38
Caminhos	7,83	2,23	8,31	2,01	8,07	2,12	8,85	2,34

M: Média; *DP*: Desvio Padrão

No quadro 16, visualizam-se as pontuações médias obtidas para a Satisfação com a Vida, BEP, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos indivíduos do GC, em todas as fases.

Quadro 16: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos Indivíduos do Grupo de Comparação.

Grupo de Comparação	Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Satisfação com a Vida	6,95	2,45	6,62	2,10	7,21	1,84	6,92	1,92
Bem-Estar Psicológico	62,83	12,39	65,30	13,07	66,55	12,90	66,90	12,76
Autonomia	8,35	3,08	8,96	2,77	9,38	2,74	9,28	3,13
Domínio do Meio	9,97	3,03	10,21	3,03	10,21	3,15	10,46	2,76
Crescimento Pessoal	11,75	2,55	12,21	2,18	12,14	1,99	12,54	2,01
Relações Positivas com os Outros	10,68	2,61	10,96	3,14	11,21	3,33	11,51	3,35
Objetivos na Vida	11,57	3,12	11,79	3,12	11,86	2,91	11,69	3,16
Aceitação de Si	10,51	3,10	11,17	2,60	11,74	2,28	11,41	2,51
Auto-Eficácia	42,55	9,31	43,38	9,28	43,62	9,13	45,05	8,57
Iniciação e Persistência	15,72	4,43	16,57	4,58	16,71	4,60	17,51	4,04
Eficácia Perante a Adversidade	15,20	3,87	15,74	3,47	15,40	3,70	16,54	3,42
Eficácia Social	11,63	2,69	11,06	2,77	11,50	2,63	11,00	2,77
Satisfação com o Suporte Social	41,05	10,24	42,23	9,74	42,36	9,28	42,28	11,72
Intimidade	10,85	3,29	11,17	3,08	10,95	3,32	11,13	3,47
Satisfação com a família	9,66	2,89	10,21	1,99	9,55	2,36	9,56	2,82
Satisfação com os amigos	14,49	4,38	13,94	4,63	14,93	3,92	14,77	4,66
Atividades sociais	6,05	3,24	6,91	2,88	6,93	2,86	6,82	3,24
Esperança	16,69	3,26	16,91	3,05	17,43	3,38	17,08	3,56
Iniciativa	8,25	1,93	8,47	1,82	8,88	1,91	8,56	1,70
Caminhos	8,45	1,84	8,45	1,70	8,55	2,06	8,51	2,29

M: Média; *DP*: Desvio Padrão

Os resultados, expostos neste quadro, sugerem que, para os indivíduos do GC, a Satisfação com a Vida apresentou valores moderados em todas as fases. O BEP, a Autonomia e o Domínio do Meio apresentaram valores moderados em todas as fases. O Crescimento Pessoal e os Objetivos na Vida apresentaram valores elevados em todas as fases. As Relações Positivas com os Outros apresentaram valores moderados nas fases 1, 2 e 3, e elevados na fase 4. A Aceitação de Si apresentou valores moderados nas fases 1 e 2, e elevados nas fases 3 e 4. A Auto-Eficácia apresentou valores moderados nas fases 1, 2 e 3, e elevados na fase 4. A Iniciação e Persistência e a Eficácia Social apresentaram valores moderados em todas as fases; e a Eficácia Perante a Adversidade apresentou valores elevados em todas as fases. A Satisfação com o Suporte Social, Intimidade, Satisfação com os amigos e Atividades Sociais apresentaram valores moderados em todas as fases; e a Satisfação com a família apresentou valores elevados em todas as fases. A Esperança e suas dimensões apresentaram valores moderados em todas as fases.

Para os indivíduos com PC, os resultados da análise comparativa efetuada salientam um efeito do tempo nas variáveis BEP, $F(3,234) = 6,00, p < 0,05$, Crescimento Pessoal, $F(3,234) = 4,57, p < 0,05$, Aceitação de Si, $F(3,234) = 10,48, p < 0,05$, Iniciação e Persistência $F(3,234) = 5,61, p < 0,05$, Atividades Sociais $F(3,234) = 3,73, p < 0,05$, Esperança, $F(3,234) = 4,21, p < 0,05$, e Iniciativa, $F(3,234) = 3,45, p < 0,05$. Esta análise sugere, também, um efeito de interação nas variáveis Auto-Eficácia, $F(3,234) = 2,77, p < 0,05$, Eficácia Social, $F(3,234) = 6,38, p < 0,05$, Esperança, $F(3,234) = 4,19, p < 0,05$, e Iniciativa, $F(3,234) = 4,24, p < 0,05$.

Os resultados, obtidos através dos testes *T de Student* para amostras emparelhadas, salientam que, para os indivíduos do **GI**, se verificam diferenças, estatisticamente significativas, ao longo do tempo, nas variáveis:

- BEP, sugerindo que o BEP no T1 ($M = 61,26 \pm 11,93$) era inferior ao do T3 ($M = 65,27 \pm 11,54$) ($t(40) = -2,56, p < 0,05$) e T4 ($M = 67,61 \pm 11,59$) ($t(40) = -3,68, p < 0,05$).

- Crescimento Pessoal, sugerindo que o Crescimento Pessoal no T4 ($M = 12,90 \pm 2,07$) era superior do T1 ($M = 11,40 \pm 2,45$) ($t(40) = 3,51, p < 0,05$), T2 ($M = 12,24 \pm 1,87$) ($t(40) = 2,55, p < 0,05$) e T3 ($M = 12,10 \pm 2,46$) ($t(40) = 2,21, p < 0,05$).

- Aceitação de Si, sugerindo que a Aceitação de Si no T1 ($M = 9,79 \pm 3,77$) era inferior à do T2 ($M = 10,74 \pm 3,17$) ($t(40) = -2,12, p < 0,05$), T3 ($M = 10,83 \pm 3,23$) ($t(40) = -2,21, p < 0,05$) e T4 ($M = 11,49 \pm 2,60$) ($t(40) = -4,07, p < 0,05$); e que a Aceitação

de Si no T4 ($M= 11,49 \pm 2,60$) era superior à do T2 ($M= 10,74 \pm 3,17$) ($t(40) = 2,79$, $p<0,05$) e T3 ($M= 10,83 \pm 3,23$) ($t(40) = 2,18$, $p<0,05$).

- Auto-Eficácia, sugerindo que a Auto-Eficácia no T1 ($M= 38,98 \pm 11,55$) era inferior à do T3 ($M= 42,17 \pm 10,23$) ($t(40) = -2,66$, $p<0,05$) e T4 ($M= 43,02 \pm 10,79$) ($t(40) = -2,63$, $p<0,05$).

- Iniciação e Persistência, sugerindo que a Iniciação e Persistência no T1 ($M= 14,40 \pm 5,30$) era inferior à do T3 ($M= 16,39 \pm 4,12$) ($t(40) = -3,04$, $p<0,05$) e T4 ($M= 16,59 \pm 4,58$) ($t(40) = -2,96$, $p<0,05$).

- Atividades sociais, sugerindo que a satisfação com as Atividades sociais no T3 ($M= 6,54 \pm 3,57$) era superior à do T1 ($M= 5,05 \pm 3,50$) ($t(40) = 3,02$, $p<0,05$) e T2 ($M= 5,55 \pm 3,51$) ($t(40) = 2,54$, $p<0,05$).

- Esperança, sugerindo que a Esperança no T1 ($M= 15,12 \pm 4,85$) era inferior à do T2 ($M= 16,93 \pm 4,32$) ($t(40) = -3,45$, $p<0,05$) e T4 ($M= 17,44 \pm 4,25$) ($t(40) = -3,56$, $p<0,05$); e que a Esperança no T3 ($M= 15,80 \pm 4,08$) era inferior à do T4 ($M= 17,44 \pm 4,25$) ($t(40) = -3,10$, $p<0,05$).

- Iniciativa, sugerindo que a Iniciativa no T1 ($M= 7,29 \pm 3,09$) era inferior à do T2 ($M= 8,62 \pm 2,72$) ($t(40) = -3,38$, $p<0,05$) e T4 ($M= 8,59 \pm 2,38$) ($t(40) = -3,19$, $p<0,05$); a Iniciativa no T2 ($M= 8,62 \pm 2,72$) era superior à do T3 ($M= 7,73 \pm 2,42$) ($t(40) = 2,51$, $p<0,05$); e que a Iniciativa no T3 ($M= 7,73 \pm 2,42$) era inferior à do T4 ($M= 8,59 \pm 2,38$) ($t(40) = -3,09$, $p<0,05$).

Por sua vez, para o **GC**, os resultados indicam diferenças, estatisticamente significativas, ao longo do tempo, nas variáveis:

- Aceitação de Si, sugerindo que a Aceitação de Si no T1 ($M= 10,51 \pm 3,10$) era inferior à do T2 ($M= 11,17 \pm 2,60$) ($t(38) = -2,47$, $p<0,05$), T3 ($M= 11,74 \pm 2,28$) ($t(38) = -3,32$, $p<0,05$) e T4 ($M= 11,41 \pm 2,51$) ($t(38) = -2,32$, $p<0,05$).

- Eficácia Social, sugerindo que a Eficácia Social no T1 ($M= 11,63 \pm 2,69$) era superior à do T4 ($M= 11,00 \pm 2,77$) ($t(38) = 2,59$, $p<0,05$).

Os resultados, obtidos através dos testes *t de Student* para amostras independentes, salientam diferenças, estatisticamente significativas, entre os indivíduos do **GI** e do **GC**, nas diferentes fases de avaliação. Desta forma:

- na Fase 1, verificam-se diferenças ao nível da variável Eficácia Social ($t(105)= 3,00$, $p<0,05$), no sentido em que o GI apresenta menor Eficácia Social ($M=10,05 \pm 2,61$) do que o GC ($M=11,63 \pm 2,69$).

- na Fase 2, verificam-se diferenças ao nível da variável Atividades Sociais ($t(87)= 2,01, p<0,05$), indicando que o GI apresenta menor satisfação com as Atividades Sociais ($M=5,55 \pm 3,51$) do que o GC ($M=6,91 \pm 2,88$).

- na Fase 3, verificam-se diferenças ao nível da variável Iniciativa ($t(81)= 2,39, p<0,05$), no sentido em que o GI apresenta menor Iniciativa ($M=7,73 \pm 2,42$) do que o GC (respetivamente, $M=8,88 \pm 1,91$).

- na Fase 4, não se verificam diferenças, estatisticamente significativas, entre os indivíduos do GI e do GC.

Cuidadores do Grupo de Intervenção e do Grupo de Comparação

O quadro 17 apresenta as características gerais dos Cuidadores do GI, em todas as fases.

Quadro 17: Características gerais dos Cuidadores do Grupo de Intervenção.

Grupo de Intervenção		Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Nº de sujeitos		26	100	26	100	26	100	26	100
Sexo	Masculino	3	11,5	3	11,5	3	11,5	3	11,5
	Feminino	23	88,5	23	88,5	23	88,5	23	88,5
Estado Civil	Solteiro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Casado	22	84,6	22	84,6	22	84,6	22	84,6
	Divorciado	2	7,7	2	7,7	2	7,7	2	7,7
	Viúvo	2	7,7	2	7,7	2	7,7	2	7,7
Escolaridade	1 a 4 anos	13	50,0	13	50,0	13	50,0	13	50,0
	5 a 9 anos	8	30,8	8	30,8	8	30,8	8	30,8
	10 a 12 anos	3	11,5	3	11,5	3	11,5	3	11,5
	Mais de 12 anos	2	7,7	2	7,7	2	7,7	2	7,7
Situação Profissional	Em casa	10	38,5	10	38,5	10	38,5	10	38,5
	Empregado	9	34,6	9	34,6	9	34,6	9	34,6
Situação Profissional	Desempregado	1	3,8	1	3,8	1	3,8	1	3,8
	Reformado	6	23,1	6	23,1	6	23,1	6	23,1
Nível Sócio-Económico	Baixo	7	26,9	7	26,9	7	26,9	7	26,9
	Médio	19	73,1	19	73,1	19	73,1	19	73,1

N: Frequência; %: Percentagem

Os resultados, expostos neste quadro, sugerem que, em todas as fases, os cuidadores do **GI** ($N=26$) têm idades compreendidas entre os 40 e os 66 anos ($M=50,81 \pm 7,82$ anos). Na sua maioria, são do sexo feminino (88,5%), casados (84,6%), possuem uma Escolaridade situada entre 1 a 4 anos (50,0%) e encontram-se em casa (38,5%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (73,1%).

Por sua vez, o quadro 18 apresenta as características gerais dos Cuidadores do **GC**, em todas as fases.

Quadro 18: Características gerais dos Cuidadores do Grupo de Comparação.

Grupo de Comparação		Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Nº de sujeitos		68	100	52	100,0	49	100,0	45	100,0
Sexo	Masculino	14	20,6	12	23,1	12	24,5	10	22,2
	Feminino	54	79,4	40	76,9	37	75,5	35	77,8
Estado Civil	Solteiro	3	4,4	2	3,8	2	4,1	2	4,4
	Casado	52	76,5	40	76,9	39	79,6	36	80,0
	Divorciado	8	11,8	6	11,5	4	8,2	3	6,7
	Viúvo	5	7,4	4	7,7	4	8,2	4	8,9
Escolaridade	1 a 4 anos	33	48,5	27	51,9	26	53,1	24	53,3
	5 a 9 anos	18	26,5	13	25,0	11	22,4	10	22,2
	10 a 12 anos	11	16,2	8	15,4	8	16,3	8	17,8
	Mais de 12 anos	6	8,8	4	7,7	4	8,2	3	6,7
Situação Profissional	Em casa	16	23,5	13	25,0	11	22,4	10	22,2
	Empregado	31	45,6	23	44,2	22	44,9	19	42,2
Profissional	Desempregado	10	14,7	8	15,4	8	16,3	8	17,8
	Reformado	11	16,2	8	15,4	8	16,3	8	17,8
Nível Sócio-Económico	Baixo	22	32,4	16	30,8	14	28,6	13	28,9
	Médio	46	67,6	36	69,2	35	71,4	32	71,1

N: Frequência; %: Percentagem

Os resultados, presentes neste quadro, indicam que, na **Fase 1**, os cuidadores do **GC** ($N=68$) têm idades compreendidas entre os 21 e os 67 anos ($M=50,06 \pm 8,42$ anos). Na sua maioria, são do sexo feminino (79,4%), casados (76,5%), possuem uma

Escolaridade situada entre 1 a 4 anos (48,5%) e encontram-se empregados (45,6%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (67,6%). Na **Fase 2**, os cuidadores do **GC** ($N=52$) têm idades compreendidas entre os 27 e os 67 anos ($M=50,75 \pm 7,82$ anos). Na sua maioria, são do sexo feminino (76,9%), casados (76,9%), possuem uma Escolaridade situada entre 1 a 4 anos (51,9%) e encontram-se empregados (44,2%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (69,2%). Na **Fase 3**, os cuidadores do **GC** ($N=49$) têm idades compreendidas entre os 21 e os 67 anos ($M=50,90 \pm 8,01$ anos). Na sua maioria, são do sexo feminino (75,5%), casados (79,6%), possuem uma Escolaridade situada entre 1 a 4 anos (53,1%) e encontram-se empregados (44,9%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (71,4%). Na **Fase 4**, os cuidadores do **GC** ($N=45$) têm idades compreendidas entre os 27 e os 67 anos ($M=51,20 \pm 8,06$ anos). Na sua maioria, são do sexo feminino (77,8%), casados (80,0%), possuem uma Escolaridade situada entre 1 a 4 anos (53,3%) e encontram-se empregados (42,2%). Os resultados salientam, ainda, que a maioria destes indivíduos considera ter um NSE médio (71,1%).

No sentido de averiguar a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre os Cuidadores do GI e do GC, ao nível das variáveis Sócio-Demográficas, nas 4 fases de avaliação, realizou-se um *Teste t de Student* para amostras independentes. Os resultados desta análise não salientam diferenças, estatisticamente significativas, entre os Cuidadores do GI e do GC, ao nível das variáveis Sócio-Demográficas, em nenhum dos momentos.

Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos Cuidadores

No sentido de descrever e comparar a **Satisfação com a Vida**, o **BEP** e a **Sobrecarga do Cuidador**, nos diferentes grupos, procedeu-se a uma análise descritiva e comparativa.

No quadro 19, visualizam-se as pontuações médias obtidas para a Satisfação com a Vida, BEP e Sobrecarga dos Cuidadores do GI, em todas as fases. Os resultados, presentes neste quadro, mostram que, para os Cuidadores do GI, a Satisfação com a Vida apresentou valores moderados na fase 1, e elevados nas fases 2, 3 e 4. O BEP, a Autonomia, as Relações Positivas com os Outros e a Aceitação de Si apresentaram valores moderados em todas as fases. O Domínio do Meio e os Objetivos na Vida apresentaram valores moderados nas fases 1, 2 e 4, e elevados na fase 3. O Crescimento

Pessoal apresentou valores elevados nas fases 1 e 4, e moderados nas fases 2 e 3. A Sobrecarga do Cuidador, a Sobrecarga emocional, as Implicações na vida pessoal, a Sobrecarga financeira, as Reações a exigências, os Mecanismos de eficácia e de controlo e a Satisfação com o papel e com o familiar apresentaram valores muito baixos em todas as fases; e o Suporte familiar apresentou valores muito baixos nas fases 1, e baixos nas fases 2, 3 e 4.

Quadro 19: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos Cuidadores do Grupo de Intervenção.

Grupo de Intervenção	Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Satisfação com a Vida	7,04	2,34	7,77	1,70	7,77	1,58	7,58	1,70
Bem-Estar Psicológico	62,04	11,70	65,23	10,33	65,27	13,13	62,62	16,58
Autonomia	10,81	2,98	10,88	2,87	10,96	3,11	10,23	4,04
Domínio do Meio	10,08	2,66	10,92	2,49	11,62	2,74	11,23	3,08
Crescimento Pessoal	11,12	2,38	11,81	2,09	11,27	2,30	11,04	2,44
Relações Positivas com os Outros	9,27	2,73	9,31	3,42	9,69	3,54	9,46	3,59
Objetivos na Vida	10,04	3,62	11,08	2,85	11,35	2,93	10,23	3,66
Aceitação de Si	10,73	3,26	11,23	2,79	10,38	3,87	10,42	3,68
Sobrecarga do Cuidador	21,23	12,18	20,23	15,22	18,46	14,20	17,15	11,49
Sobrecarga emocional	2,65	2,82	1,96	2,73	1,92	2,78	1,85	2,62
Implicações na vida pessoal	8,62	6,28	8,46	7,12	7,46	7,11	5,69	5,76
Sobrecarga financeira	1,81	2,20	1,27	2,01	1,19	2,15	1,50	2,10
Reações a exigências	2,81	3,17	3,54	3,83	2,54	3,01	2,92	3,52
Mecanismo de eficácia e de controlo	1,96	3,43	0,88	1,30	1,31	2,57	1,62	2,87
Suporte familiar	1,73	2,29	2,15	2,47	2,35	2,57	2,19	2,68
Satisfação com o papel e com o familiar	1,65	2,41	1,96	3,11	1,69	2,51	1,38	2,00

M: Média; *DP*: Desvio Padrão

No quadro 20, visualizam-se as pontuações médias obtidas para a Satisfação com a Vida, BEP e Sobrecarga dos Cuidadores do GC, em todas as fases.

Quadro 20: Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos Cuidadores do Grupo de Comparação.

Grupo de Comparação	Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Satisfação com a Vida	6,96	2,24	7,19	2,03	6,94	2,05	6,89	2,12
Bem-Estar Psicológico	64,38	12,90	64,31	12,96	66,47	11,45	65,09	14,50
Autonomia	10,43	3,17	10,40	2,50	10,02	3,11	11,02	3,07
Domínio do Meio	10,00	2,82	10,44	2,73	10,96	2,53	10,76	2,84
Crescimento Pessoal	11,40	2,85	11,29	2,73	11,78	2,24	11,07	2,87
Relações Positivas com os Outros	10,37	3,18	10,12	2,90	10,53	2,88	10,13	3,44
Objetivos na Vida	11,40	3,33	10,90	3,40	11,92	2,65	11,11	3,63
Aceitação de Si	10,79	3,32	11,15	2,96	11,27	2,77	11,00	3,05
Sobrecarga do Cuidador	21,24	14,63	20,13	13,29	19,33	15,89	19,00	13,48
Sobrecarga emocional	2,75	2,82	2,79	2,55	2,22	3,00	2,11	2,44
Implicações na vida pessoal	7,10	7,31	6,31	6,49	6,08	6,78	6,22	5,44
Sobrecarga financeira	1,85	2,34	1,88	2,28	1,55	2,00	1,84	2,42
Reações a exigências	3,34	3,38	3,02	3,19	3,20	3,90	2,69	3,26
Mecanismo de eficácia e de controlo	1,94	3,00	1,94	3,06	1,78	2,56	1,82	3,13
Suporte familiar	1,90	2,36	2,08	2,40	2,18	2,55	2,07	2,56
Satisfação com o papel e com o familiar	2,35	3,78	2,12	2,79	2,31	2,67	2,24	2,96

M: Média; *DP*: Desvio Padrão

Os resultados, presentes neste quadro, mostram que, para os Cuidadores do GC, a Satisfação com a Vida apresentou valores moderados em todas as fases. O BEP, a Autonomia, o Domínio do Meio e as Relações Positivas com os Outros apresentaram valores moderados em todas as fases. O Crescimento Pessoal apresentou valores elevados nas fases 1, 2 e 3, e moderados na fase 4. Os Objetivos na Vida apresentaram valores elevados nas fases 1 e 3, e moderados nas fases 2 e 4. A Aceitação de Si apresentou valores moderados nas fases 1 e 2, e elevados nas fases 3 e 4. A Sobrecarga do Cuidador, a Sobrecarga emocional, as Implicações na vida pessoal, a Sobrecarga financeira, as Reações a exigências, os Mecanismos de eficácia e de controlo e a Satisfação com o papel e com o familiar apresentaram valores muito baixos em todas as

fases; e o Suporte familiar apresentou valores muito baixos na fase 1, e baixos nas fases 2, 3 e 4.

Para os cuidadores de indivíduos com PC, os resultados da análise comparativa efetuada salientam um efeito do tempo na variável Domínio do Meio, $F(3,207) = 3,66$, $p < 0,05$; e um efeito de interação na variável Implicações na Vida Pessoal, $F(3,207) = 2,72$, $p < 0,05$.

Os resultados, obtidos através dos testes *T de Student* para amostras emparelhadas, salientam que, para os **Cuidadores do GI**, se verificam diferenças, estatisticamente significativas, ao longo do tempo, nas variáveis:

- Domínio do Meio ($t(25) = -2,38$, $p < 0,05$), sugerindo que o Domínio do Meio no T1 ($M = 10,08 \pm 2,66$) era inferior ao do T3 ($M = 11,62 \pm 2,74$).

- Implicações na vida pessoal ($t(25) = -3,26$, $p < 0,05$), sugerindo que as Implicações na vida pessoal no T4 ($M = 5,69 \pm 5,76$) eram inferiores às Implicações na vida pessoal no T1 ($M = 8,62 \pm 6,28$) ($t(25) = -3,07$, $p < 0,05$) e no T2 ($M = 8,46 \pm 7,12$).

Por sua vez, para os **Cuidadores do GC**, os resultados não indicam diferenças, estatisticamente significativas, ao longo do tempo, nas variáveis.

Os resultados, obtidos através dos testes *t de Student* para amostras independentes, não salientam diferenças, estatisticamente significativas, entre os **Cuidadores do GI e do GC**, em nenhuma das fases de avaliação.

2. Análise Correlacional

No sentido de compreender a associação entre as variáveis Idade, Escolaridade, Funcionalidade para Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, Satisfação com a Vida, BEP, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança dos filhos; e as variáveis Idade, Escolaridade, Satisfação com a Vida, BEP e Sobrecarga dos cuidadores; realizaram-se análises correlacionais⁶ para as 4 fases. De seguida, apresentam-se os resultados obtidos para cada fase.

a) Indivíduos do Grupo de Intervenção

Na Fase 1, os resultados indicam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade e a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,45$, $p < 0,01$.

⁶ Apenas serão consideradas as correlações entre as variáveis principais, não sendo comentadas as correlações entre as dimensões de cada variável.

- o Índice de *Barthel* e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,87$, $p < 0,01$.
- o *Frenchay Activities Index* e a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,36$, $p < 0,05$.
- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,53$, $p < 0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,32$, $p < 0,05$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,51$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,51$, $p < 0,01$.
- o BEP, a Auto-Eficácia, $r = 0,61$, $p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,51$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,46$, $p < 0,01$.
- a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,42$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,66$, $p < 0,01$.

Na Fase 2, os resultados sugerem a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade, a Satisfação com a Vida, $r = 0,40$, $p < 0,01$, e a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,40$, $p < 0,01$.
- o Índice de *Barthel* e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,87$, $p < 0,01$.
- o *Frenchay Activities Index* e a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,31$, $p < 0,05$.
- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,46$, $p < 0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,44$, $p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,40$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,44$, $p < 0,01$.
- o BEP, a Auto-Eficácia, $r = 0,73$, $p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,54$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,42$, $p < 0,01$.
- a Auto-Eficácia e a Esperança, $r = 0,58$, $p < 0,01$.

Na Fase 3, os resultados revelam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade e a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,47$, $p < 0,01$.
- o Índice de *Barthel* e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,87$, $p < 0,01$.
- o *Frenchay Activities Index* e a Auto-Eficácia, $r = 0,36$, $p < 0,05$.
- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,56$, $p < 0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,44$, $p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,32$, $p < 0,05$, e a Esperança, $r = 0,43$, $p < 0,01$.
- o BEP, a Auto-Eficácia, $r = 0,55$, $p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,46$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,52$, $p < 0,01$.
- a Auto-Eficácia e a Esperança, $r = 0,68$, $p < 0,01$.

Na Fase 4, os resultados mostram a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade, o BEP, $r = 0,37$, $p < 0,05$, e a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,45$, $p < 0,01$.
- o Índice de *Barthel* e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,87$, $p < 0,01$.
- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,59$, $p < 0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,51$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,55$, $p < 0,01$.
- o BEP, a Auto-Eficácia, $r = 0,78$, $p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,54$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,56$, $p < 0,01$.
- a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,46$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,65$, $p < 0,01$.

b) Cuidadores do Grupo de Intervenção

Na Fase 1, os resultados salientam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Satisfação com a Vida e o BEP, $r = 0,53$, $p < 0,01$.
- o BEP e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,54$, $p < 0,01$.

Na Fase 2, os resultados sugerem a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Satisfação com a Vida e o BEP, $r = 0,41$, $p < 0,05$.
- o BEP e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,62$, $p < 0,01$.

Na Fase 3, os resultados revelam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre o BEP e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,62$, $p < 0,01$.

Na Fase 4, os resultados indicam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Satisfação com a Vida, o BEP $r = 0,44$, $p < 0,05$, e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,58$, $p < 0,01$.
- o BEP e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,52$, $p < 0,01$.

c) Indivíduos e Cuidadores do Grupo de Intervenção

Na Fase 1, os resultados salientam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade dos filhos e o BEP, $r = 0,47$, $p < 0,05$, dos cuidadores.

- o *Frenchay Activities Index* dos filhos e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,38$, $p < 0,05$.

- a Satisfação com a Vida dos filhos, a Satisfação com a Vida, $r = 0,48$, $p < 0,05$, e o BEP, $r = 0,52$, $p < 0,05$, dos cuidadores.

- o BEP dos filhos, a Satisfação com a Vida, $r = 0,39$, $p < 0,05$, o BEP, $r = 0,65$, $p < 0,05$, dos cuidadores.

- a Auto-Eficácia dos filhos e o BEP dos cuidadores, $r = 0,41$, $p < 0,05$.

- a Satisfação com o Suporte Social dos filhos, o BEP, $r = 0,49$, $p < 0,05$, e a Sobrecarga, $r = -0,45$, $p < 0,05$, dos cuidadores.

- a Esperança dos filhos e o BEP dos cuidadores, $r = 0,54$, $p < 0,05$.

Na Fase 2, os resultados mostram a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade dos filhos, o BEP, $r = 0,45$, $p < 0,05$, e a Sobrecarga, $r = -0,56$, $p < 0,05$, dos cuidadores.

- o *Frenchay Activities Index* dos filhos e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,42$, $p < 0,05$.

- a Satisfação com a Vida dos filhos e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,47$, $p < 0,05$.

- o BEP dos filhos e o BEP dos cuidadores, $r = 0,51$, $p < 0,01$.

- a Auto-Eficácia dos filhos e o BEP dos cuidadores, $r = 0,57$, $p < 0,01$.

- a Satisfação com o Suporte Social dos filhos, o BEP, $r = 0,58$, $p < 0,01$, e a Sobrecarga, $r = -0,67$, $p < 0,01$, dos cuidadores.

Na Fase 3, os resultados indicam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre a Escolaridade dos filhos e o BEP dos cuidadores, $r = 0,50$, $p < 0,01$.

Na Fase 4, os resultados revelam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade dos filhos e o BEP dos cuidadores, $r = 0,47$, $p < 0,05$.

- o *Frenchay Activities Index* dos filhos e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,49$, $p < 0,05$.

- a Satisfação com o Suporte Social dos filhos, o BEP, $r = 0,39$, $p < 0,05$, e a Sobrecarga, $r = -0,46$, $p < 0,05$ dos cuidadores.

d) Indivíduos do Grupo de Comparação

Na Fase 1, os resultados indicam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade, o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,30$, $p < 0,05$, o BEP, $r = 0,27$, $p < 0,05$, e a Auto-Eficácia, $r = 0,25$, $p < 0,05$.
- o Índice de *Barthel* e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,66$, $p < 0,01$.
- o *Frenchay Activities Index* e a Satisfação com a Vida, $r = 0,25$, $p < 0,05$.
- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,51$, $p < 0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,54$, $p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,31$, $p < 0,05$, e a Esperança, $r = 0,37$, $p < 0,01$.
- o BEP, a Auto-Eficácia, $r = 0,72$, $p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,41$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,44$, $p < 0,01$.
- a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,37$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,60$, $p < 0,01$.

Na Fase 2, os resultados sugerem a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,34$, $p < 0,05$.
- o Índice de *Barthel* e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,56$, $p < 0,01$.
- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,55$, $p < 0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,46$, $p < 0,01$, e a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,38$, $p < 0,05$.
- o BEP, a Auto-Eficácia, $r = 0,86$, $p < 0,01$, e a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,56$, $p < 0,01$.
- a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,52$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,32$, $p < 0,05$.

Na Fase 3, os resultados salientam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,43$, $p < 0,01$.
- o Índice de *Barthel* e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,58$, $p < 0,01$.
- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,54$, $p < 0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,53$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,42$, $p < 0,01$.
- o BEP, a Auto-Eficácia, $r = 0,81$, $p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,57$, $p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,55$, $p < 0,01$.
- a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,35$, $p < 0,05$, e a Esperança, $r = 0,64$, $p < 0,01$.

- a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança, $r = 0,35, p < 0,01$.

Na Fase 4, os resultados revelam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,41, p < 0,01$.

- o Índice de *Barthel* e o *Frenchay Activities Index*, $r = 0,58, p < 0,01$.

- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,41, p < 0,01$, a Auto-Eficácia, $r = 0,43, p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,36, p < 0,05$.

- o BEP, a Auto-Eficácia, $r = 0,85, p < 0,01$, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,49, p < 0,01$, e a Esperança, $r = 0,63, p < 0,01$.

- a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social, $r = 0,33, p < 0,05$, e a Esperança, $r = 0,64, p < 0,01$.

e) **Cuidadores do Grupo de Comparação**

Na Fase 1, os resultados mostram a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Escolaridade e o BEP, $r = 0,32, p < 0,01$.

- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,48, p < 0,01$, e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,39, p < 0,01$.

- o BEP e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,42, p < 0,01$.

Na Fase 2, os resultados sugerem a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,74, p < 0,01$, e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,53, p < 0,01$.

- o BEP e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,50, p < 0,01$.

Na Fase 3, os resultados salientam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,58, p < 0,01$, e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,48, p < 0,01$.

- o BEP e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,50, p < 0,01$.

Na Fase 4, os resultados indicam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Satisfação com a Vida, o BEP, $r = 0,53, p < 0,01$, e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,30, p < 0,01$.

- o BEP e a Sobrecarga do Cuidador, $r = -0,49, p < 0,01$.

f) Indivíduos e Cuidadores do Grupo de Comparação

Nas Fases 1 e 3, os resultados desta análise não revelam a existência de correlações, estatisticamente significativas.

Na Fase 2, os resultados desta análise salientam a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre o Índice de *Barthel* dos filhos e o BEP dos cuidadores, $r = -0,31$, $p < 0,05$.

Na Fase 4, os resultados desta análise sugerem a existência de correlações, estatisticamente significativas, entre:

- a Idade dos filhos e a Sobrecarga dos cuidadores, $r = -0,37$, $p < 0,05$.
- a Satisfação com a Vida dos cuidadores e a Esperança dos filhos, $r = 0,34$, $p < 0,05$.

SECÇÃO 4

FASE DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPO

Nesta secção, serão expostos os resultados relativos à Fase de Intervenção Psicológica em Grupo, efetuando-se uma análise exploratória e descritiva dos Grupos de Intervenção, tanto de indivíduos com PC, como de cuidadores. Desta forma, para cada grupo serão aprofundadas as características dos participantes e o funcionamento geral do grupo; e será descrita a avaliação da intervenção efetuada pelos participantes.

1. GRUPOS “OBJETIVOS PARA A VIDA”

Caracterização dos participantes por grupo⁷

O quadro 21 apresenta uma caracterização geral dos participantes por grupo.

De seguida, descrevem-se os dados presentes nesse quadro.

Grupo 1

O P1GOV1, a P2GOV1, o P3GOV1 e a P4GOV1 encontravam-se desempregados. O P1GOV1 e a P2GOV1 possuíam o 12º ano de escolaridade, enquanto o P3GOV1 e a P4GOV1 possuíam o 9º ano de escolaridade. O quadro clínico de todos eles era uma PC Espástica; sendo que o P1GOV1, a P2GOV1 e o P3GOV1 eram Independentes para ABVD, e a P4GOV1 possuía uma Incapacidade Moderada para ABVD.

O P5GOV1 possuía o 12º ano de escolaridade e encontrava-se desempregado, mas a efetuar voluntariado. O seu quadro clínico era uma PC Atáxica, sendo Independente para ABVD.

A P6GOV1 encontrava-se a estudar, frequentando o 11º ano de escolaridade. Por sua vez, o P7GOV1 possuía o 12º ano de escolaridade e encontrava-se empregado. O quadro clínico de ambos era uma PC Espástica e ambos eram Independentes para ABVD.

O P8GOV1 possuía o 9º ano de escolaridade e encontrava-se em casa. O seu quadro clínico era uma PC Espástica, sendo Totalmente Dependente para ABVD.

⁷ Para garantir a confidencialidade e anonimato dos dados, estabeleceu-se um sistema de codificação, que atribui um número para cada participante (P1, P2, ..., P42) e um número para cada grupo, consoante o participante pertença ao Grupo “Objetivos para a Vida” (GOV1, GOV2, ..., GOV7), ou ao Grupo de Apoio para Cuidadores (GAC1, GAC2, ..., GAC5). Assim, o participante 1 do Grupo “Objetivos para a Vida” 1, será codificado como P1GOV1; por sua vez, o participante 1 do Grupo de Apoio para Cuidadores 1, será codificado como P1GAC1.

Quadro 21: Caracterização dos participantes por grupo.

	Idade	Escolaridade	Situação Profissional	Quadro Clínico	Funcionalidade ABVD
Grupo 1					
P1GOV1	23	12º ano	Desempregado	PC Espástica	Independente
P2GOV1	20	12º ano	Desempregada	PC Espástica	Independente
P3GOV1	20	9º ano	Desempregado	PC Espástica	Independente
P4GOV1	27	9º ano	Desempregada	PC Espástica	Incapacidade Moderada
P5GOV1	27	12º ano	Voluntário	PC Atáxica	Independente
P6GOV1	19	11º ano (a frequentar)	Estudante	PC Espástica	Independente
P7GOV1	23	12º ano	Empregado	PC Espástica	Independente
P8GOV1	22	9º ano	Em casa	PC Espástica	Totalmente Dependente
Grupo 2					
P9GOV2	18	Ensino Secundário (a frequentar)	Estudante	PC Espástica	Independente
P10GOV2	23	12º ano	Desempregada	PC Espástica	Independente
P11GOV2	18	Ensino Secundário (a concluir)	Estudante	PC Espástica	Independente
P12GOV2	20	10º ano (a frequentar)	Estudante	PC Disquinética	Independente
P13GOV2	20	12º ano	Em casa	PC Espástica	Incapacidade Grave
Grupo 3					
P14GOV3	21	12º ano	Em casa	PC Disquinética	Incapacidade Moderada
P15GOV3	31	9º ano	Empregada	PC Espástica	Independente
P16GOV3	18	11º ano (a frequentar)	Estudante	PC Espástica	Independente
Grupo 4					
P17GOV4	24	9º ano	Em casa	PC Espástica	Incapacidade Moderada
P18GOV4	21	9º ano	Em casa	PC Espástica	Totalmente Dependente
P19GOV4	32	9º ano	Em casa	PC Espástica	Incapacidade Moderada
P20GOV4	21	9º ano	Em casa	PC Espástica	Totalmente Dependente
P21GOV4	29	9º ano	Em casa	PC Espástica	Independente
P22GOV4	22	9º ano	Desempregado	PC Espástica	Independente
P23GOV4	26	12º ano	Atleta de <i>Boccia</i>	PC Mista	Incapacidade Grave
Grupo 5					
P24GOV5	24	9º ano	Desempregada	PC Espástica	Incapacidade Moderada
P25GOV5	24	12º ano	Desempregada	PC Espástica	Independente

P26GOV5	27	9º ano	Desempregado	PC Espástica	Independente
P27GOV5	22	Ensino Superior (a frequentar 3º ano)	Estudante	PC Atáxica	Independente
P28GOV5	22	12º ano	Em casa	PC Espástica	Totalmente Dependente
P29GOV5	19	Ensino Superior (a frequentar 3º ano)	Estudante	PC Espástica	Incapacidade Moderada
P30GOV5	19	Ensino Superior (a frequentar 2º ano)	Estudante	PC Espástica	Independente
P31GOV5	23	Mestrado (a frequentar)	Estudante	PC Espástica	Independente

Grupo 6

P32GOV6	25	Frequência Universitária	Em Casa	PC Espástica	Totalmente Dependente
P33GOV6	18	Ensino Secundário (a frequentar)	Estudante	PC Atáxica	Independente
P34GOV6	26	Licenciatura	Desempregado	PC Espástica	Independente
P35GOV6	34	7º ano	Desempregado	PC Espástica	Independente

Grupo 7

P36GOV7	28	Ensino Superior (a frequentar 3º ano)	Estudante	PC Mista	Independente
P37GOV7	25	12º ano	Empregado	PC Espástica	Independente
P38GOV7	38	12º ano	Empregado	PC Espástica	Independente
P39GOV7	33	12º ano	Em Casa	PC Disquinética	Totalmente Dependente
P40GOV7	24	Ensino Superior (a frequentar 2º ano)	Estudante	PC Espástica	Independente
P41GOV7	29	7º ano	Em Casa	PC Atáxica	Independente
P42GOV7	33	12º ano	Atleta de <i>Boccia</i>	PC Espástica	Totalmente Dependente

Grupo 2

O P9GOV2 encontrava-se a frequentar 1º ano dum CEFA académico de nível secundário, ao abrigo da iniciativa Novas Oportunidades. A P10GOV2 possuía o 12º ano de escolaridade e estava desempregada. O P11GOV2 estava a concluir o 12º ano de escolaridade. O quadro clínico de todos eles era uma PC Espástica, sendo estes Independentes para ABVD.

O P12GOV2 encontrava-se a estudar, frequentando o 10º ano de um Curso Profissional. O seu quadro clínico era uma PC Disquinética, sendo Independente para ABVD.

O P13GOV2 possuía o 12º ano e encontrava-se em casa. O seu quadro clínico era uma PC Espástica e possuía uma Incapacidade Grave para ABVD.

Grupo 3

O P14GOV3 possuía o 12º ano de escolaridade e encontrava-se em casa. O seu quadro clínico era uma PC Espástica e possuía uma Incapacidade Moderada para ABVD.

A P15GOV3 possuía o 9º ano de escolaridade e encontrava-se empregada. Por sua vez, o P16GOV3 encontrava-se a frequentar o 11º ano de escolaridade. O quadro clínico de ambos era uma PC Espástica, sendo ambos Independentes para ABVD.

Grupo 4

O P17GOV4, o P18GOV4, a P19GOV4, a P20GOV4 e a P21GOV4 possuíam o 9º ano de escolaridade e encontravam-se em casa. O quadro clínico de todos era uma PC Espástica; sendo que, P17GOV4 e P19GOV4 possuíam uma Incapacidade Moderada para ABVD, P18GOV4 e P20GOV4 eram Totalmente Dependentes para ABVD, e P21GOV4 era Independente para ABVD.

O P22GOV4 possuía o 9º ano de escolaridade e encontrava-se desempregado. O seu quadro clínico era uma PC Espástica, sendo Independente para ABVD.

O P23GOV4 possuía o 12º ano de escolaridade e era atleta de *Boccia*⁸. O seu quadro clínico era uma PC Mista e possuía uma Incapacidade Grave para ABVD.

Grupo 5

A P24GOV5, a P25GOV5 e o P26GOV5 encontravam-se desempregados. A P24GOV5 e o P26GOV5 possuíam o 9º ano de escolaridade, enquanto a P25GOV5 possuía o 12º ano de escolaridade. O quadro clínico de todos eles era uma PC Espástica; sendo que a P24GOV5 possuía uma Incapacidade Moderada para ABVD, e a P25GOV5 e o P26GOV5 eram Independentes para ABVD.

A P28GOV5 possuía o 12º ano de escolaridade e encontrava-se em casa. O seu quadro clínico era uma PC Espástica e era Totalmente Dependente para ABVD.

O P27GOV5, a P29GOV5, a P30GOV5 e o P31GOV5 encontravam-se a frequentar o Ensino Superior. O quadro clínico do P27GOV5 era uma PC Atáxica,

⁸ O *Boccia* é uma modalidade desportiva destinada a indivíduos portadores de deficiência motora grave (PC ou outra).

sendo Independente para ABVD. O quadro clínico dos restantes três elementos era uma PC Espástica; sendo que a P29GOV5 possuía uma Incapacidade Moderada para ABVD, e a P30GOV5 e o P31GOV5 eram Independentes para ABVD.

Grupo 6

A P32GOV6 possuía frequência universitária e encontrava-se em casa, sem nenhuma ocupação. O seu quadro clínico era uma PC Espástica e era Totalmente Dependente para ABVD.

O P33GOV6 encontrava-se a concluir o 12º ano de escolaridade. O seu quadro clínico era uma PC Atáxica e era Independente para ABVD.

O P34GOV6 e o P35GOV6 encontravam-se desempregados. O P34GOV6 possuía uma licenciatura, enquanto o P35GOV6 possuía o 7º ano de escolaridade. O seu quadro clínico era uma PC Espástica, sendo ambos Independentes para ABVD.

Grupo 7

A P36GOV7 e o P40GOV7 encontravam-se a frequentar o Ensino Superior. O quadro clínico de P36GOV7 era uma PC Mista e o de P40GOV7 era uma PC Espástica; sendo ambos Independentes para ABVD.

O P37GOV7 e o P38GOV7 possuíam o 12º ano de escolaridade e encontravam-se empregados. O seu quadro clínico era uma PC Espástica, sendo ambos Independentes para ABVD.

O P41GOV7 possuía o 7º ano de escolaridade e encontrava-se em casa, sem nenhuma ocupação. O seu quadro clínico era uma PC Atáxica, sendo Independente para ABVD.

A P39GOV7 e o P42GOV7 possuíam o 12º ano de escolaridade. A P39GOV7 encontrava-se em casa, enquanto o P42GOV7 era Atleta de *Boccia*. O quadro clínico de P39GOV7 era uma PC Disquinética e o do P42GOV7 era uma PC Espástica; sendo ambos Totalmente Dependentes para ABVD.

No quadro 22 apresenta-se uma descrição da situação ocupacional e objetivo pessoal dos participantes por grupo, antes e após a intervenção.

De seguida, descrevem-se os dados presentes nesse quadro.

Quadro 22: Situação ocupacional e objetivo pessoal dos participantes por grupo, antes e após a intervenção.

	Antes da Intervenção	Objetivo	Após a Intervenção	6 meses após a Intervenção	1 ano após a Intervenção	
Grupo 1						
P1GOV1	Desempregado	Encontrar Emprego	A Estagiar		Desempregado	
P2GOV1			Voluntária			
P3GOV1			Desempregado	Formação CRPG		
P4GOV1			Ensino Secundário (a frequentar)			
P5GOV1			Voluntário	Voluntário		
P6GOV1	Estudante	Melhorar competências pessoais e sociais	Inscrita no 12º ano	A frequentar 12º ano	A concluir 12º ano	
P7GOV1	Empregado		Empregado			
P8GOV1	Em casa	Tirar um curso de Informática	Em casa			
Grupo 2						
P9GOV2	Estudante	Encontrar Emprego	Ensino Secundário (a frequentar)		Desempregado	
P10GOV2	Desempregada		Empregada			
P11GOV2	Estudante		Empregado			
P12GOV2	Estudante	Ser mais autónomo	Inscrito no 12º ano	A frequentar 12º ano	A concluir 12º ano	
P13GOV2	Em casa	Ingressar no Ensino Superior	Aguardar resultado da candidatura ao Ensino Superior	A frequentar o Ensino Superior		
Grupo 3						
P14GOV3	Em casa	Ingressar no Ensino Superior	Aguardar resultado da candidatura ao Ensino Superior	A frequentar o Ensino Superior		
P15GOV3	Empregada	Trocar de emprego	Empregada			
P16GOV3	Estudante	Concluir o curso	Inscrito no 12º ano	A frequentar 12º ano	A concluir 12º ano	
Grupo 4						
P17GOV4		Ser mais	Em casa			
P18GOV4			Em casa			

P19GOV4	Em casa	autónimo	Em casa		
P20GOV4			Em casa		
P21GOV4			Em casa		
P22GOV4	Desempregado	Encontrar emprego	Desempregado		
P23GOV4	Atleta de <i>Boccia</i>	Vencer no <i>Boccia</i>	Boas classificações no <i>Boccia</i>		

Grupo 5

P24GOV5	Desempregado	Encontrar emprego	Ensino Secundário (a frequentar)		
P25GOV5			A frequentar Curso de Especialização Tecnológica		
P26GOV5			Ensino Secundário (a frequentar)		
P27GOV5	Estudante		A estagiar	Empregado	
P28GOV5	Em casa	Escrever uma autobiografia	A escrever uma autobiografia		
P29GOV5	Estudante	Melhorar competências pessoais e sociais	Inscrita no 1º ano de Mestrado	A frequentar o 1º ano de Mestrado	A concluir o 1º ano de Mestrado
P30GOV5			Inscrita no 3º ano da Licenciatura	A frequentar o 3º ano da Licenciatura	A concluir o 3º ano da Licenciatura
P31GOV5			Aguardar a defesa da Dissertação de Mestrado	A Trabalhar	

Grupo 6

P32GOV6	Em Casa	Orientação Escolar e/ou Profissional	Em Casa		
P33GOV6	Estudante		Aguardar resultado da candidatura ao Ensino Superior	A frequentar o Ensino Superior	
P34GOV6	Desempregado	Encontrar Emprego	Desempregado		Empregado
P35GOV6			Voluntário		Voluntário e Curso Informática (a frequentar)

Grupo 7

P36GOV7	Estudante	Encontrar Emprego	A frequentar o 4º ano do Ensino Superior	A concluir o Ensino
---------	-----------	-------------------	--	---------------------

				Superior
P37GOV7	Empregado	Controlo de Treino	Empregado	
P38GOV7	Empregado	Melhorar competências pessoais e sociais	Empregado	
P39GOV7	Em Casa		Em Casa	
P40GOV7	Estudante		A frequentar o 4º ano do Ensino Superior	A concluir o Ensino Superior
P41GOV7	Em Casa	Orientação Profissional	A frequentar aulas para Adultos	
P42GOV7	Atleta de <i>Boccia</i>	Vencer no <i>Boccia</i>	Atleta da Seleção Nacional de <i>Boccia</i>	

Grupo 1

Nas sessões, o P1GOV1, a P2GOV1, o P3GOV1, a P4GOV1 e o P5GOV1 definiram como o seu objetivo encontrar emprego. Para isso, durante as sessões, tiveram que elaborar o seu Currículo *Vitae*, aprenderam a elaborar cartas de apresentação e submeteram-se a uma simulação de entrevista de emprego, dentro da sala.

Durante as sessões, o P1GOV1 tirou um curso de Preparador Físico e, no final das mesmas e 6 meses depois, encontrava-se a estagiar num ginásio. 1 ano após a intervenção, encontrava-se desempregado. A P2GOV1, durante as sessões, não se deslocava em transportes públicos, nem ia para o CRPCP sozinha, por medo. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano após a mesma, era voluntária numa instituição de apoio a pessoas com deficiência; deslocava-se sozinha de transportes públicos e já conseguia ir sozinha para o CRPCP. O P3GOV1, durante as sessões, esteve a trabalhar como monitor de atividades lúdicas para crianças, para uma Câmara Municipal; no final da intervenção encontrava-se desempregado; 6 meses após a intervenção e 1 ano depois encontrava-se a fazer Formação Profissional no CRPG. A P4GOV1, durante as sessões, inscreveu-se num processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências (RVCC) de nível secundário, ao abrigo da iniciativa Novas Oportunidades; no final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se, a frequentar esse processo. O P5GOV1 era voluntário numa instituição de apoio a pessoas com deficiência e o seu objetivo era encontrar um emprego. No final da intervenção e 6 meses depois, continuava como voluntário na mesma instituição, mas existia a possibilidade de realizar um estágio profissional na mesma. 1 ano após a intervenção,

ainda que não tivesse conseguido o estágio profissional, encontrava-se a receber alguma remuneração por parte da instituição.

A P6GOV1 encontrava-se a frequentar o 11º ano de um Curso Profissional e o seu objetivo era concluir o curso e, posteriormente, ingressar no Ensino Superior; mas para isso, desejava melhorar algumas competências pessoais, nomeadamente, a sua autoconfiança. No final da intervenção, tinha concluído o 11º ano do referido curso, sem nenhum módulo atrasado; 6 meses depois encontrava-se a frequentar o 12º ano do respetivo curso, e 1 ano após a intervenção, encontrava-se a concluir o 12º ano do respetivo curso. O seu objetivo não pôde ser especificamente trabalhado dado que a P6GOV1 faltou às respetivas sessões.

O P7GOV1 encontrava-se a trabalhar em *part-time* como secretário e técnico de informática, numa clínica médica. Pretendia melhorar algumas competências pessoais e sociais, nomeadamente, a sua forma de trabalhar em equipa, a tolerância e o respeito pelos outros. O seu objetivo não pôde ser trabalhado dado que o P7GOV1 faltou às respetivas sessões. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a trabalhar no mesmo local.

O P8GOV1 encontrava-se em casa, sem nenhuma ocupação, e o seu objetivo era tirar um curso de Informática, no entanto, para isso, necessitava de uma cadeira de rodas mais adequada, pois a que possuía não lhe permitia estar sentado durante muito tempo, por ser desconfortável. Nas sessões, explorou-se o objetivo do P8GOV1 no sentido de encontrar um curso adequado às suas limitações e que, simultaneamente, fosse perto de casa. Durante as sessões, o P8GOV1 realizou uma angariação de fundos para conseguir a cadeira de rodas e, no final da intervenção, aguardava por ela, em casa. 6 meses após a intervenção e 1 ano depois, já possuía a sua cadeira de rodas nova, mas continuava, ainda, em casa.

Grupo 2

Nas sessões, o P9GOV2, a P10GOV2 e o P11GOV2 definiram como o seu objetivo encontrar emprego. Para isso, durante as sessões tiveram que elaborar o seu Currículo *Vitae*, aprenderam a elaborar cartas de apresentação e submeteram-se a uma simulação de entrevista de emprego, dentro da sala. O P9GOV2 no final da intervenção e 6 meses depois, encontrava-se a frequentar o 2º ano de um CEFA; 1 ano após a intervenção, encontrava-se desempregado. A P10GOV2 durante as sessões teve várias experiências de emprego, todas elas temporárias. No final da intervenção, 6 meses e 1

ano depois, encontrava-se na mesma situação. O P11GOV2 durante as sessões concluiu o ensino secundário e, no final da intervenção, arranhou um emprego. 6 meses após a intervenção e 1 ano depois, continuava no mesmo local de trabalho.

O P12GOV2 encontrava-se a frequentar o 11º ano de um Curso Profissional e o seu objetivo era ser mais autónomo. Não era capaz de andar sozinho na rua, nem por curtos trajetos. Durante a intervenção, recebeu indicações por parte da psicóloga e colegas sobre como ser mais autónomo e exploraram-se os seus medos. No final da intervenção, encontrava-se inscrito no 12º ano do mesmo curso e já efetuava pequenos percursos a pé, sozinho. 6 meses depois encontrava-se a frequentar o 12º ano do respetivo curso; e 1 ano após a intervenção, encontrava-se a concluir o 12º ano do referido curso.

O P13GOV2 encontrava-se em casa e pretendia ingressar no Ensino Superior. Para isso, nas sessões trabalharam-se as suas rotinas e hábitos de estudo, no sentido de o preparar adequadamente para a prova de ingresso. Durante as sessões, frequentou explicações de preparação para o exame nacional, realizou a prova de ingresso com sucesso e, no final da intervenção, encontrava-se a aguardar os resultados da candidatura ao Ensino Superior. 6 meses após a intervenção e 1 ano depois, encontrava-se a frequentar o Ensino Superior.

Grupo 3

O P14GOV3 definiu como objetivo ingressar no Ensino Superior. Para isso, nas sessões trabalharam-se as suas rotinas e hábitos de estudo, no sentido de o preparar adequadamente para a prova de ingresso. Durante as sessões, frequentou explicações de preparação para a prova de ingresso, realizou a prova com sucesso e, no final da intervenção, encontrava-se a aguardar os resultados da candidatura ao Ensino Superior. 6 meses após a intervenção e 1 ano depois, o P14GOV3 encontrava-se a frequentar o Ensino Superior.

O objetivo da P15GOV3 era encontrar um emprego melhor, por isso, durante as sessões, ela teve que elaborar o seu *Currículo Vitae*, carta de apresentação e submeter-se a uma simulação de entrevista de emprego, dentro da sala. No entanto, no final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se no mesmo emprego.

O P16GOV3 tinha como objetivo concluir o curso e encontrar um emprego. Nas sessões trabalharam-se as suas rotinas e hábitos de estudo. No final da intervenção, tinha concluído o 11º ano de um Curso Profissional; 6 meses depois encontrava-se a

frequentar o 12º ano do respetivo curso; e 1 ano após a intervenção, encontrava-se a concluir o 12º ano.

Grupo 4

Durante a intervenção, o P17GOV4, o P18GOV4, a P20GOV4, a P19GOV4 e a P21GOV4 definiram como objetivo serem mais autónomos. Consoante cada caso, foram dadas orientações no sentido de se tornarem, progressivamente, mais autónomos, tanto pela psicóloga, como pelos colegas de grupo. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, o P17GOV4, o P18GOV4, a P19GOV4 e a P21GOV4 continuavam em casa. A P20GOV4, durante as sessões, viveu numa instituição durante 15 dias, no entanto, no final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se, novamente, em casa.

O objetivo do P22GOV4 era encontrar um emprego, por isso, durante as sessões, ele teve que elaborar o seu *Currículo Vitae*, carta de apresentação e submeter-se a uma simulação de entrevista de emprego, dentro da sala. No entanto, no final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, continuava desempregado.

O P23GOV4 tinha como objetivo integrar a Seleção Nacional de *Boccia*, e para isso, tinha que obter boas classificações nos jogos e necessitava de controlar a sua ansiedade, pois isso afetava o seu desempenho. Na intervenção, treinaram-se técnicas de controlo de ansiedade, nomeadamente, a respiração diafragmática e o relaxamento, para ajudar P23GOV4 a lidar melhor com a sua ansiedade. Após a intervenção, 6 meses e 1 ano depois, P23GOV4 encontrava-se com boas classificações nos jogos, mais perto de ser convocado para a Seleção Nacional de *Boccia*.

Grupo 5

Nas sessões, a P24GOV5, a P25GOV5 e o P26GOV5 definiram como seu objetivo encontrar emprego; e o P27GOV5 encontrar um estágio no final da sua Licenciatura. Para isso, durante as sessões tiveram que elaborar o seu *Currículo Vitae*, aprenderam a elaborar cartas de apresentação e submeteram-se a uma simulação de entrevista de emprego, dentro da sala. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, a P24GOV5 e o P26GOV5 encontravam-se a frequentar um CEFA de nível secundário, ao abrigo da iniciativa Novas Oportunidades. A P25GOV5, no final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a frequentar um CET, de nível IV. O P27GOV5, no

final da intervenção, e 6 meses depois, encontrava-se a estagiar; e 1 ano após a intervenção estava empregado.

O objetivo da P28GOV5 era escrever uma autobiografia. Nas sessões trabalharam-se as suas rotinas e hábitos de escrita, no sentido de facilitar esta tarefa. Por si só, a pertença ao grupo permitiu-lhe compreender melhor as pessoas com PC. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, a P28GOV5 encontrava-se a realizar o seu objetivo.

A P29GOV5, o P31GOV5 e a P30GOV5 pretendiam, para além de concluir o seu grau académico, melhorar as suas competências pessoais e sociais. Nas sessões, trabalharam-se as suas rotinas e hábitos de estudo, para que tivessem o melhor desempenho possível. No final da intervenção, a P29GOV5 tinha concluído a sua licenciatura; o P31GOV5 aguardava a defesa da sua Dissertação de Mestrado; e a P30GOV5 tinha concluído o 2º ano da licenciatura. 6 meses após a intervenção, a P29GOV5 estava a frequentar o 1º ano de Mestrado; o P31GOV5 encontrava-se a trabalhar; e a P30GOV5 estava a frequentar o 3º ano da licenciatura. 1 ano depois, a P29GOV5 tinha concluído o 1º ano de Mestrado; o P31GOV5 encontrava-se a trabalhar; e a P30GOV5 tinha concluído o 3º ano da licenciatura.

Grupo 6

A P32GOV6 e o P33GOV6 tinham como objetivo ter alguma orientação escolar e/ou profissional. Nas sessões, utilizaram-se técnicas de orientação escolar e/ou profissional, e ambos os jovens optaram por selecionar tirar um curso no Ensino Superior. No entanto, a P32GOV6 no final da intervenção, 6 meses, e 1 ano depois, encontrava-se, ainda, em casa. O P33GOV6, no final da intervenção, encontrava-se a aguardar as colocações no Ensino Superior. 6 meses após a intervenção e 1 ano depois, encontrava-se a frequentar o Ensino Superior.

O P34GOV6 pretendia encontrar emprego, mas para isso, tinha como objetivo controlar a sua ansiedade, pois esta prejudicava bastante o seu desempenho profissional. Na intervenção, treinaram-se técnicas de controlo de ansiedade, nomeadamente, a respiração diafragmática e o relaxamento, e efetuou-se uma simulação de uma situação laboral ansiogénica. Durante a intervenção, o P34GOV6 esteve a trabalhar em *part-time*, mas acabou por ficar novamente desempregado. No final da intervenção e 6 meses depois, estava desempregado e encontrava-se a frequentar um curso de espanhol e um

grupo de teatro. 1 ano depois da intervenção, após ter tido várias experiências de emprego temporárias, encontrava-se empregado.

O objetivo do P35GOV6 era encontrar emprego, por isso, durante as sessões, ele teve que elaborar o seu Currículo *Vitae*, carta de apresentação e submeter-se a uma simulação de entrevista de emprego, dentro da sala. Durante a intervenção desenvolveu voluntariado como jardineiro na APPC; no final da mesma e 6 meses depois, mantinha-se como voluntário. 1 ano após a intervenção, para além do voluntariado, encontrava-se a frequentar um curso de informática.

Grupo 7

A P36GOV7 tinha como objetivo aprender como encontrar emprego. Nas sessões, explicitaram-se todos os passos subjacentes à procura de emprego e teve de elaborar o seu Currículo *Vitae*, uma carta de apresentação e submeter-se a uma simulação de entrevista de emprego, dentro da sala. No final da intervenção e 6 meses depois, encontrava-se a frequentar o 4º ano do Ensino Superior. 1 ano após a intervenção, encontrava-se a concluir o Ensino Superior.

O objetivo do P37GOV7 era melhorar o seu desempenho desportivo e a sua forma física. Para isso, nas sessões elaborou-se um plano de treino e alimentação. Durante a intervenção, perdeu cerca de 7 kg. No final da intervenção, a sua equipa de futebol adaptado ficou classificada em primeiro lugar na competição Nacional, tendo ele sido considerado um dos melhores marcadores. 6 meses após a intervenção e 1 ano depois, continuava com o mesmo peso e continuava com um excelente desempenho no futebol.

O P38GOV7 pretendia melhorar algumas competências pessoais e sociais. Nas sessões, exploraram-se questões acerca da sua independência e autonomia. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a trabalhar e considerava estar mais esclarecido no que se referia à PC.

A P39GOV7 tinha como objetivo melhorar algumas competências pessoais e sociais, nomeadamente, no confronto com os outros; pretendia ser mais assertiva e não agressiva. Na intervenção, foram dadas orientações acerca da comunicação assertiva e o seu uso foi treinado através de uma simulação de uma situação específica. A P39GOV7 no final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se em casa, e considerava ter concretizado o seu objetivo.

O P40GOV7 pretendia melhorar algumas competências pessoais e sociais, que o impediam de se focalizar nos estudos e ter sucesso. O seu objetivo não pôde ser especificamente trabalhado dado que o P40GOV7 faltou às respetivas sessões. No final da intervenção e 6 meses depois, encontrava-se a frequentar o 4º ano do Ensino Superior. 1 ano após a intervenção, encontrava-se a concluir o Ensino Superior.

O P41GOV7 tinha como objetivo ter Orientação Profissional. Durante a intervenção notaram-se grandes dificuldades ao nível da leitura e escrita, pelo que o P41GOV7 foi encaminhado para aulas para adultos, a decorrerem na APCB. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a frequentar as aulas para adultos, no sentido de treinar a sua leitura e escrita e de aprender competências ao nível informático, que lhe permitirão aceder a um maior grau de escolaridade, através da iniciativa Novas Oportunidades e, posteriormente, encontrar um emprego.

O P42GOV7 pretendia ser campeão paralímpico de *Boccia*, mas para isso, necessitava de controlar a sua ansiedade nos jogos, pois isso afetava o seu desempenho. Na intervenção, treinaram-se técnicas de controlo de ansiedade, nomeadamente, a respiração diafragmática e o relaxamento, e efetuou-se uma simulação de uma situação ansiogénica. Após a intervenção, 6 meses e 1 ano depois, o P42GOV7 encontrava-se a treinar para a Seleção Nacional de *Boccia*.

Resumo geral do funcionamento dos grupos

Seguidamente, apresenta-se um resumo geral do funcionamento de cada grupo.

Grupo 1

- Neste grupo, apenas dois dos elementos já tinham participado numa IPG, no passado. Um deles, inclusivamente, tinha apoio psicológico quinzenal e outro tinha tido acompanhamento psicológico no passado.
- Nenhum dos elementos do grupo se conhecia previamente.
- Este foi um grupo bastante coeso e unido, que se apoiava mutuamente.
- Na maior parte das sessões, saía cerca de metade do grupo antes de terminar a sessão, devido a restrições de horário. A sessão começava quase sempre mais tarde, porque a sessão anterior (do Grupo de Apoio para Cuidadores) atrasava sempre o seu início, pois os participantes raramente cumpriam o horário.
- Os objetivos selecionados neste grupo eram semelhantes, o que facilitou a sua exploração e trabalho no seio do grupo.

- O grupo era bastante dedicado nas sessões e também nos TPC's, mas por vezes, era necessário utilizar uma postura mais rígida para que se mantivessem em silêncio enquanto se explicava o que era pretendido na sessão. Os elementos do grupo tornaram-se todos amigos e levavam para o grupo vários assuntos para conversar, pois como estavam juntos à espera que iniciasse a sessão, conversavam, e na sessão, pretendiam continuar essa conversa.

Grupo 2

- Neste grupo, apenas um dos elementos já tinha participado numa IPG, no passado. Um outro elemento tinha apoio psicológico quinzenal.

- Nenhum dos elementos do grupo se conhecia previamente.

- Neste grupo não se verificou grande coesão. Na realidade, neste grupo, os elementos acabaram por faltar repetidas vezes, havendo sessões em que apenas estavam presentes 2 ou 3 elementos, o que acabou por perturbar o decurso da intervenção e a sua continuidade. Estes participantes não tiveram a oportunidade de se conhecerem melhor e o trabalho que foi realizado nas sessões acabou por ser mais individualizado que grupal. No entanto, os objetivos selecionados neste grupo eram semelhantes, o que facilitou a sua exploração e trabalho no seio do grupo. Alguns elementos do grupo eram bastante participativos e dedicados nas atividades das sessões e também nos TPC's, mas outros nem tanto, necessitando de maior incentivo.

Grupo 3

- Neste grupo, apenas um dos elementos já tinha participado numa IPG, no passado. Um outro elemento tinha apoio psicológico quinzenal.

- Nenhum dos elementos do grupo se conhecia previamente.

- Este grupo, apesar de ter apenas 3 elementos, acabou por funcionar bem, não tendo havido muitas faltas. Os participantes aceitaram-se bem, apesar de no início, haver alguma dificuldade pois um dos participantes apresentava algumas dificuldades ao nível da fala, o que fazia com que os outros não o compreendessem muito bem. No entanto, esta limitação, com o tempo, foi ultrapassada, e o grupo tornou-se coeso.

- Os objetivos deste grupo eram todos diferentes, mas como se tratava de um grupo pequeno, houve a oportunidade de se trabalharem todos, permitindo um trabalho, ao mesmo tempo, individual e grupal. Os participantes mostraram-se dedicados tanto nas

atividades como nos TPC's, apesar de ter sido sempre necessário um pouco de incentivo.

Grupo 4

- Neste grupo, três dos elementos já tinham participado numa IPG, no passado. Dois deles, inclusivamente, tinham apoio psicológico quinzenal; outros dois elementos do grupo tinham tido acompanhamento psicológico no passado.

- Todos os elementos do grupo já se conheciam previamente, pois tentavam participar em qualquer uma das atividades propostas pela instituição.

- Este foi um grupo que, inicialmente, se mostrou bastante problemático. Era composto por jovens que, na sua maioria, se encontravam em casa já há alguns anos, sem perspectivas de mudança. A maior parte encontrava-se revoltada pela falta de oportunidades e, também, pelas grandes barreiras físicas que encontravam no seu dia a dia. Foi um grupo no qual surgiram muitos conflitos entre os participantes, mas que foram sendo resolvidos, e foram diminuindo à medida que o tempo foi passando. Neste grupo, houve também um grande nº de faltas por parte de alguns dos participantes.

- Pela sua história de vida e percurso, estes jovens estavam a participar no grupo para não estarem em casa e esperavam, no grupo, passar o tempo de forma divertida; não esperavam ter de trabalhar e de se esforçar. Desta forma, foi um grupo bastante trabalhoso, no sentido em que era sempre necessário muito incentivo para a realização de cada atividade e, também, um grande apoio na concretização das mesmas, inclusive nos TPC's. Neste grupo, a linguagem utilizada teve de ser bastante adaptada, pois havia algumas dificuldades de compreensão.

- Os objetivos seleccionados neste grupo eram semelhantes, o que facilitou a sua exploração e trabalho no seio do grupo.

Grupo 5

- Neste grupo, seis dos elementos já tinham participado numa IPG, no passado. Dois dos participantes tinham tido acompanhamento psicológico no passado.

- Vários elementos do grupo já se conheciam previamente, o que fez com que a coesão do grupo emergisse muito rapidamente, tendo havido uma grande identificação entre os elementos do grupo. Um outro fator que contribuiu para o desenvolvimento da coesão grupal foi o facto de os participantes serem bastante assíduos.

- Os objetivos dos participantes eram muito semelhantes o que facilitou o seu trabalho nas sessões.
- Este grupo foi bastante participativo, estava sempre disposto a trabalhar e cada atividade apresentada era encarada como um desafio, que tentavam logo resolver. Foi um grupo que se apoiou bastante e onde se desenvolveram amizades muito fortes que continuaram muito para além das sessões. Foi um grupo que deu sempre o seu melhor e que trabalhou bastante.

Grupo 6

- Neste grupo, apenas um dos elementos já tinha participado numa IPG, no passado. Dois deles tinham apoio psicológico quinzenal; outro elemento do grupo tinha tido acompanhamento psicológico no passado.
- Nenhum dos elementos do grupo se conhecia previamente.
- Este grupo, apesar de ser pequeno, acabou por funcionar bem, não tendo havido muitas faltas. Os participantes aceitaram-se e apoiaram-se bastante, acabando por se tornarem num grupo coeso.
- Um dos participantes tinha algumas dificuldades de compreensão; tendo uma história passada de alcoolismo e crises de epilepsia recorrentes. Ainda assim, os outros membros do grupo, mostraram-se muito disponíveis para o ajudar e apoiar sempre que necessário, tanto nas atividades da sessão, como fora delas.
- Os objetivos selecionados neste grupo eram semelhantes, o que facilitou a sua exploração e trabalho no seio do grupo.
- O grupo foi bastante dedicado e cumpriu todas as atividades propostas, sem ser necessário muito incentivo.

Grupo 7

- Este grupo decorreu na APCB, sendo composto por jovens que se conheciam previamente. Muitos deles, eram atletas do mesmo clube, por isso, a coesão surgiu quase que imediatamente.
- Neste grupo, nenhum dos elementos tinha participado numa IPG. Um deles, no entanto, já tinha tido acompanhamento psicológico no passado.
- Os participantes aceitaram-se bem, apesar de no início, haver alguma dificuldade pois um dos participantes apresentava muitas dificuldades ao nível da fala, o que fazia com

que os outros não o compreendessem muito bem. No entanto, esta limitação, com o tempo, foi ultrapassada, e o grupo tornou-se coeso.

- Estes jovens já não recorriam à instituição há alguns anos, visto o apoio prestado a adultos ser muito reduzido. Acolheram muito bem a intervenção e esforçaram-se para ter uma boa participação, tanto nas atividades das sessões como nos TPC's.
- Os objetivos selecionados por este grupo foram muito díspares, o que fez com que se necessitasse de mais sessões para se trabalharem todos os objetivos.
- Este grupo foi bastante dedicado à intervenção, registando-se poucas faltas.

Avaliação da intervenção

No quadro 23 expõem-se os resultados da avaliação da intervenção efetuada pelos participantes, através de uma ficha de trabalho.

Quadro 23: Avaliação da Intervenção dos Indivíduos com Paralisia Cerebral

1. Como chamarias a esta aventura?	
Grupo 1	<p><i>Posso dizer que esta aventura foi totalmente inesperada, mas que superou totalmente as minhas expectativas iniciais em termos pessoais e de interação social com outras pessoas, já que, de uma forma ou de outra, todos nos identificamos e compreendemos uns aos outros, pois temos dúvidas, receios e perguntas similares. (P1GOV1)</i></p> <p><i>Traçar de um caminho para alcançar um objetivo. (P2GOV1)</i></p> <p><i>Novos Conhecimentos. (P3GOV1)</i></p> <p><i>O desafio da procura de emprego. (P4GOV1)</i></p> <p><i>“O conhecimento do nosso ser”, pois esta aventura teve como base o nosso próprio conhecimento e a troca de ideias com os outros. (P6GOV1)</i></p> <p><i>À procura dum futuro melhor. (P7GOV1)</i></p> <p><i>Ultrapassar medos e ansiedade. (P8GOV1)</i></p>
Grupo 2	<p><i>O grupo dos inseguros. (P9GOV2)</i></p> <p><i>A descoberta. (P10GOV2)</i></p> <p><i>A Mudança. (P11GOV2)</i></p> <p><i>Os rapazes corajosos. (P12GOV2)</i></p>
Grupo 3	<p><i>Aventureiros. (P14GOV3)</i></p> <p><i>O grupo dos aventureiros. (P15GOV3)</i></p> <p><i>Os Dianeiros. (P16GOV3)</i></p>
Grupo	<p><i>Interessante. (P17GOV4)</i></p> <p><i>Oportunidade para o futuro. (P18GOV4)</i></p>

	<p>P20GOV4 não respondeu.</p> <p><i>Os traquinas. (P22GOV4)</i></p>
Grupo 5	<p><i>Triunfante. (P24GOV5)</i></p> <p><i>O Voo. Na natureza, um pássaro para voar fá-lo sozinho. No entanto, antes de o fazer adquire as competências necessárias através dos ensinamentos da sua família (inicialmente) e, posteriormente, voa, pois tem objetivos concretos (procura de alimento, de companhia, ...). Penso que foi o que aconteceu nesta intervenção, a psicóloga presenteou todos os elementos com “ensinamentos” necessários a que todos os eles sentissem uma grande vontade de “voar” sozinhos. Para que tal acontecesse, incutiu-nos a importância que é ter esperança (sonhos, objetivos, de acreditar), da Auto-Eficácia (acreditar em nós próprios, nas nossas capacidades), bem como no suporte social (a importância de o apoio dos amigos, familiares e da sociedade). (P25GOV5)</i></p> <p><i>Muito positiva (P26GOV5)</i></p> <p><i>A descoberta do caminho numa união fantástica. (P27GOV5)</i></p> <p><i>Aventura de vencedores, pois ao ouvir os meus colegas de grupo percebi que apesar das limitações, lutamos por aquilo que queremos, com as histórias de vida de cada um. Cada uma das sessões penso que nos fortaleceu ainda mais para enfrentar os obstáculos que virão no futuro. (P28GOV5)</i></p> <p><i>Enriquecedora. (P29GOV5)</i></p> <p><i>Inesquecível. (P30GOV5)</i></p> <p><i>Locus Amenus. (P31GOV5)</i></p>
Grupo 6	<p><i>“O Puzzle”, porque as atividades que foram propostas nas sessões são como peças, que juntas permitiram construir algo enriquecedor. (P32GOV6)</i></p> <p><i>Uma caminhada de autoconhecimento que levou positivamente ao meu crescimento enquanto pessoa. Saber enfrentar a questão da ansiedade através de pequenas ferramentas úteis no futuro, foi bastante bom. (P34GOV6)</i></p> <p><i>Uma aventura especial. (P35GOV6)</i></p>
Grupo 7	<p><i>Bem-estar social. (P36GOV7)</i></p> <p><i>Caminhos cruzados. (P37GOV7)</i></p> <p><i>Caminhos Cruzados. (P38GOV7)</i></p> <p><i>Não há diferenças nem igualdades. (P39GOV7)</i></p> <p><i>A descoberta de outro “mundo” ou os limites são psicológicos, as barreiras com ambição são ultrapassadas. (P40GOV7)</i></p> <p><i>Caminhos Cruzados. (P42GOV7)</i></p>
2. Quem eras quando entraste para cá? (Como te sentias?)	
Gr	<i>Era uma pessoa muito menos confiante e insegura, sem saber como agir e reagir a</i>

	<p><i>determinadas situações. (P1GOV1)</i></p> <p><i>Era uma pessoa com menos autonomia e menos confiança em mim. (P2GOV1)</i></p> <p><i>Sentia-me bem e fiquei satisfeito com tudo o que aprendi. (P3GOV1)</i></p> <p><i>Muito tímida, com medo de falar e vergonha. (P4GOV1)</i></p> <p><i>Era uma pessoa com objetivos, mas com algum receio em realiza-los, pois pensava que não conseguia ultrapassar certos obstáculos que me poderiam vir a surgir. Era um pouco pessimista, pois para mim tudo o que fazia, tinha algum erro. (P6GOV1)</i></p> <p><i>Era alguém com esperanças, mas com alguma falta de confiança... sentia-me inseguro sobre as minhas capacidades e futuro. (P7GOV1)</i></p> <p><i>Era mais tímido. (P8GOV1)</i></p>
Grupo 2	<p><i>A mesma pessoa. (P9GOV2)</i></p> <p><i>Era uma pessoa ansiosa por partilhar experiências com pessoas com a mesmas dificuldades que eu. (P10GOV2)</i></p> <p><i>Sentia-me indeciso e inseguro quanto ao rumo a tomar com a minha vida depois de acabar a escola. (P11GOV2)</i></p> <p><i>Era uma pessoa que não tinha vontade; agora tenho. (P12GOV2)</i></p>
Grupo 3	<p><i>Era uma pessoa menos confiante nas minhas capacidades. (P14GOV3)</i></p> <p><i>Era uma pessoa simples e sentia-me bem. (P15GOV3)</i></p> <p><i>Amigo, bondoso e simpático, mas sentia-me nervoso. (P16GOV3)</i></p>
Grupo 4	<p><i>Acho que foi pouco tempo para poder responder. (P17GOV4)</i></p> <p><i>Senti uma sensação única, pois nunca tinha participado numa intervenção em grupo; gostava de poder fazer mais e melhor, para ajudar outras pessoas como nós. (P18GOV4)</i></p> <p><i>Era a mesma pessoa. (P20GOV4)</i></p> <p><i>Era uma pessoa normal, sentia-me em baixo e desanimado com a própria vida. (P22GOV4)</i></p>
Grupo 5	<p><i>Sentia uma curiosidade tremenda, não sabia muito bem o que poderia sair deste grupo, éramos todos muito diferentes. (P24GOV5)</i></p> <p><i>No início do processo de intervenção era uma pessoa desiludida consigo mesma e com os outros. Uma jovem desmotivada, controlada por medos que me incapacitavam de sonhar e de traçar objetivos. Apesar de tudo, sentia uma grande vontade de contrariar este estado de apatia em que me encontrava relativamente a todos e tudo o que me rodeava. (P25GOV5)</i></p> <p><i>Um bocadinho “com o pé atrás”. (P26GOV5)</i></p> <p><i>Quando entrei para esta aventura, “era eu, mas não eu”. Por outras palavras, quando entrei para o grupo era uma pessoa muito mais reservada, com bastantes esperanças do futuro, que falava pouco, talvez por timidez ou por acanhamento. (P27GOV5)</i></p> <p><i>Considerava-me um pouco tímida e tinha medo de expressar as minhas opiniões. Sentia-me uma pessoa muito reservada. (P28GOV5)</i></p>

	<i>Muito pouco confiante. E sentia-me pouco à vontade. (P29GOV5)</i>
	<i>Quando entrei encontrava-me numa fase desgastante, resultando daí pouca autoestima e falta de confiança naquilo que fazia e no que seria ou não capaz de fazer. Trazia comigo inúmeras incertezas, assim como o receio sempre presente de falhar perante os objetivos que delimitiei para mim. (P30GOV5)</i>
	<i>Uma pessoa completamente diferente daquela pela qual saí. Fui da Escuridão para a Luz. (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>Posso salientar que quando entrei para o grupo senti-me desanimada, sem alento para fazer o que quer que fosse. (P32GOV6)</i>
	<i>Uma pessoa em busca de ferramentas para lidar com a ansiedade. Foi esse o meu objetivo pessoal no grupo e foi para ele que trabalhei durante as sessões, quer trabalhando nas atividades que me eram destinadas, quer na participação e ajuda na dos meus colegas. (P34GOV6)</i>
	<i>Um zero à esquerda. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>Era uma pessoa com algum medo de arriscar em projetos futuros. (P36GOV7)</i>
	<i>Sentia-me a mesma pessoa, mas com menos conhecimentos e menos confiança. (P37GOV7)</i>
	<i>Sentia-me muito bem, realizado com a vida. (P38GOV7)</i>
	<i>Era uma jovem curiosa e com vontade de mais conhecimento. (P39GOV7)</i>
	<i>Era uma pessoa com horizontes menos amplos. Sentia-me um pouco desanimado com a vida. (P40GOV7)</i>
	<i>Sentia-me bem, mas tinha desejo de melhorar alguns problemas que sabia que tinha. (P42GOV7)</i>
3. Quais as expectativas que trazias quando entraste?	
Grupo 1	<i>As minhas expectativas não eram as melhores porque eu próprio não sabia como iria reagir ao passar a conviver mais frequentemente com pessoas com a mesma limitação que eu, uma vez que no meio em que eu estava inserido a única pessoa “diferente” era eu, apesar dos meus amigos não me fazerem sentir assim. (P1GOV1)</i>
	<i>Tinha a expectativa que este grupo teria pessoas com mais experiências de vida e que nos iríamos ajudar uns aos outros ao longo das sessões. (P2GOV1)</i>
	<i>Trazia boas expectativas e fiquei satisfeito com tudo o que aprendi. (P3GOV1)</i>
	<i>Esperava poder arranjar um emprego ou aprender como fazê-lo; que por acaso, foi o que aconteceu. (P4GOV1)</i>
	<i>Tinha a expectativa que seria um grupo em que pudéssemos partilhar experiências, objetivos e ideias; que seria um grupo amigo. (P6GOV1)</i>
	<i>Tinha a expectativa de melhorar certos aspetos para me tornar melhor tanto para mim como para a sociedade. (P7GOV1)</i>

	<i>Esperava fazer amigos novos. (P8GOV1)</i>
Grupo 2	<i>Trazia a expectativa de ficar a saber o que quero fazer. (P9GOV2)</i>
	<i>Esperava sentir-me compreendida, pois ia estar com pessoas com mesmas dificuldades. (P10GOV2)</i>
	<i>Sinceramente, eu não estava a contar que esta “aventura” me viesse a ajudar muito, mas com o passar do tempo, foi-me provado que estava enganado. (P11GOV2)</i>
	<i>As minhas expectativas eram boas. (P12GOV2)</i>
Grupo 3	<i>Tinha a expectativa que este grupo me iria ajudar a alcançar o meu objetivo. (P14GOV3)</i>
	<i>Esperava ficar melhor do que estava quando entrei. (P15GOV3)</i>
	<i>As minhas expectativas eram elevadas. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Eu achava que ia ser mais dinâmico. (P17GOV4)</i>
	<i>As minhas expectativas eram boas. (P18GOV4)</i>
	<i>P20GOV4 não respondeu.</i>
	<i>Tinha a expectativa de arranjar emprego e fazer novos amigos. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>Tinha vontade de analisar mais um grupo, de ver os seus pontos fortes e fracos. (P24GOV5)</i>
	<i>Aceitei o convite que me foi proposto por três motivos em particular. O primeiro diz respeito a pura solidariedade para com a psicóloga, pois na altura, estava a elaborar a minha monografia e pude verificar o quanto é difícil conseguir pessoas para este tipo de estudo e, como tal, não consegui recusar o convite (apesar de no fundo do meu íntimo desejar recusar, porque me era muito difícil frequentar o CRPCP). O segundo motivo era fazer novas amizades, mais propriamente, contactar com pessoas com PC, por isso, desde logo demonstrei a minha total disponibilidade para pertencer ao grupo de intervenção. O terceiro motivo prendia-se com a esperança que este tipo de intervenção me ajudasse a vencer alguns dos meus problemas, como os medos e a depressão. Lembro-me que na primeira sessão reinava a curiosidade de conhecer os outros jovens que iriam pertencer ao meu grupo e de saber se, realmente, a psicóloga iria atingir os objetivos do estudo em causa. (P25GOV5)</i>
	<i>Poucas. (P26GOV5)</i>
	<i>As minhas expectativas no início desta aventura eram de evoluir pessoalmente, isto é, não ter tanto receio de fazer as coisas para as quais hoje me sinto capaz de fazer, ser capaz arriscar mais, bem como perceber o que posso esperar, a nível profissional, e como alcançá-lo. (P27GOV5)</i>
	<i>Esperava que este grupo me ajudasse a definir um objetivo de vida, o que a meu ver foi bem conseguido; e a ganhar mais confiança em mim para enfrentar os obstáculos que a vida, por vezes, me traz. (P28GOV5)</i>
	<i>As expectativas que eu trazia eram, essencialmente: Será que vai valer a pena? O que irá</i>

	<i>acontecer? Será que vai ser bom para mim? (P29GOV5)</i>
	<i>As minhas expectativas eram nulas ou praticamente nulas. Trazia sim o receio que está adjacente a algo novo. Só conhecia um elemento do grupo e sentia-me um pouco deslocada. (P30GOV5)</i>
	<i>Não trazia nenhuma, pois pensava que não ia continuar. Ainda bem que me enganei! (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>Confesso que, inicialmente, não tinha quaisquer expectativas em relação ao grupo. Contudo, ao longo do tempo, pude aperceber-me que foram muito interessantes e úteis como novas aprendizagens. (P32GOV6)</i>
	<i>Tinha curiosidade em saber como se iriam desenrolar as atividades e uma expectativa grande em aprender. (P34GOV6)</i>
	<i>Esperava de tudo! Estava com curiosidade acerca do que ia acontecer e de como ia lidar com as outras pessoas. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>Quase nenhuma, pois não sabia o que me esperava, porque o tema “Bem-estar psicológico”, engloba muita coisa e é um tema que para um jovem em cadeira de rodas tem outro significado do que para um jovem sem cadeira de rodas. No meu caso não ando de cadeira de rodas, achei que estas sessões poderiam ajudar-me a estar na sociedade e aprender a não dizer sempre que sim a tudo, com medo de parecer estúpida no que digo ou magoar outras pessoas por não fazer o que elas querem (mas ao longo dos anos tenho aprendido que as pessoas que estão mais ou menos próximas de mim só precisam de mim quando digo “Ámen” a tudo o que me pedem pois fora disso sou má para eles). (P36GOV7)</i>
	<i>Curiosidade sobre as sessões, pois era a primeira vez iria participar de um grupo do género. (P37GOV7)</i>
	<i>As expectativas que trazia eram comparar o meu modo de vida com o modo de vida das outras pessoas envolvidas no projeto. (P38GOV7)</i>
	<i>Nenhuma. (P39GOV7)</i>
	<i>Sem expectativas. Vim no intuito de ver o que ia acontecer. (P40GOV7)</i>
	<i>Pensava numa espécie de terapia de grupo em que nos íamos ajudar uns aos outros. (P42GOV7)</i>
4. As atividades que mais me ajudaram na elaboração do meu objetivo...	
Grupo 1	<i>Foram principalmente as atividades iniciais, onde aprendemos os passos para a elaboração do nosso objetivo de forma correta e, também, aprender os mecanismos de controlo de ansiedade. (P1GOV1)</i>
	<i>Ver a reportagem, que nos avisou que nunca devemos desistir ao primeiro obstáculo que nos surge na vida. Também aquela ficha onde tínhamos de dizer o que era o caminho, a iniciativa e o objetivo, e, por fim, a elaboração da carta de apresentação e a apresentação</i>

	<i>de uma pequena entrevista de emprego. (P2GOV1)</i>
	<i>Considerarei importantes todas as atividades realizadas. (P3GOV1)</i>
	<i>Ver um filme de um rapaz que o objetivo dele era pôr uma carrinha a andar e, de tanto insistir, conseguiu; e eu tenho que conseguir arranjar um emprego e nunca desistir do meu objetivo. (P4GOV1)</i>
	<i>Eu não posso ter a ideia de quais as atividades que me ajudaram na elaboração do meu objetivo, pois não me foi possível assistir a algumas sessões. (P6GOV1)</i>
	<i>A simulação da entrevista sobre a candidatura a um emprego. (P7GOV1)</i>
	<i>Saber como ir a uma entrevista de emprego. (P8GOV1)</i>
Grupo 2	<i>Não me recordo das atividades. (P9GOV2)</i>
	<i>Eu não participei em todas as atividades, mas todas as que participei ajudaram no meu objetivo. (P10GOV2)</i>
	<i>Sem dúvida as últimas 2 ou 3 atividades, nomeadamente, a elaboração do currículo e o ensaio de uma entrevista de trabalho. (P11GOV2)</i>
	<i>As atividades que me ajudaram foram ler aquelas frases. (P12GOV2)</i>
Grupo 3	<i>A definição dos objetivos. (P14GOV3)</i>
	<i>Fazer uma carta de apresentação. (P15GOV3)</i>
	<i>A reportagem. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Foram as conversas que tivemos e conhecer as diferentes opiniões. (P17GOV4)</i>
	<i>Conversar com as pessoas sobre coisas que eu nunca ouvi falar, como por exemplo, o emprego que eles conseguiram ter. (P18GOV4)</i>
	<i>Nenhum aspeto me marcou mais. (P20GOV4)</i>
	<i>Fazer o Curriculum Vitae. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>P24GOV5 não respondeu.</i>
	<i>Para mim, todas as atividades tiveram a sua importância, pois todas elas se encontravam interligadas e uma só fazia sentido porque houve anterior e haveria outra posterior. No entanto, a visualização do excerto da série, da reportagem, bem como a sua reflexão tiveram em mim um significado especial. Aprendi que, apesar das adversidades da vida é sempre possível recomeçar, mas que para tal é necessário percorrer o nosso caminho com as nossas próprias pernas ou cadeira de rodas. (P25GOV5)</i>
	<i>Um pouco de todas. (P26GOV5)</i>
	<i>Eleger uma atividade específica, torna-se difícil, porque todas elas tiveram o seu contributo no caminho percorrido durante esta aventura. Contudo, uma das atividades que mais me ajudou na elaboração do meu objetivo foi a de descrever um episódio marcante da minha vida, nomeadamente, os objetivos de vida definidos e como os alcancei. Esta atividade permitiu não só partilhar a minha história com o grupo, como também ouvir as delas,</i>

	<p><i>possibilitando, assim, perceber que todos nós definimos objetivos que conseguimos alcançar, que todos passamos por obstáculos que, por vezes, eram comuns nas várias histórias. Para além desta, uma outra atividade que gostei e me ajudou no meu objetivo foi de tentar de fazer pela primeira vez o meu currículo, bem como aprender a fazer uma carta de apresentação. Para terminar, outra atividade que me auxiliou na elaboração do projeto foi a simulação de entrevista para estágio/emprego. (P27GOV5)</i></p>
	<p><i>Foram, essencialmente, as conversas que tive com os elementos do grupo e psicóloga; expor a minha satisfação com o meu objetivo, assim como o medo de não o conseguir concretizar. (P28GOV5)</i></p>
	<p><i>A partilha de histórias entre os vários elementos do grupo. Deu-me mais autoconfiança! (P29GOV5)</i></p>
	<p><i>Não consigo enumerar as atividades, pois para mim todas foram bastante importantes e todas me tocaram de forma diferente. Todas as sessões serviram para amadurecer, para combater receios, para fazer partilha de experiências, para me enriquecer e para aos poucos e poucos, com o avançar do tempo, ir evoluindo. Todas possibilitaram uma experiência inesquecível. Só o conjunto de todas as sessões permitiu o meu crescimento. (P30GOV5)</i></p>
	<p><i>A discussão pessoal de certos aspetos da minha vida, sempre com o apoio total dos meus colegas, que achei sempre fantástico surpreendeu-me bastante. (P31GOV5)</i></p>
Grupo 6	<p><i>Foram, em primeiro lugar, a sessão de relaxamento uma vez que aprendi técnicas para controlar a ansiedade. Outra das sessões a destacar foi aquela na qual tive a oportunidade de ouvir o testemunho de jovens que tal como eu, estavam indecisos no seu percurso, mas através destas sessões conseguiram definir o seu caminho. (P32GOV6)</i></p>
	<p><i>Tendo eu o meu objetivo definido à partida, as atividades que me ajudaram mais foram a técnica de relaxamento e respiração, e a simulação de uma situação onde a ansiedade era elevada, para aprender a usar a respiração e a controla-la. (P34GOV6)</i></p>
	<p><i>A simulação da entrevista de emprego, porque me chamou mais a atenção. (P35GOV6)</i></p>
Grupo 7	<p><i>As últimas atividades, pois aprendi a elaborar melhor um curriculum e, sobretudo, a que mais gostei foi a simulação de uma entrevista para um possível emprego. (P36GOV7)</i></p>
	<p><i>O preenchimento do planeamento alimentar e dos treinos semanais, pois serviu para ajudar a controlar de alguma forma a intensidade de treinos e a controlar o tipo de alimentação. (P37GOV7)</i></p>
	<p><i>Foi ouvir as opiniões das pessoas para ajudar-me melhor a definir o meu objetivo. (P38GOV7)</i></p>
	<p><i>A sessão de relaxamento e ouvir os meus colegas do grupo a dizerem o que sentiam. (P39GOV7)</i></p>

	<i>Todas as sessões em que participei, todos podemos ter um objetivo e todos eles nos puderam dar ajudar para concretizar o nosso. (P40GOV7)</i>
	<i>A minha simulação e a aprendizagem da respiração para relaxar. (P42GOV7)</i>
5. As atividades que menos me ajudaram na elaboração do meu objetivo...	
Grupo 1	<i>Não consigo especificar nenhuma atividade que me tenha ajudado menos porque o objetivo de todas as atividades era ajudar-nos a conseguir atingir o que nós queríamos, tanto pessoal como profissionalmente, e penso que isso foi conseguido, portanto, penso que todas as atividades tiveram a sua utilidade. (P1GOV1)</i>
	<i>Aquele jogo em que nós tínhamos um texto com uns símbolos e tínhamos de desvendar o que estava lá escrito. (P2GOV1)</i>
	<i>Nenhuma, tudo me trouxe novos conhecimentos. (P3GOV1)</i>
	<i>Foi uma tarefa em que tínhamos que ficar presos uns aos outros com um novelo de lã. (P4GOV1)</i>
	<i>Nesta questão, entram também aqui, os motivos referidos na questão anterior. (P6GOV1)</i>
	<i>Não tenho essa noção. (P7GOV1)</i>
	<i>Descodificar frases. (P8GOV1)</i>
Grupo 2	<i>Não me recordo das atividades. (P9GOV2)</i>
	<i>Não houve atividades que não me ajudassem no meu objetivo pois, se não o alcancei, a culpa foi minha. (P10GOV2)</i>
	<i>A reportagem com jovens deficientes. (P11GOV2)</i>
	<i>Todas ajudaram. Não há uma que não gostasse, pois todas são para melhorar. (P12GOV2)</i>
Grupo 3	<i>Não me lembro das atividades todas... (P14GOV3)</i>
	<i>A Banda Desenhada da Mafalda. (P15GOV3)</i>
	<i>Nenhuma. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Tivemos muitos momentos em que fomos demasiado lentos. (P17GOV4)</i>
	<i>Falar sobre como procurar um emprego. (P18GOV4)</i>
	<i>Nenhum aspeto me marcou mais. (P20GOV4)</i>
	<i>Os jogos que fizemos no início das sessões. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>P24GOV5 não respondeu.</i>
	<i>A atividade que, talvez me tenha ajudado menos na elaboração do meu objetivo, foi ouvir a histórias dos meus colegas relativamente à sua vida universitária; pois lembrou-me que um dia tive uma experiência semelhante e que desejo esquecer. (P25GOV5)</i>
	<i>P26GOV5 não respondeu.</i>
	<i>Não tenho nenhuma a assinalar, penso que todas, por mais pequenas e insignificantes que fossem me ajudaram muito, até mesmo a sessão de relaxamento. (P27GOV5)</i>
	<i>Essencialmente, quando as sessões se tornavam repetitivas. (P28GOV5)</i>

	<i>Nenhuma. Penso que, de certa forma, embora umas mais importantes que outras, todas ajudaram. (P29GOV5)</i>
	<i>Não posso considerar que tenham existido propriamente atividades que me tivessem ajudado menos na elaboração do meu projeto. O meu projeto depende em tudo de mim e o alcance desse objetivo está nas minhas mãos. No entanto, posso dizer que a sessão de relaxamento tenha sido talvez a que menos contribuiu para o alcance do meu objetivo. No entanto, não deixou de ser importante e possibilitou, como todas as outras, uma aprendizagem. (P30GOV5)</i>
	<i>Não tenho nenhuma a assinalar, porque penso que todas, por mais pequenas e insignificantes que fossem, me ajudaram muito. (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>Todas as atividades, na sua medida, contribuíram não só para a elaboração do meu objetivo, mas também construíram novas aprendizagens que permitiram uma evolução e autoconhecimento. (P32GOV6)</i>
	<i>Não houve nenhuma que não me ajudasse de uma forma ou de outra. (P34GOV6)</i>
	<i>Nada. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>A sessão de relaxamento, porque não consegui relaxar. (P36GOV7)</i>
	<i>As de pouca atividade física, já que o meu objetivo é ter uma boa forma física. (P37GOV7)</i>
	<i>O Zig-Zag. (P38GOV7)</i>
	<i>Nenhuma. (P39GOV7)</i>
	<i>Nenhuma. (P40GOV7)</i>
	<i>Algumas simulações de outros colegas não me disseram muito... (P42GOV7)</i>
6. Que outros caminhos gostarias de ter percorrido?	
Grupo 1	<i>Os caminhos percorridos nesta intervenção foram extremamente úteis, não consigo propor nada melhor pois se tivesse de o fazer, o tipo de assuntos que abordaria seriam precisamente estes. (P1GOV1)</i>
	<i>Andar mais atrás do objetivo que quero para o conseguir o mais rápido possível. (P2GOV1)</i>
	<i>Na minha maneira de entender não vejo outros caminhos que gostaria de ter percorrido porque acho que sempre esclareci tudo aquilo que quis. (P3GOV1)</i>
	<i>Talvez ir às empresas, conhecer e falar com os patrões para que eles percebam que nós, deficientes, podemos ser melhores do que as outras pessoas, e que também precisamos de trabalhar e ganhar dinheiro, como toda a gente; e não sermos excluídos; afinal somos todos iguais. E também ir à televisão. (P4GOV1)</i>
	<i>Poder ter assistido a mais sessões e partilhar mais com os outros. (P6GOV1)</i>
	<i>Nenhum outro, o caminho percorrido não traz já a sua recompensa no presente imediato, mas sim num futuro próximo. (P7GOV1)</i>
	<i>Aprender mais. (P8GOV1)</i>

Grupo 2	<i>Não sei. (P9GOV2)</i>
	<i>Gostaria de ter estado nas sessões todas. (P10GOV2)</i>
	<i>Não tenho nenhum em particular. (P11GOV2)</i>
	P12GOV2 não respondeu.
Grupo 3	<i>Gostaria de ter trabalhado o objetivo arranjar um emprego. (P14GOV3)</i>
	<i>Se não fosse arranjar um emprego melhor, talvez fosse arranjar algum curso que me interessasse mais. (P15GOV3)</i>
	<i>Gostaria de ter feito o meu currículo. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Ter mais sessões. (P17GOV4)</i>
	P18GOV4 não respondeu.
	P20GOV4 não respondeu.
	<i>Tirar o 12º ano. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>Talvez ter optado pelo bem-estar físico, como objetivo a alcançar. (P24GOV5)</i>
	<i>Gostaria de ter tentado o objetivo “escolha de um novo curso” (não unicamente curso superior). Mas na altura, o objetivo “arranjar um emprego” fazia mais sentido, era o que verdadeiramente sentia necessidade de trabalhar/ explorar. (P25GOV5)</i>
	P26GOV5 não respondeu.
	<i>Se me dessem a oportunidade de mudar os caminhos percorridos durante esta aventura, não o faria. O que vivi durante as sessões foi único e levou-me a um crescimento bastante significativo, quer a nível pessoal, como a nível do meu futuro profissional. (P27GOV5)</i>
	<i>Penso que todas as atividades foram bem conseguidas e que, enquanto grupo, nos ajudamos mutuamente; a meu ver não vejo outro caminho que possa ter percorrido a não ser este. (P28GOV5)</i>
	<i>Para mim, percorremos os caminhos essenciais, pelo menos nesta fase da minha vida. (P29GOV5)</i>
	<i>Fazendo uma retrospeção percorreria os mesmos caminhos. (P30GOV5)</i>
	P31GOV5 não respondeu.
Grupo 6	<i>Gostaria que tivesse tido mais tempo para aprofundar mais as sessões de esclarecimento acerca das saídas profissionais. (P32GOV6)</i>
	<i>Ter feito mais sessões de relaxamento e situações de stress onde pudesse pôr em prática o controlo da respiração e, conseqüentemente, da ansiedade. (P34GOV6)</i>
	<i>Conhecer melhor a história passada de cada um. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>Pegar em situações reais, do dia a dia, e saber responder à altura. Por exemplo: quando eu tento comprar alguma coisa na “feira” e as pessoas tentam e conseguem-me enganar como deverei reagir? (uma vez perguntei quanto custavam os bolos e a senhora disse-me XXX, e eu pedi um de cada pois já tinha comprado à um mês atrás e todos custavam XXX, depois</i>

	<p><i>quando foi pagar a dita senhora disse após já ter embrulhado os bolos que era XXXXX e ainda se riu após eu lhe ter dado o dinheiro. Sei que na feira temos que ser espertos, mas se fosse hoje deixava ficar lá os bolos e ela que os comesse). Mas estou a dizer isto tudo porque jovens da minha idade já tinham respondido à altura, e no meu caso comecei tarde a fazer as coisas sozinha, e recados que fazia quando era nova foi a pessoas que conheciam a minha mãe. Sei que é um exemplo que qualquer pessoa deficiente ou não, deve aprender com a idade e experiência, mas podia falar de situações semelhantes a esta como comprar um móvel para a casa, um carro.... (P36GOV7)</i></p>
	<p><i>Gostava de ter tido a oportunidade de treinar num clube com melhores condições desportivas. (P37GOV7)</i></p>
	<p><i>Gostava de ter explorado a relação do bem-estar com a Paralisia Cerebral; a confiança das pessoas com Paralisia Cerebral para atingir os objetivos no mundo das pessoas ditas normais. (P38GOV7)</i></p>
	<p><i>Não sei. (P39GOV7)</i></p>
	<p><i>Para a atividade que foi, percorremos os caminhos “chave”, vendo na perspetiva do tempo. Foi excelente. Outros caminhos, talvez havendo um continuar os caminhos iriam surgindo. (P40GOV7)</i></p>
	<p><i>Gostava que trabalhássemos mais os objetivos de cada um. (P42GOV7)</i></p>
<p>7. Como foi andar cá? O que sentiste?</p>	
Grupo 1	<p><i>No início foi difícil, porque não tinha grandes expectativas quanto à intervenção e não havia grande entrosamento entre as pessoas do grupo, o que contribuiu para esse receio; mas, à medida que nos fomos conhecendo e ganhando entrosamento esse receio desapareceu e a vontade de aparecer em cada semana, a cada intervenção aumentou até à última sessão. (P1GOV1)</i></p>
	<p><i>No início, custou-me um bocado andar no grupo por não conhecer ninguém, mas ao longo das sessões, fui ganhando mais confiança e já me sentia muito bem. (P2GOV1)</i></p>
	<p><i>Foi bom, achei importante e senti-me bem e satisfeito ao longo de todo este tempo. (P3GOV1)</i></p>
	<p><i>Foi muito bom, para além das amizades que fiz e de conhecer pessoas novas; como estou desempregada, sair de casa e ir para o CRPCP foi bom. (P4GOV1)</i></p>
	<p><i>Andar no grupo foi uma experiência muito boa, pois deu-me mais conhecimentos sobre mim; deu-me capacidade de conhecer pessoas novas. Senti-me bem, pois interagi com pessoas novas e deu para conhecer um pouco mais de mim. (P6GOV1)</i></p>
	<p><i>Foi bom. Senti-me cada vez melhor com o decorrer das sessões. Senti e percebi que não era o único com problemas e complexos sobre a minha vivência diária. (P7GOV1)</i></p>
	<p><i>Foi divertido. Senti-me bem. (P8GOV1)</i></p>

Grupo 2	<i>Foi bom. Senti que há mais pessoas como eu e com mais ou menos os mesmos problemas. (P9GOV2)</i>
	<i>Andar por cá fazia-me sentir bem e mais calma. (P10GOV2)</i>
	<i>Foi bom. Senti-me muito bem. Sinto que não foi tempo perdido, mas sim bem investido. (P11GOV2)</i>
	<i>Foi bom, porque aprendemos muitas coisas. (P12GOV2)</i>
Grupo 3	<i>Foi bom. Senti que as coisas não são tão difíceis como parecem. (P14GOV3)</i>
	<i>Foi muito bom. Sentia-me bem. (P15GOV3)</i>
	<i>Bem bom. Senti-me realizado. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	P17GOV4 não respondeu.
	<i>Apenas foi um grupo de desenvolvimento, para uma pessoa se divertir e passar o tempo. (P20GOV4)</i>
	<i>Foi divertido. Senti que foi espetacular estar com o grupo, pois aprendi muitas coisas. (P18GOV4)</i>
	<i>Foi bom e senti uma grande alegria. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>Andar neste grupo foi muito bom. Senti-me feliz por mais uma vez ter participado num grupo. (P24GOV5)</i>
	<i>Para mim, cada sessão era uma grande surpresa, uma aprendizagem para a vida. Com o decorrer das sessões senti-me cada vez mais à vontade com os meus colegas e com a psicóloga, uma grande amizade por todos (incluindo a psicóloga), uma grande admiração pela grande competência profissional e humana da psicóloga. Observei também que a cada sessão que passava sentia mudanças concretas na forma como me vejo relativamente a ter PC. (P25GOV5)</i>
	<i>Mais confiante. (P26GOV5)</i>
	<i>Descrever o que senti ao longo desta aventura é para mim uma tarefa complicada. Por mais que tente encontrar as palavras adequadas nunca serão as corretas para traduzir todas as vivências que aqui fui encontrando. Posso sim dizer que será um momento inesquecível e pela positiva. Conheci pessoas que jamais quero deixar de as conhecer, partilhei experiências e senti que os meus problemas e as minhas dificuldades não são únicos. (P27GOV5)</i>
	<i>Foi muito bom; sinto que com estas sessões fiquei mais adulta, percebi que com elas sou capaz de fazer planos que antes me pareciam impossíveis. (P28GOV5)</i>
	<i>Foi bom. Senti-me bem, e com o passar do tempo, fui ganhando mais à vontade com os vários elementos do grupo. (P29GOV5)</i>
	<i>Andar nestas sessões constituiu uma experiência única. Cresci enquanto pessoa e combati alguns dos meus medos, aprendi a lidar melhor com aquilo que sou, aprendi que nem</i>

	<i>sempre o desconhecido é mau, aprendi a confiar mais em mim e naquilo que faço. Ao longo das sessões, fui-me sentindo mais confiante e com mais força para enfrentar o que se avizinha. (P30GOV5)</i>
	<i>Foi espetacular. (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>Senti-me enriquecida, uma vez que através das atividades pude contactar com outros jovens com vivências diferentes das minhas. (P32GOV6)</i>
	<i>Senti-me útil. Primeiro, porque estava a trabalhar para um objetivo que tinha traçado e a arranjar mecanismos e ferramentas para o alcançar através de pequenos passos mas visíveis. Segundo, porque através do meu testemunho creio e espero ter ajudado, de alguma forma, os meus colegas. (P34GOV6)</i>
	<i>Foi bom, aprendi muitas coisas novas. Ao longo do tempo comecei a ver as coisas por outro lado. Foi bom para mim. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>Foi bom. Conheci novos colegas e guardei a experiência de vida deles pois poderá ser-me útil um dia. (P36GOV7)</i>
	<i>De um modo geral, todos aprendemos muito sobre nós, a conhecer os nossos limites, a quebrar barreiras, a ter atitudes assertivas. Sinto-me mais capaz de enfrentar a vida. (P37GOV7)</i>
	<i>Foi ótimo, e senti que paralisia cerebral difere de pessoa para pessoa. (P38GOV7)</i>
	<i>Foi uma experiência muito enriquecedora para mim e senti-me integrada no grupo. (P39GOV7)</i>
	<i>Foi excelente. Senti um aliviar em alguns assuntos e percebi ainda mais a perspetiva da deficiência. (P40GOV7)</i>
	<i>Foi muito bom. Senti melhorias em relação ao melhor controlo da minha ansiedade. (P42GOV7)</i>
8. Os momentos mais marcantes e significativos da intervenção foram...	
Grupo 1	<i>Os momentos iniciais, devido ao receio por não saber como reagir ao lidar diretamente com pessoas com questões e dúvidas idênticas às minhas; e no final, já entrosado, a vontade de manter as sessões por mais tempo, se tivesse sido necessário e possível. (P1GOV1)</i>
	<i>O jogo do novelo, pois com ele conheci um pouco mais os meus colegas de grupo; e o jogo da caixa, que apesar de sabermos que não iria ter nada de mal dentro da caixa, ninguém queria ficar com ela; todos tinham medo do que estaria lá dentro. (P2GOV1)</i>
	<i>Para mim, foi, sem dúvida, alguns dos momentos falados das desigualdades, do sofrimento, das injustiças e também pelo modo como, por vezes, somos tratados. (P3GOV1)</i>
	<i>Conhecer o grupo, falar com eles e perceber que a vida de alguns era parecida com a minha e isso ajudou-me muito; porque afinal não sou só eu que tenho problemas. (P4GOV1)</i>
	<i>Eu não posso ter muita noção de quais foram os momentos mais marcantes da intervenção,</i>

	<i>pois não me foi possível assistir a algumas sessões; mas para mim, o primeiro dia; acho que foi mais marcante, pois foi o conhecimento dos elementos do grupo. (P6GOV1)</i>
	<i>Foi a amizade e comunicação com pessoas que realmente me percebem, sobre o que sou e o que quero para mim e para minha vida. (P7GOV1)</i>
	<i>As atividades que fazíamos em conjunto. (P8GOV1)</i>
Grupo 2	<i>Não sei. (P9GOV2)</i>
	<i>A elaboração da carta de apresentação e a sessão de relaxamento. (P10GOV2)</i>
	<i>O ensaio de uma entrevista, pois sinto que foi o mais produtivo para mim. (P11GOV2)</i>
	<i>Relaxar. (P12GOV2)</i>
Grupo 3	<i>As brincadeiras e a atividade da reportagem. (P14GOV3)</i>
	<i>As conversas que tivemos, que ajudaram muito. (P15GOV3)</i>
	<i>A reportagem. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Os vídeos que vimos. (P17GOV4)</i>
	<i>Estar com o grupo, conviver. (P18GOV4)</i>
	<i>P20GOV4 não respondeu.</i>
	<i>O relaxamento. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>A entreada de todos. (P24GOV5)</i>
	<i>Poderia enumerar uns quantos, mas elejo o momento que nos estávamos a deslocar pela sala e alguém chocou na cadeira de rodas de uma colega e disse que já nem se lembrava que tinha de ter cuidado por causa das cadeiras de rodas. De seguida, a psicóloga comentou que isso era um bom sinal, pois os elementos do grupo já tinham ultrapassado a barreira das presenças das cadeiras de rodas, o que significava que o grupo estava cada vez mais unido. Nesse momento, experimentei um grande sentimento de pertença e amizade por todos os meus colegas. (P25GOV5)</i>
	<i>A união do grupo. (P26GOV5)</i>
	<i>Todos, pois todos eles tiveram o seu contributo neste processo de crescimento pessoal. (P27GOV5)</i>
	<i>Ouvir a história de vida de cada um dos elementos e a amizade que ficou entre o grupo. (P28GOV5)</i>
	<i>Partilha das várias experiências pessoais e profissionais de cada um. (P29GOV5)</i>
	<i>A partilha de experiências entre todos os elementos do grupo, que permitiu aprendizagem, reflexão, ajuda e nos fez perceber que quando queremos e nos esforçamos somos tão capazes! Penso que a partilha de experiências que foi útil para que os elementos do grupo que, por ventura, venham a passar por situações idênticas, percebam que tudo se ultrapassa com maior ou menor esforço. (P30GOV5)</i>
	<i>Para mim, o momento mais marcante foi quando contei a situação que me levou à</i>

	<i>P10GOV2PC, anos depois de ter pertencer à mesma instituição; verificando que todos ficaram interessados em saber como consegui ultrapassar a minha situação, mas também vendo que me davam apoio e estavam curiosos. (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>Foram, sem dúvida, aqueles momentos que me permitiram ouvir os outros e retirar algo de positivo dessas situações. (P32GOV6)</i>
	<i>Todos marcaram à sua maneira pela ajuda direta ou indireta que nos deram, quer na procura do objetivo, quer depois em ferramentas para o futuro. No meu caso, reforço a importância da sessão de relaxamento e da simulação. (P34GOV6)</i>
	<i>A simulação da entrevista de emprego. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>A minha simulação de entrevista de emprego. (P36GOV7)</i>
	<i>A sessão de relaxamento e as simulações individuais. (P37GOV7)</i>
	<i>Foi ver as pessoas a concretizar os seus objetivos. (P38GOV7)</i>
	<i>A sessão de relaxamento e ouvir os meus colegas do grupo a dizerem o que sentiam. (P39GOV7)</i>
	<i>Todos em especial. (P40GOV7)</i>
	<i>A minha simulação e a sessão de relaxamento. (P42GOV7)</i>
9. Considero que a psicóloga foi...	
Grupo 1	<i>Foi extremamente profissional mas também bastante interventiva e exigente quando o grupo se dispersava e era necessária uma intervenção mais “rípida” da sua parte para voltar a “unir e controlar” o grupo novamente. Devo referir ainda a sua extrema humanidade e compreensão na ajuda de cada interveniente no processo quando este necessitasse da mesma. (P1GOV1)</i>
	<i>Foi uma pessoa simpática, organizada e acho que com este grupo consegui alcançar os objetivos que tinha planeado ao longo das sessões. (P2GOV1)</i>
	<i>Foi uma pessoa justa, simpática e amiga de todos nós, mostrando empenho e sempre me ajudou a esclarecer em todas as dúvidas que expus. Fui sempre bem recebido. (P3GOV1)</i>
	<i>Muito simpática, amiga ao mesmo tempo; tinha alturas que era dura, porque nós às vezes, queríamos brincadeira e não podia ser, porque nós tínhamos que trabalhar; era muito atenciosa às nossas conversas e muito querida. (P4GOV1)</i>
	<i>Foi uma pessoa interessada, empenhada em ajudar-nos, uma boa ouvinte e amiga. (P6GOV1)</i>
	<i>Esteve ao nível que a intervenção necessitava: alguém com compreensão, mas também com ideias próprias sobre o que se passa no mundo das pessoas com dificuldades; sem ter medo de dizer o que pensava. Talvez fosse mesmo o elo mais forte da intervenção, a ponte entre a sociedade e outra parte da população que muita gente "normal" desconfia da sua capacidade. (P7GOV1)</i>

	<i>Foi muito simpática e ajudou-me a descobrir os meus objetivos. (P8GOV1)</i>
Grupo 2	<i>Excelente profissional e amiga. (P9GOV2)</i>
	<i>Considero que a psicóloga interagiu muito bem e ajudou muito. (P10GOV2)</i>
	<i>Muito acessível e sempre disposta a ajudar-me e a elucidar-me sobre os caminhos que devia tomar. (P11GOV2)</i>
	<i>Foi boa porque falamos sobre os nossos problemas. (P12GOV2)</i>
Grupo 3	<i>Exigente. (P14GOV3)</i>
	<i>Muito boa. (P15GOV3)</i>
	<i>Boa. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Esteve bem. (P17GOV4)</i>
	<i>Boa, simpática e conversadora. (P18GOV4)</i>
	<i>P20GOV4 não respondeu.</i>
	<i>Excelente. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>Considero que a psicóloga foi muito dedicada, ajudou em tudo o que pode, sem defeitos a registar. (P24GOV5)</i>
	<i>Demonstrou durante todo este processo ser uma psicóloga excepcional, especial, inigualável. Com enorme profissionalismo, notava-se que sabia o que estava a fazer, demonstrou enorme empenho para que as sessões fossem as melhores, conseguiu com que trabalhássemos assuntos sérios de uma forma concreta, simples, rigorosa, por um lado, e descontraída por outro. Teve sempre o cuidado que nas sessões reinasse a boa disposição. Se algum dia o meu caminho se cruzar com a Psicologia será certamente umas das minhas mentoras. É um exemplo para todos nós, no sentido, em que vive o seu trabalho de forma apaixonada, com empenho e dedicação inesgotável. Conseguiu tocar na minha vida!!! (P25GOV5)</i>
	<i>Um espetáculo. (P26GOV5)</i>
	<i>A psicóloga foi, sem dúvida alguma, um dos grandes auxiliares do meu crescimento. Ajudou-me a descobrir a mim mesmo como pessoa. A dado momento desta aventura revelou-se mesmo uma surpresa. Nunca pensei que uma psicóloga pudesse estar tão à vontade com os seus jovens, tornando, em muitos momentos, as sessões divertidas. Posso afirmar sem qualquer receio que para mim é uma pessoa sábia, bem formada, educada, divertida e bonita de coração. (P27GOV5)</i>
	<i>“O tronco da árvore essencial para que nós, folhas, pudéssemos desabrochar”. (P28GOV5)</i>
	<i>Espetacular, mostrou ser bastante original, nalgumas atividades que fizemos, proporcionou momentos algo divertidos mas, ao mesmo tempo, sérios. (P29GOV5)</i>
	<i>Não há palavras para descrever aquilo que a psicóloga foi. A psicóloga foi excepcional, dedicou-se de alma e coração numa entrega total, trabalhou bastante e sabia perfeitamente o que estava a fazer. Foi simplesmente a melhor psicóloga que conheci até hoje. Nunca nos</i>

	<i>deixou desamparados e penso que conseguiu com muito êxito cumprir com os objetivos que estavam traçados. (P30GOV5)</i>
	<i>Excelente. (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>Foi importante na medida em que nos auxiliou no delinear dos caminhos para alcançar o nosso objetivo. (P32GOV6)</i>
	<i>Atenta à nossa evolução, no sentido em que estando de fora, foi fazendo as perguntas necessárias para conhecer-nos e os nossos objetivos e foi uma aliada preciosa na nossa caminhada e crescimento. (P34GOV6)</i>
	<i>Excelente. Ajudou muito nas sessões e foi uma grande amiga. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>Simpática e muito disponível para todas as questões ou problemas que colocávamos. (P36GOV7)</i>
	<i>Acessível em todas as sessões e de grande ajuda para ajudar a ver os caminhos a percorrer para atingir os nossos objetivos. (P37GOV7)</i>
	<i>Amiga, soube ouvir, compreender as opiniões de cada pessoa, soube dar conselhos e ajudar na realização dos objetivos das pessoas. (P38GOV7)</i>
	<i>Uma pessoa muito humana sempre pronta a ajudar, divertida, confidente e muito disponível. (P39GOV7)</i>
	<i>Sempre atenta e disponível para ajudar, deixou o papel dito de psicóloga e tornou-se uma amiga. (P40GOV7)</i>
	<i>Muito incentivadora e profissional. Penso que nos ajudou bastante. (P42GOV7)</i>
10. O que sentes relativamente ao final do processo de intervenção?	
Grupo 1	<i>Foi um processo importante no meu processo de evolução pessoal e profissional e, essencialmente, sentirei saudades pelo final, esperando que se houver oportunidade de repetir uma intervenção similar eu possa vir a participar novamente. (P1GOV1)</i>
	<i>Acho que é uma pena que agora que uma pessoa já se sentia mais à vontade com o grupo e que já falávamos de qualquer assunto, acabou... (P2GOV1)</i>
	<i>Senti-me satisfeito, mais leve e fiquei muito contente com tudo aquilo que aprendi. (P3GOV1)</i>
	<i>Foi bom, porque ajudou-nos a saber quais os caminhos que temos que percorrer até conseguir o nosso objetivo, ou pelo menos, tentar. (P4GOV1)</i>
	<i>Sinto que foi bom trocar ideias, conhecer outras experiências; e também, que correu bem. (P6GOV1)</i>
	<i>Senti que os meus objetivos foram atingidos e melhorei em certos aspetos. (P7GOV1)</i>
	<i>Senti-me triste, mas agora capaz de resolver os meus problemas. (P8GOV1)</i>
Grupo	<i>Sinto que não foi muito produtiva, devido ao elevado nº de faltas, quer da minha parte, quer da parte dos restantes elementos do grupo. (P9GOV2)</i>

	<i>Sinto pena de não ter ido a todas as sessões para poder dizer que ia sentir muito a falta do grupo, mas o grupo em que andei não era mais indicado para isso, pois nunca senti nenhuma união, apesar de não ter ido as sessões todas. (P10GOV2)</i>
	<i>Nada a comentar. (P11GOV2)</i>
	<i>Sinto-me bem. (P12GOV2)</i>
Grupo 3	<i>Sinto-me mais confiante e com pena que já tenha acabado. (P14GOV3)</i>
	<i>Achei que devíamos ter mais tempo. (P15GOV3)</i>
	<i>Saudades. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Sinto que foi uma experiência divertida. (P17GOV4)</i>
	<i>Sinto que foi um bom projeto e que dá para trabalhar com ele no futuro. (P18GOV4)</i>
	<i>Eu nunca considerei o grupo uma coisa muito importante, eu gosto de me divertir com várias pessoas por isso é que fui participar. (P20GOV4)</i>
	<i>Um alívio total. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>Pena por ter chegado ao fim, mas muito satisfeita pelo resultado obtido. (P24GOV5)</i>
	<i>Sinto uma grande nostalgia quanto aos momentos passados às sextas-feiras de tarde. Momentos onde predominavam a boa disposição, o divertimento, a amizade, a aprendizagem e o empenho em crescermos em conjunto. Por outro lado, sinto um grande orgulho e satisfação por ter contribuído para um projeto, que na minha opinião, é sólido e eficaz e só fará sentido se num futuro próximo tiver aplicações práticas na população com PC. (P25GOV5)</i>
	<i>Já acabou?!? ☹ (P26GOV5)</i>
	<i>No final deste processo sinto que o esforço valeu a pena. Consegui evoluir pessoalmente, alcançar o meu bem-estar psicológico, fazer novas amizades, aprender novas coisas, etc. (P27GOV5)</i>
	<i>Sinto-me mais realizada e com melhor autoestima. (P28GOV5)</i>
	<i>Sinto que sem dúvida, valeu a pena, e que foi bastante valioso para a nossa vida futura a todos os níveis. (P29GOV5)</i>
	<i>Acho que mais cedo ou mais tarde tinha de ter um fim. Apesar de ser doloroso e deixar imensas saudades. No entanto, acho que todos os elementos são agora capazes de seguir em frente sozinhos. O término das sessões foi feito numa altura apropriada pois os objetivos iniciais já tinham sido conseguidos. (P30GOV5)</i>
	<i>Satisfação. (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>Relativamente ao final da intervenção sinto que foi um percurso conseguido uma vez que adquirimos ferramentas que nos irão ajudar no futuro. (P32GOV6)</i>
	<i>Sinto-me contente porque creio ter atingido o objetivo proposto e traçado no início da intervenção. Estou igualmente satisfeito com a minha participação pessoal em cada uma das</i>

	<i>atividades e da ajuda que penso ter dado no desenvolvimento dos meus colegas que era também um dos meus objetivos. (P34GOV6)</i>
	<i>Sinto que foi pouco tempo. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	P36GOV7 não respondeu.
	<i>Soube a pouco. (P37GOV7)</i>
	<i>Sinto saudades do convívio. (P38GOV7)</i>
	<i>Sinto nostalgia porque vou ter saudades! (P39GOV7)</i>
	<i>Saudades. Podia ter continuado, foi enriquecedor. (P40GOV7)</i>
	<i>Sinto pena por ter chegado ao fim. (P42GOV7)</i>
11. Fazendo um balanço final, a intervenção foi...	
Grupo 1	<i>Extremamente positiva por todas as razões já acima referidas. (P1GOV1)</i>
	<i>Bastante positiva; fiz novos amigos e aprendi algumas coisas. (P2GOV1)</i>
	<i>Sem dúvida, positiva e interessante. (P3GOV1)</i>
	<i>Foi muito boa, pois ajudou-me muito; a perceber que a vida continua e a não desistir daquilo que queremos. (P4GOV1)</i>
	<i>Bastante positiva, pois os objetivos foram cumpridos e algumas metas alcançadas. (P6GOV1)</i>
	<i>Excepcional nos aspetos pessoais e profissionais de cada um de nós. (P7GOV1)</i>
	<i>Uma ajuda para eu conseguir os meus objetivos. (P8GOV1)</i>
Grupo 2	<i>Útil. (P9GOV2)</i>
	<i>Boa, pois senti-me bem, apesar de nunca haver um grupo unido. (P10GOV2)</i>
	<i>A intervenção foi muito importante para mim na medida em que me “abriu os olhos” quanto ao caminho a tomar depois de deixar a escola. Aprendi passo-a-passo o que fazer e isso ajudou-me a agir e hoje, talvez graças a isso, estou empregado. (P11GOV2)</i>
	<i>Boa, porque me ajudou a vencer as minhas dificuldades, e agora já vou ao pão sozinho. (P12GOV2)</i>
Grupo 3	<i>Positiva. (P14GOV3)</i>
	<i>Melhor do que esperava. Foi muito boa. (P15GOV3)</i>
	<i>Muito bom. Consegui passar de ano. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Positiva. (P17GOV4)</i>
	<i>Boa. (P18GOV4)</i>
	P20GOV4 não respondeu.
	<i>Excelente ou espetacular. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>Melhor do que eu esperava, porque o grupo foi-se unindo a cada sessão. (P24GOV5)</i>
	<i>Fértil em aprendizagens necessárias para que me sinta capaz de percorrer os caminhos que eu própria tracei para mim, pois o sentimento que predomina no final das sessões é de</i>

	<i>esperança, de uma grande vontade de agir para que o meu futuro aconteça de forma a que me sinta apaixonada pela vida. (P25GOV5)</i>
	<i>Muito positiva. (P26GOV5)</i>
	<i>Bastante positiva. (P27GOV5)</i>
	<i>Muito enriquecedora, principalmente, para o meu bem-estar psicológico. (P28GOV5)</i>
	<i>Bastante positiva e enriquecedora a nível pessoal e profissional. (P29GOV5)</i>
	<i>Das melhores coisas que me aconteceu até hoje. (P30GOV5)</i>
	<i>Deveras Positiva. (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>Foi extremamente positiva porque não só permitiu a aquisição de novas ferramentas, como também de novas aprendizagens. (P32GOV6)</i>
	<i>Bastante positiva, para mim, e creio que para os meus colegas que nela participaram. Ao ouvirmos os testemunhos uns dos outros compreendemos que não estamos sozinhos no sentido em que temos problemas comuns. Assim sendo, creio que nos ajudamos mutuamente. (P34GOV6)</i>
	<i>Muito boa para mim. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>Interessante, e aprendi alguma coisa. (P36GOV7)</i>
	<i>Enriquecedora para os conhecimentos individuais e coletivos. (P37GOV7)</i>
	<i>Foi positivo, ver que cada pessoa é diferente no modo como encara a vida; tem prioridades diferentes, diferentes pontos de vista, estados de espírito diferentes, mas o mais importante foi ver que as pessoas no princípio da intervenção tinham uma opinião em que não conseguiam alcançar certos objetivos, mas durante a intervenção, confrontados com as opiniões das outras pessoas chegavam a conclusão que podiam alcançar os seus objetivos. (P38GOV7)</i>
	<i>Foi uma aprendizagem. (P39GOV7)</i>
	<i>Magnífico, superou as expectativas. (P40GOV7)</i>
	<i>Muito benéfica para todos. Eu gostei muito. (P42GOV7)</i>
12. Para que o processo de intervenção corra cada vez melhor sugiro que...	
Grupo 1	<i>Sugiro que se tente conciliar o mais possível a presença de todos os elementos de cada grupo no maior nº de sessões possível, para que o trabalho levado a cabo tenha resultados ainda mais efetivos do que teve nesta intervenção, em todos os elementos do grupo e não só em alguns, como acabou por acontecer algumas vezes. (P1GOV1)</i>
	<i>Não se esqueçam das pessoas que participaram nesta intervenção. (P2GOV1)</i>
	<i>Que outros participantes, sempre que possam, não tenham medo de dizer exatamente aquilo que pensam, é o que eu sugiro da minha parte para que tudo corra da melhor forma. (P3GOV1)</i>
	<i>Não digo melhor, mas que os outros grupos sejam mais trabalhadores do que nós; e que a</i>

	<i>psicóloga seja como foi para nós; porque acho que não é preciso melhor; em ajudar acho que ela foi boa. (P4GOV1)</i>
	<i>Continuem a realizar grupos como este, a fazer mais atividades para todos se conhecerem. (P6GOV1)</i>
	<i>Que se utilize a parte pessoal, que subam a autoestima de cada um dos participantes, pois daí só sairão bons frutos. (P7GOV1)</i>
	<i>Se aprenda tudo o que aprendemos; que ajudem a arranjar emprego. (P8GOV1)</i>
Grupo 2	<i>As pessoas sejam mais assíduas e interessadas. (P9GOV2)</i>
	<i>As pessoas que forem selecionadas para participar na intervenção sejam mais interessadas pelo processo. (P10GOV2)</i>
	<i>Se faça mais atividades em que haja interação entre os participantes e muitas atividades práticas que não tornem as sessões “aborrecidas”. (P11GOV2)</i>
	P12GOV2 não respondeu.
Grupo 3	<i>O grupo seja maior. (P14GOV3)</i>
	<i>Que venha a haver muitos grupos e com mais elementos. (P15GOV3)</i>
	P16GOV3 não responde.
Grupo 4	<i>Termos mais sessões. (P17GOV4)</i>
	<i>Tenha mais pessoas a trabalhar nestes projetos num futuro próximo. (P18GOV4)</i>
	P20GOV4 não respondeu.
	<i>Haja mais grupos ou sessões. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>Melhem a temperatura das salas, recorrendo a ventoinhas; e ponham cadeiras mais confortáveis. (P24GOV5)</i>
	<i>A sala seja um pouco maior, tenha ar condicionado, as cadeiras mais confortáveis. As sessões podiam ser gravadas. (P25GOV5)</i>
	P26GOV5 não respondeu.
	<i>Se continue a fazer os jogos no início das sessões. São uma boa forma de relaxar e de retirar os nervos de ansiedade no início de cada sessão. (P27GOV5)</i>
	<i>Se façam mais sessões deste género. (P28GOV5)</i>
	<i>Se continue a apostar em iniciativas do mesmo género, essencialmente em grupo. (P29GOV5)</i>
	<i>O ambiente físico seja mais apropriado (com boa ventilação). (P30GOV5)</i>
	<i>Se continue a trabalhar com o mesmo molde e dedicação de até agora. (P31GOV5)</i>
	<i>Mais sessões de relaxamento. (P32GOV6)</i>
<i>Cada grupo é diferente o que levará a que cada intervenção seja diferente e, por isso mesmo, tenha em si desafios diferentes. Mas, e porque gostei e me foi útil, sugiro mais sessões de relaxamento. Saber controlar situações de stress e ansiedade é importante para</i>	

	<i>resolver outras situações que no futuro poderão aparecer dos mais diversos acontecimentos. Será bom que todos saibam relaxar nem que seja por momentos. (P34GOV6)</i>
	<i>Haja mais sessões. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>Se continue a fazer este tipo de sessões. (P36GOV7)</i>
	<i>A intervenção seja feita mais cedo, numa idade mais adolescente pois ajudaria os adolescentes a compreender os seus objetivos. (P37GOV7)</i>
	<i>Ver qual o interesse comum de cada pessoa que está inserida no projeto. (P38GOV7)</i>
	<i>Debatêssemos mais assuntos que tivessem a ver a com a nossa vida. (P39GOV7)</i>
	<i>Maior acompanhamento em alguns casos. (P40GOV7)</i>
	<i>Tenhamos mais sessões. (P42GOV7)</i>
13. Com a intervenção aprendi...	
Grupo 1	<i>Que na sociedade em que estamos inseridos eu não sou o único com questões e dúvidas que as pessoas ditas “normais” não entendem ou, muitas vezes, não querem entender; aprendi a lidar e a contornar esse tipo de situações de uma forma muito mais tranquila. (P1GOV1)</i>
	<i>Que é preciso fazer um plano para conseguirmos alcançar qualquer coisa que nos vai surgindo ao longo do tempo e que tenho que ter mais confiança em mim mesma. (P2GOV1)</i>
	<i>Aprendi muita coisa nova e dou muito valor a tudo aquilo que aprendi e sem esquecer também a opinião de todos os meus colegas. (P3GOV1)</i>
	<i>Que nunca podemos baixar os braços, mesmo que nos digam que não somos capazes; porque por sermos deficientes temos que lutar por aquilo que queremos; não são só as pessoas normais que têm direitos... (P4GOV1)</i>
	<i>A deixar os pensamentos negativos de lado, a superar certos medos e a viver a vida um dia de cada vez. (P6GOV1)</i>
	<i>A ser melhor, a entender tudo o que me rodeia. (P7GOV1)</i>
	<i>A ser otimista e confiante. (P8GOV1)</i>
Grupo 2	<i>Que não sou o único com o tipo de medos e problemas que tenho. (P9GOV2)</i>
	<i>Que não sou a única que tenho PC e que ainda há pessoas com mais dificuldades. (P10GOV2)</i>
	<i>Já referi em cima. (P11GOV2)</i>
	<i>P12GOV2 não respondeu.</i>
Grupo 3	<i>Que não devemos desistir dos nossos objetivos. (P14GOV3)</i>
	<i>Muitas coisas relacionados com a procura de emprego. (P15GOV3)</i>
	<i>A ser responsável. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Tive a oportunidade conhecer novas vidas. (P17GOV4)</i>
	<i>A ser mais participativo. (P18GOV4)</i>
	<i>Não aprendi nada por isso é que nada em mim mudou. (P20GOV4)</i>

	<i>Falar e a ouvir a opinião dos outros. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>Que nem tudo na vida é mau. Que os meus problemas podem ser os mesmos que outras pessoas tiveram e serão, decerto, os problemas que outras pessoas terão. (P24GOV5)</i>
	<i>Que quando traçamos objetivos estes devem ser elaborados de uma forma organizada, clara, precisa, consciente e responsável; que para atingirmos um objetivo não existe necessariamente apenas um caminho para lá chegarmos mas sim vários; que apenas há uma forma eficaz de fazer o nosso caminho que é percorrê-lo nós mesmos porque ninguém fará por nós; a elaborar objetivos que nos entusiasmem verdadeiramente; a não deixar para amanhã o que se pode fazer hoje; etc. (P25GOV5)</i>
	P26GOV5 não respondeu.
	<i>Que sou único e feliz à minha maneira e que não devo ter receio do que possa vir a encontrar no futuro de forma a agarrar a vida da melhor forma possível. (P27GOV5)</i>
	<i>A ter mais autoconfiança. (P28GOV5)</i>
	<i>Aprendi que afinal há mais pessoas que já passaram ou passam pelos mesmos problemas que eu, que não sou a única a pensar de uma determinada maneira, bem como a forma de encarar os obstáculos. Aprendi que para atingir um objetivo, é preciso lutar para o conseguir e não ficar à espera de o ver acontecer. (P29GOV5)</i>
	<i>Que sou bem mais capaz do que aquilo que julgo ser. Aprendi a confiar mais em mim e a não me menosprezar. Aprendi que cada coisa tem o seu tempo e que não vale a pena sofrer por antecipação. Aprendi igualmente que todos os obstáculos ultrapassados são grandes vitórias e constituem sempre uma experiência com a qual aprendemos e que nem sempre damos o devido valor as coisas que conseguimos. Aprendi também que nem sempre o desconhecido é mau. (P30GOV5)</i>
	<i>A ser feliz. (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>Aprendi não só as técnicas de relaxamento, como também por mais difícil que seja o caminho a percorrer há sempre uma saída. (P32GOV6)</i>
	<i>Com os outros testemunhos parecidos com os meus, aprendi que não estou só e que posso também ajudar, por isso mesmo, outras pessoas. (P34GOV6)</i>
	<i>A ser mais sensível, a respeitar mais as pessoas. Gostei muito da atitude das pessoas com quem lidei. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>Que tenho que explorar como combater os meus medos. (P36GOV7)</i>
	<i>Que somos capazes de atingir os nossos objetivos, basta traçar bem os caminhos para os alcançar. (P37GOV7)</i>
	<i>A ver as várias diferenças que tem a paralisia cerebral, porque cada pessoa é diferente e tem os seus próprios limites. (P38GOV7)</i>
	<i>Que há pessoas com problemas iguais e diferentes dos meus. (P39GOV7)</i>

	<i>Abrir os horizontes, ser menos duro comigo próprio. (P40GOV7)</i>
	<i>A controlar melhor a ansiedade, a respirar melhor; e que há colegas com outros problemas... (P42GOV7)</i>
14. Quais foram as principais mudanças que ocorreram em ti durante o processo?	
Grupo 1	<i>Além do já referido na questão anterior, devo referir ainda uma importante mudança no controlo de ansiedade quer em situações pessoais quer em situações profissionais e uma consequente mudança na forma de agir perante diferentes situações. (P1GOV1)</i>
	<i>Consegui ter mais confiança e não desisto ao primeiro obstáculo que me aparece. (P2GOV1)</i>
	<i>Levaram-me a pensar de forma diferente e melhorar o modo de reagir e esclarecer todas as coisas. De facto, foi tudo muito importante. (P3GOV1)</i>
	<i>Acho que cresci um bocadinho, percebi que tenho que ser eu a tomar a iniciativa e não mandar alguém por mim, porque afinal o objetivo é para mim. Estou mais adulta. (P4GOV1)</i>
	<i>Em mim não ocorreram grandes mudanças, apenas a pensar de modo diferente, a deixar os medos de lado e a enfrentar os obstáculos de maneira diferente. (P6GOV1)</i>
	<i>Aumento da autoestima e elevados níveis de confiança; sem ter medo de mostrar as minhas capacidades. (P7GOV1)</i>
	<i>Mudei a minha forma de ser. (P8GOV1)</i>
Grupo 2	<i>Nenhuma. (P9GOV2)</i>
	<i>As mudanças que ocorreram em mim não foram muito notórias pois não estive presente em muitas sessões, mas sinto-me mais calma e tranquila. (P10GOV2)</i>
	<i>Já referi em cima. (P11GOV2)</i>
	<i>Já consegui ser autónomo. (P12GOV2)</i>
Grupo 3	<i>A confiança. (P14GOV3)</i>
	<i>Uma delas foi fazer mais do que fazia em relação à procura de um emprego. (P15GOV3)</i>
	<i>Foram muito boas, porque consegui estudar bastante. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Acho que foi pouco tempo de sessões para haver mudanças. (P17GOV4)</i>
	<i>P18GOV4 não respondeu.</i>
	<i>Nada. (P20GOV4)</i>
	<i>Fazer mais amizades e conviver mais. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>Tornei-me uma pessoa mais paciente e mais observadora. (P24GOV5)</i>
	<i>As mudanças foram imensas e para melhor. A apatia por tudo e por todos já não é sentida de forma tão intensa, os medos já não me controlam tanto. Com todas estas mudanças voltei a sentir que vale a pena sonhar, lutar por aquilo em que acredito e me entusiasma.... (P25GOV5)</i>

	<i>Maior à vontade. (P26GOV5)</i>
	<i>Ao longo deste processo modifiquei, sobretudo, a minha forma de estar em sociedade. Sinto-me mais confiante, mais à vontade, mais natural na convivência com os outros. Tenho menos receios do que possa vir a encontrar no futuro, ou melhor, tenho vontade de lutar e de dar a volta a todos os obstáculos que for encontrar, por mais difíceis que possam ser. (P27GOV5)</i>
	<i>Fiquei com mais consciência dos obstáculos que me aparecem pela frente e sei que, por mais difíceis que possam ser, vou enfrentá-los com toda a minha força e coragem, e tenho cada vez mais a certeza daquilo que quero para a minha vida. (P28GOV5)</i>
	<i>Saber que afinal conseguimos atingir/alcançar certas coisas, que pensávamos que seria impossível alcançar. (P29GOV5)</i>
	<i>Tornei-me mais confiante, cresci, aprendi a olhar em frente, sem medos. (P30GOV5)</i>
	<i>Muitas ocorreram. Desde maior tranquilidade, paciência, sucesso profissional, chegando à maior vontade de viver a vida intensamente, um dia de cada vez, à minha maneira. (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>As principais mudanças foram a nível da autoconfiança e uma atitude mais positiva perante a vida. (P32GOV6)</i>
	<i>Creio que a principal mudança foi a capacidade de falar mais abertamente do meu problema, dessa forma encarando-o e tentando arranjar mecanismos para lhe responder. (P34GOV6)</i>
	<i>Saio com novas esperanças para o meu futuro; mais confiança. Os meus colegas ajudaram-me muito; aprendi muito com eles. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>Não sei bem. (P36GOV7)</i>
	<i>A forma de pensar, de agir e, sobretudo, o maior ganho em termos de motivação para provar dia após dia que sou capaz de ser uma pessoa melhor. (P37GOV7)</i>
	<i>Foi ter a noção que a Paralisia Cerebral tem vários níveis e que cada pessoa tem a sua própria limitação. (P38GOV7)</i>
	<i>Respeitei mais os outros, evolui mais a minha capacidade de não reagir radicalmente quando me provocam. ☺ (P39GOV7)</i>
	<i>Mais abertura. (P40GOV7)</i>
	<i>Sinto-me mais confiante apesar das poucas sessões. Sei que vou melhorar cada vez mais. (P42GOV7)</i>
15. Os meus objetivos são...	
Grupo 1	<i>Conseguir um emprego e realizar-me profissionalmente, obtendo o maior sucesso possível. (P1GOV1)</i>
	<i>Arranjar um emprego para ajudar os meus pais e ter o meu próprio dinheiro. Constituir família e tirar outro curso. (P2GOV1)</i>

	<i>Procurar levar a vida sempre da melhor forma possível, conseguir ao máximo vencer todas as dificuldades, para que consiga levar o dia a dia da melhor forma, e para isso é preciso força, é preciso “luta” porque nem tudo o que se quer, vem. Mas se eu tiver saúde e trabalho, já tenho tudo, já tenho objetivo de fazer algo da vida e ser alguém... (P3GOV1)</i>
	<i>Arranjar um emprego. (P4GOV1)</i>
	<i>Conseguir acabar o meu curso e ir para a faculdade, se possível. (P6GOV1)</i>
	<i>Ser melhor a cada dia que passa seja a nível profissional como pessoal. Ter o reconhecimento por parte daqueles que me conhecem é o objetivo e recompensa que desejo. (P7GOV1)</i>
	<i>Tirar um curso de informática. (P8GOV1)</i>
Grupo 2	<i>Acabar o 12º ano e arranjar emprego. (P9GOV2)</i>
	<i>Os meus objetivos são vencer esta fase menos boa que atravesso pois também às vezes não facilito as coisas para mim própria pois não falo com ninguém. (P10GOV2)</i>
	<i>Manter o emprego. (P11GOV2)</i>
	<i>Ser mais autónomo. (P12GOV2)</i>
Grupo 3	<i>Entrar para a faculdade e, mais tarde, inserir-me no mercado de trabalho. (P14GOV3)</i>
	<i>Tentar arranjar um emprego melhor. (P15GOV3)</i>
	<i>Arranjar emprego. (P16GOV3)</i>
Grupo 4	<i>Alcançar a minha independência. (P17GOV4)</i>
	<i>Melhorar o país, corrigir o que está mal. (P18GOV4)</i>
	<i>P20GOV4 não respondeu.</i>
	<i>Arranjar um emprego. (P22GOV4)</i>
Grupo 5	<i>Manter-me ligada a todos os membros do grupo e continuar a melhorar as minhas qualificações para conseguir arranjar um emprego no qual me sinta realizada. (P24GOV5)</i>
	<i>Arranjar um emprego; voltar a estudar; aprender línguas estrangeiras (inglês, espanhol, francês, italiano); entre outros. (P25GOV5)</i>
	<i>Arranjar um emprego ou tirar o 12º ano. (P26GOV5)</i>
	<i>Continuar a viver a vida com a garra e alegria. Começar a constituir o sucesso profissional como engenheiro informático, pelo qual eu tenho vindo a lutar, para que desta forma possa ganhar autonomia financeira. Com a autonomia financeira fazer as minhas viagens, para conhecer a Europa, e depois se a vida me proporcionar, construir a minha família. (P27GOV5)</i>
	<i>Conseguir acabar o meu livro, como portadora de PC, para que as pessoas percebam que eu e muitas outras pessoas com esta deficiência, também temos o direito a ter sonhos. Se tudo der certo, tenho outro objetivo em mente que é construir uma casa adaptada para mim. Sei que tenho um longo caminho a percorrer para conseguir concretizar estes meus dois</i>

	<i>objetivos, mas com a minha força de vontade e confiança, vou conseguir realizá-los. (P28GOV5)</i>
	<i>Acabar a Licenciatura do meu curso este ano. (P29GOV5)</i>
	<i>Manter tudo aquilo que consegui alcançar nas sessões e levar a cabo os meus objetivos pessoais. (P30GOV5)</i>
	<i>Ser feliz, que engloba, constituir família e atingir o sucesso profissional que tanto anseio. (P31GOV5)</i>
Grupo 6	<i>Encontrar algo com o qual me sinta realizada profissionalmente. (P32GOV6)</i>
	<i>Pessoalmente, e não estando no âmbito da intervenção, o meu objetivo primeiro é arranjar emprego. Mas este objetivo está relacionado com a intervenção porque quando trabalhar, e todos os trabalhos têm situações de stress e ansiedade, é desta forma pôr em prática as ferramentas aprendidas na intervenção e que foram o objetivo principal individual da intervenção. (P34GOV6)</i>
	<i>Arranjar um emprego; continuar a conviver com pessoas; fazer novos amigos; participar mais neste tipo de atividades. (P35GOV6)</i>
Grupo 7	<i>Acabar o meu curso e ser feliz. (P36GOV7)</i>
	<i>Ter uma boa forma física e um estilo de vida saudável. (P37GOV7)</i>
	<i>Ter um espaço meu e depender unicamente de mim e levar uma vida calma. (P38GOV7)</i>
	<i>Viver feliz e sem prejudicar ninguém. (P39GOV7)</i>
	<i>P40GOV7 não respondeu.</i>
	<i>Controlar a ansiedade e ser Campeão Paralímpico em Londres 2012. (P42GOV7)</i>

2. GRUPO DE APOIO PARA CUIDADORES

Caracterização dos participantes por grupo

No quadro 24, apresenta-se uma caracterização dos participantes por grupo. Seguidamente, descrevem-se os resultados expostos nesse quadro.

Grupo 1

A P1GAC1, a P2GAC1 a P5GAC1 e a P4GAC1 possuíam uma escolaridade entre 1 a 4 anos; sendo que a P1GAC1 se encontrava empregada, a P2GAC1 e a P5GAC1 encontravam-se em casa e a P4GAC1 estava reformada. Por sua vez, a P3GAC1 possuía uma escolaridade entre 10 a 12 anos e encontrava-se reformada.

Quadro 24: Caracterização dos participantes por grupo.

	Filho	Idade	Escolaridade	Situação Profissional
Grupo 1				
P1GAC1	P2GOV1	43	1 a 4 anos	Empregada
P2GAC1	P4GOV1	51	1 a 4 anos	Em Casa
P3GAC1	P6GOV1	50	10 a 12 anos	Reformada
P4GAC1	P8GOV1	60	1 a 4 anos	Reformada
P5GAC1	P18GOV4	47	1 a 4 anos	Em Casa
Grupo 2				
P6GAC2	P9GOV2	40	5 a 9 anos	Em casa
P7GAC2	P11GOV2	42	10 a 12 anos	Empregada
P8GAC2	P12GOV2	52	Mais de 12 anos	Empregada
P9GAC2	P17GOV4	45	5 a 9 anos	Desempregada
P10GAC2	P20GOV4	41	5 a 9 anos	Em casa
Grupo 3				
P11GAC3	P24GOV5	54	1 a 4 anos	Em casa
P12GAC3	P26GOV5	58	1 a 4 anos	Reformada
P13GAC3	P27GOV5	45	1 a 4 anos	Empregada
P14GAC3	P28GOV5	48	1 a 4 anos	Em casa
P15GAC3	P29GOV5	44	5 a 9 anos	Em casa
P16GAC3	P30GOV5	40	5 a 9 anos	Empregada
P17GAC3	P15GOV3	57	1 a 4 anos	Em casa
Grupo 4				
P18GAC4	P32GOV6	52	5 a 9 anos	Em Casa
P19GAC4	P33GOV6	43	5 a 9 anos	Empregado
P20GAC4	P34GOV6	53	Mais de 12 anos	Empregada
P21GAC4	P35GOV6	66	1 a 4 anos	Reformada
Grupo 5				
P22GAC5	P36GOV7	54	1 a 4 anos	Empregada
P23GAC5	P37GOV7	49	5 a 9 anos	Em Casa
P24GAC5	P39GOV7	58	10 a 12 anos	Reformada
P25GAC5	P41GOV7	64	1 a 4 anos	Empregado
P26GAC5	P42GOV7	65	1 a 4 anos	Reformado

Grupo 2

A P6GAC2, a P10GAC2 e a P9GAC2 possuíam uma escolaridade entre 5 a 9 anos; sendo que a P6GAC2 e a P10GAC2 se encontravam em casa, e a P9GAC2 encontrava-se desempregada.

A P7GAC2, com uma escolaridade situada entre 10 a 12 anos, e a P8GAC2, com uma escolaridade de mais de 12 anos, encontravam-se ambas empregadas.

Grupo 3

A P11GAC3, P12GAC3, a P13GAC3, a P14GAC3 e a P17GAC3 possuíam uma escolaridade entre 1 a 4 anos. A P11GAC3, a P14GAC3 e a P17GAC3 encontravam-se em casa, a P12GAC3 estava reformada e a P13GAC3 encontrava-se empregada.

A P15GAC3 e a P16GAC3 possuíam uma escolaridade de 5 a 9 anos; e encontravam-se, respetivamente, em casa e empregada.

Grupo 4

A P21GAC4 possuía uma escolaridade entre 1 a 4 anos e encontrava-se reformada.

A P18GAC4 e o P19GAC4 possuíam uma escolaridade entre 5 a 9 anos, e encontravam-se, respetivamente, em casa e empregado. Por sua vez, a P20GAC4 possuía uma escolaridade superior a 12 anos e encontrava-se empregada.

Grupo 5

A P22GAC5, o P25GAC5 e o P26GAC5 possuíam uma escolaridade entre 1 a 4 anos. A P22GAC5 e o P25GAC5 encontravam-se empregados, e o P26GAC5 estava reformado.

A P23GAC5 possuía uma escolaridade de 5 a 9 anos e encontrava-se em casa. Por sua vez, a P24GAC5 possuía uma escolaridade de 10 a 12 anos e encontrava-se reformada.

Resumo geral do funcionamento dos grupos

De seguida, apresenta-se um resumo geral do funcionamento de cada grupo.

Grupo 1

- A P1GAC1 nas sessões da intervenção falava pouco, quase sempre apenas por solicitação, no entanto, aceitava facilmente a opinião dos outros, mostrando sempre uma postura de abertura e aceitação. Por iniciativa própria, não manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões.

Demonstrou no seu discurso ser um pouco pessimista em relação ao seu futuro, da sua família e, particularmente, da sua filha. Mostrava-se satisfeita com o percurso passado da sua filha e orgulhosa com a sua evolução; no entanto, ao mesmo tempo que a incentivava a ser mais ativa na sua vida a assumir mais responsabilidades em casa, verbalizava preocupação com o facto da filha poder perder o direito ao subsídio da segurança social (ver mais informações no Anexo 26) se, eventualmente, arranjasse emprego. Desta forma, acabava por incentivar a filha a ser responsável pela lida doméstica, como tratar da casa e preparar as refeições; e não a incentivava a procurar um emprego, apesar de acreditar que ela seria capaz. Naquele momento, para a mãe, se a P2GOV1 tratasse dessas tarefas a mãe poderia trabalhar mais horas, acumulando mais serviços e recebendo mais dinheiro.

A P1GAC1 defendia que o Estado e, mais especificamente, as instituições de reabilitação e/ou apoio às pessoas com deficiência eram os responsáveis pela integração profissional destas pessoas, tendo elas um papel passivo em todo o processo.

Relativamente ao futuro, a P1GAC1 revelava algumas preocupações pela situação financeira em que se encontrava, e que forçou o seu marido a ir trabalhar para o estrangeiro. No entanto, no que se refere ao futuro da P2GOV1 e da sua irmã, revelava preocupações ao nível da sua integração profissional.

A P1GAC1 era o pilar das filhas, uma vez que o pai se encontrava fora de casa a maior parte do tempo, em trabalho. Era sempre um momento feliz, quando ele regressava. O apoio desta família era bastante reduzido, estando restrito à família nuclear.

A P1GAC1 promovia a dependência da P2GOV1, ao alimentar o medo que esta tinha em andar sozinha na rua, por medo de cair. A mãe afirmava no grupo e também à própria filha que, de facto, se esta caísse, para além da mãe, quase ninguém seria capaz de a levantar porque era bastante difícil. Esta opinião foi contrariada pelas outras mães e psicóloga e, a P1GAC1 tendo aceiteado a sugestão, começou a tentar convencer a filha que ela seria capaz de andar sozinha e, ao mesmo tempo, dizendo que não tinha disponibilidade de a acompanhar a todos os locais. Isto favoreceu que a P2GOV1 começasse a andar sozinha na rua.

Relativamente à Intervenção, a P1GAC1 frisava sempre que fazia um grande esforço para poder participar, pois tinha de alterar o seu horário de trabalho. Parecia não atribuir muito valor ao que se passava nas sessões, apesar de nunca o ter verbalizado.

Quanto à IPG em que participava a sua filha, mostrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a ter na filha e incentivava-a sempre a participar.

- A P2GAC1 nas sessões da intervenção falava pouco, quase sempre apenas por solicitação, no entanto, aceitava facilmente a opinião dos outros, mostrando sempre uma postura de abertura e aceitação. Por iniciativa própria, não manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões.

Demonstrou no seu discurso ser um pouco pessimista em relação ao seu futuro e, particularmente, das suas filhas.

A P2GAC1 tem duas filhas com PC. A P4GOV1 apresenta o quadro menos grave, sendo que a irmã necessita de apoio e cuidados permanentes. A P2GAC1 era viúva e responsável por cuidar das duas filhas. Tem uma terceira filha, já a trabalhar, que lhe prestava algum apoio, e recorria, frequentemente, à sua própria mãe para a ajudar quando necessitava de sair. Morava num local de difíceis acessos e com falta de transportes e, por isso, tornava-se muito difícil a sua deslocação. Tinha alguns conflitos com a sua própria mãe, pois, por esta já ter uma certa idade, tratava as suas filhas como incapazes de fazer seja o que for. Em termos de suporte, recorria apenas estas duas pessoas.

A P2GAC1 revelava preocupações acerca do futuro das duas filhas, pois considerava que a sua filha não iria ter capacidade emocional e financeira para cuidar de ambas as irmãs. No momento, ainda não tinha encontrado uma solução para essa situação.

A P2GAC1 mostrava-se extremamente satisfeita com o percurso passado da sua filha e orgulhosa com a sua evolução, uma vez que a P4GOV1 já tinha trabalhado durante alguns anos, apesar de, no momento, se encontrar desempregada. Apesar de incentivar a filha a procurar um emprego, por acreditar no seu potencial, ao mesmo tempo, defendia que o Estado e, mais especificamente, as instituições de reabilitação e/ou apoio às pessoas com deficiência eram os responsáveis pela integração profissional destas pessoas, tendo elas um papel passivo em todo o processo. A P2GAC1 considerava que o valor do subsídio da segurança social da P4GOV1 não era suficiente para sobreviver e, uma vez que ela já tinha estado empregada, não havia nada a impedi-la de arranjar emprego novamente. A P2GAC1 tentava promover a autonomia e independência da P4GOV1, incentivando-a a realizar tarefas e atividades no sentido de, também, a ajudar um pouco.

Relativamente à Intervenção, a P2GAC1 afirmava sempre que fazia um grande esforço para poder participar, pois tinha de fazer uma longa viagem, e levantava-se bastante cedo para prestar os cuidados à sua outra filha, necessitando sempre de pedir à sua própria mãe para ficar a cuidar da filha, durante o tempo que estava fora. Apesar de não se mostrar muito satisfeita em participar, demonstrava atribuir algum valor à intervenção. Quanto à IPG em que participava a sua filha, mostrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a ter na filha e incentivava-a sempre a participar.

- A P3GAC1 nas sessões da intervenção falava bastante, sem necessitar de qualquer tipo de incentivo. Não dava grande espaço para as outras mães partilharem a sua opinião acerca dos assuntos que abordava e, frequentemente, quando as mães o faziam, ela contrariava-as, fazendo prevalecer a sua opinião. Por vezes, o seu discurso era agressivo e denotava-se alguma raiva.

Demonstrou no seu discurso estar otimista em relação ao seu futuro, da sua família e, particularmente, da sua filha.

Mostrava-se satisfeita com o percurso da sua filha e orgulhosa com a sua evolução; apoiando-a bastante na sua vida académica, pois acreditava que ela iria seguir um percurso normativo, ao nível da sua escolaridade e integração profissional. A P3GAC1, no entanto, não dava espaço para a filha demonstrar as suas capacidades, pois acompanhava-a para todas as atividades (levava-a e trazia-a da escola, do *shopping*, do cinema; não a deixava realizar qualquer atividade doméstica, com medo que se magoasse), não deixando que a P6GOV1 se autonomizasse e forçando a uma dependência e centração excessiva em si.

A P3GAC1, apesar de estar reformada, prestava apoio ao marido na sua empresa; tendo, frequentemente, de faltar às sessões da intervenção. Queixava-se, muitas vezes, que tinha muito trabalho e que apenas servia de motorista para satisfazer as vontades das filhas e ajudar o marido. Falava como se fosse uma peça fundamental da família nuclear, sem a qual esta não poderia sobreviver. Em termos de suporte, era o pilar da família nuclear e não recorria a qualquer outro tipo de apoio.

Durante as sessões, a P3GAC1 enfrentou uns problemas de saúde da sua mãe e a morte do seu pai; que já estava doente há muitos anos. Revelou nesta altura graves problemas com a sua única irmã. A sua grande preocupação nesta fase da sua vida era a P6GOV1, pois achava que ela não conseguiria enfrentar a situação. Omitiu-lhe muitas informações acerca da situação, acreditando que a estava a proteger. As outras mães

consideraram que estava errada e verbalizaram isso, apesar de não ter tido grande impacto para ela.

Relativamente à Intervenção, a P3GAC1 fazia sempre notar o seu descontentamento em não poder comparecer mais vezes, pois considerava que as sessões eram extremamente positivas e importantes para si. Quanto à IPG em que participava a sua filha, mais uma vez, mostrava-se descontente por esta não poder participar mais vezes. Esta situação ocorria porque se a mãe da P6GOV1 não pudesse leva-la ao CRPCP, ela não iria sozinha, em primeiro lugar, porque a mãe não permitia e, em segundo lugar, porque nem ela própria colocaria isso em questão; ainda que várias vezes tivesse sido estimulada pelos colegas de grupo e psicóloga. Ainda assim, a P3GAC1 mostrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que a pertença a este grupo estava a ter na sua filha.

- A P4GAC1 nas sessões da intervenção falava muito pouco, quase sempre, apenas por solicitação, no entanto, aceitava facilmente a opinião dos outros, mostrando sempre uma postura de abertura e aceitação. Por iniciativa própria, não manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões. A P4GAC1 encontrava-se sempre um pouco mais tranquila e observadora.

Demonstrou no seu discurso estar otimista em relação ao seu futuro, da sua família e, particularmente, do seu filho, apesar de ter uma clara noção das limitações do próprio. A P4GAC1 tem vários filhos e netos que vivem no estrangeiro e, pelo menos uma vez por ano, o P8GOV1 vai visitar os irmãos. Os irmãos também visitam com alguma regularidade a mãe e o irmão. Futuramente, o P8GOV1 ficará entregue aos cuidados de qualquer um dos irmãos, visto ter uma ótima relação com todos eles. O pai foi sempre uma figura omissa do discurso da mãe nestas sessões.

A P4GAC1 recorria muito bem aos apoios disponíveis na sua comunidade, sendo uma figura importante na sua zona de residência. Incentivava o P8GOV1 a continuar a estudar, uma vez que este deixou a escola por não possuir condições físicas para o fazer. Para proporcionar um futuro melhor ao seu filho, a P4GAC1, juntamente com o próprio, e alguns amigos, organizaram uma angariação de fundos na comunidade para poderem comprar uma cadeira de rodas elétrica mais confortável, que lhe permitisse estar sentado mais horas, podendo voltar a estudar, se assim pretender.

A P4GAC1 mostrava-se muito satisfeita com o percurso do filho, sobretudo porque ambos já tinham passado por momentos bastante dolorosos na vida. Para além disso, a P4GAC1 apoiava bastante o filho em todas as suas decisões.

Relativamente à IPG, apesar do esforço que fazia para participar (vinha de bastante longe e muito cedo), a P4GAC1 mostrava-se bastante satisfeita e atribuía muito valor ao que se passava nas sessões. Quanto à IPG em que participava o seu filho, mostrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a notar.

- A P5GAC1 nas sessões da intervenção falava bastante, sem necessitar de qualquer tipo de incentivo. Esta mãe é que, normalmente, desafiava o grupo a falar.

Demonstrou no seu discurso estar otimista em relação ao seu futuro, da sua família e, particularmente, do seu filho, apesar de ter uma clara noção das limitações do próprio. A P5GAC1 contava com o apoio do seu marido e filha para cuidar do P18GOV4 quando ela ia trabalhar, no entanto, por vezes, o filho ficava sozinho em casa durante um período de tempo alargado (uma manhã ou tarde), mas sem qualquer problema.

A P5GAC1 tinha o futuro do seu filho planeado, contando com a filha para apoiar o irmão quando ela e o pai não pudessem. Este era um tema que já tinha sido discutido em casa.

A P5GAC1 mostrava-se satisfeita com o seu percurso e o do filho e orgulhosa com a sua evolução; tratava-o de uma forma bastante positiva. Por vezes, deixava-o sozinho em casa, consciente de que ele entendia que ela tinha de ir trabalhar. Esta atitude promovia no P18GOV4 um sentimento de independência emocional, dentro da sua dependência física. De facto, o P18GOV4 estava bastante consciente das suas próprias limitações e estava adaptado a elas, o que em muito se deveu a este tipo de atitudes por parte dos pais.

Esta mãe valorizava muito os convívios com a família, amigos, vizinhos e estava sempre disponível para ajudar. Dava bons conselhos às outras mães do grupo, tendo sido um elemento essencial para este grupo.

Relativamente à IPG, a P5GAC1 sublinhava sempre o esforço que fazia para poder participar, pois tinha de alterar a sua rotina de trabalho. No entanto, atribuía bastante valor ao que se passava nas sessões, afirmando que quando saía se sentia mais leve. A P5GAC1 também valorizava bastante a IPG em que participava o seu filho.

Grupo 2

- A P6GAC2 nas sessões da intervenção falava pouco, quase sempre apenas por solicitação, no entanto, aceitava facilmente a opinião dos outros, mostrando sempre uma

postura de abertura e aceitação. Por iniciativa própria, não manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões.

Demonstrou no seu discurso ser um pouco pessimista em relação ao futuro do seu filho, especialmente no que se refere ao futuro profissional.

A P6GAC2 mostrava-se satisfeita com o percurso passado do seu filho e orgulhosa com a sua evolução. O P9GOV2 era filho único e a mãe era viúva. A mãe satisfazia todas as vontades do filho, ainda que, às vezes, ele fosse um pouco autoritário. No entanto, a mãe referia que ele era também muito dócil, especialmente, desde que o pai tinha falecido. A mãe demonstrava alguma tristeza porque pai e filho nunca se entenderam, pois o pai nunca aceitou a incapacidade do filho.

A mãe incentivava o filho a estudar para poder ter um futuro melhor, mas o P9GOV2 não gostava de estudar e resolveu inscrever-se na iniciativa *Novas Oportunidades*, para mais depressa chegar ao mercado de trabalho.

A P6GAC2 era o pilar da família, sendo ela a única fonte de apoio.

Relativamente à Intervenção, a P6GAC2 fazia sempre notar o seu descontentamento em não poder comparecer mais vezes, pois considerava que as sessões eram positivas e importantes para si. Quanto à IPG em que participava o seu filho, mostrava-se satisfeita com o impacto positivo que a pertença a este grupo estava a ter.

- A P7GAC2 nas sessões da intervenção não falava muito, mas manifestava sempre a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões. Apesar de ser uma pessoa muito introvertida, era muito observadora e prestava apoio às outras mães, na altura apropriada.

Inicialmente, demonstrou no seu discurso estar um pouco preocupada com o futuro do seu filho. O P11GOV2 estava a acabar duas disciplinas do 12º ano e estava indeciso quanto a ir para o Ensino Superior ou ir trabalhar. Na opinião desta mãe e do seu marido, ele deveria ir para o Ensino Superior, pois poderia garantir-lhe um futuro melhor; mas para o P11GOV2 o melhor era ir trabalhar, pois estava cansado de estudar.

A P7GAC2 estava satisfeita com o percurso passado do seu filho e orgulhosa com a sua evolução; e incentivava-o bastante a ser mais ativo na sua vida. Os pais tinham uma pequena empresa, na qual ambos trabalhavam; e com o apoio da psicóloga, a mãe decidiu colocar o filho na empresa, de vez em quando, para que este não tivesse a vida ocupada apenas com duas disciplinas e percebesse como funciona o mundo do trabalho. A mãe acreditava que isso lhe traria mais responsabilidade. De facto, a mãe

permitiu que o filho fosse capaz de se tornar um jovem independente e autónomo na sua vida.

A P7GAC2 apresentava alguns problemas de saúde, recorrendo diariamente a tratamentos para não deixar agravar a situação. Nas sessões revelou ter, ocasionalmente, ataques de ansiedade que não conseguia controlar e, por isso, foi encaminhada para acompanhamento psicológico individual, permanecendo no grupo. No entanto, só sentiu a necessidade de ir a uma sessão, pois achava que desde que participava no grupo se sentia melhor. Em termos de suporte, esta mãe contava com o apoio do seu marido e da sua família próxima; sabendo recorrer a outro tipo de recursos quando era necessário.

A P7GAC2 aproveitou bastante bem e valorizou muito as sessões da intervenção; conseguindo prestar apoio às outras mães, e sentir-se mais tranquila. Quanto à IPG em que participava o seu filho, encontrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a ter.

- A P8GAC2 nas sessões da intervenção manifestava sempre a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões e expunha muito bem as suas questões, sem ser necessário nenhum tipo de incentivo. Era bastante observadora e prestava apoio às outras mães na altura apropriada.

Demonstrou no seu discurso estar um pouco pessimista quanto ao futuro do seu filho. Mostrava-se satisfeita com o percurso passado do seu filho e orgulhosa com a sua evolução; no entanto, não se encontrava tão satisfeita com o presente e com a situação do seu filho. Em primeiro lugar, a mãe estava consciente das limitações cognitivas do seu filho, que o estavam a impedir de acompanhar a escolaridade. Em segundo lugar, manifestava preocupação porque o seu filho estava a começar a despertar para as relações amorosas e sexualidade. Em terceiro lugar, preocupava-se porque o filho não era capaz de andar sozinho na rua. O P12GOV2 sentia-se frustrado pois tinha consciência que não conseguia acompanhar a matéria na escola e sentia-se gozado pelos colegas. Como era um rapaz extremamente simpático, conquistava as raparigas, mas estas gozavam com ele quando se apercebiam da sua deficiência, e ele ficava cada vez mais frustrado. O P12GOV2 encontrava-se bastante deprimido e não se sentia capaz de fazer nada, apesar dos pais e o irmão o incentivarem e apoiarem bastante.

A mãe tentava promover a independência do filho, por exemplo, desvalorizando o medo que este tinha em andar sozinho na rua. Com as estratégias fornecidas pela psicóloga, a mãe incentivava o filho a fazer pequenos percursos a pé. Isto favoreceu que o P12GOV2 começasse a andar sozinho na rua.

Em termos de suporte, esta mãe contava com o apoio do seu marido, filho e nora, e da sua família próxima; sabendo recorrer a outro tipo de recursos quando era necessário.

A mãe aproveitou o espaço da intervenção para desabafar e solicitar estratégias para lidar melhor com a frustração do filho; valorizando bastante a pertença a este grupo. Foi sempre capaz de fornecer apoio às outras mães e, da mesma forma, aceitar as suas opiniões. Quanto à IPG em que participava o seu filho, mostrava-se satisfeita com o impacto que estava a ter. No entanto, à semelhança de outros contextos, a mãe tinha sempre que incentivar o filho a participar, pois este, por iniciativa própria, não o faria.

- A P9GAC2 nas sessões da intervenção falava pouco, quase sempre apenas por solicitação, no entanto, aceitava facilmente a opinião dos outros, mostrando sempre uma postura de abertura e aceitação. Por iniciativa própria, não manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões; apresentando uma postura mais de escuta. Faltou várias vezes às sessões, por incompatibilidade de horários.

Demonstrou no seu discurso estar um pouco pessimista em relação ao seu futuro, da sua família e, particularmente, do seu filho. Revelou algumas preocupações pela situação financeira em que se encontrava a sua família; e também preocupação acerca da independência e autonomia do seu filho, quando ela não estiver por perto ou quando não puder cuidar dele. Esta mãe era o pilar da família e, em termos de suporte, apenas contava com o marido. Uma vez que o marido tinha uma relação muito conflituosa com o seu filho, não existia ninguém para ajudar a mãe a prestar os cuidados ao filho. Isso fazia com que a mãe apresentasse uma enorme angústia relativamente ao futuro do filho.

A mãe reconhecia que o P17GOV4 era um jovem muito conflituoso, mas que estava, aos poucos, a aprender a controlar os seus impulsos, por isso, mostrava-se satisfeita com o percurso do seu filho e orgulhosa com a sua evolução. Revelava estar bastante feliz por o seu filho estar a ter uma evolução positiva em termos comportamentais.

A mãe tentava promover a independência do P17GOV4, no entanto, queixava-se bastante das faltas de apoio do Estado e, mais especificamente, das instituições de reabilitação e/ou apoio às pessoas com deficiência, nomeadamente, no que dizia respeito à falta de respostas ocupacionais e de unidades residenciais para jovens adultos com deficiência. Sentia que não havia apoio para uma real promoção da autonomia e independência destes indivíduos.

Relativamente à Intervenção, P9GAC2 fazia notar o seu descontentamento em não poder comparecer mais vezes, pois considerava que as sessões eram positivas e importantes para si. Quanto à IPG em que participava o seu filho, P9GAC2, mostrava-se satisfeita com o impacto que a pertença a este grupo estava a ter no P17GOV4.

- A P10GAC2 nas sessões da intervenção falava bastante, sem necessitar de qualquer tipo de incentivo. Não dava grande espaço para as outras mães partilharem a sua opinião acerca dos assuntos que abordava, apesar de ouvir as sugestões das outras mães. No entanto, nunca punha em prática as sugestões dadas quer pelas mães, quer pela psicóloga.

Demonstrou no seu discurso estar muito pessimista em relação ao seu futuro, da sua família e, particularmente, da sua filha.

Não se mostrava satisfeita com o percurso da sua filha, pois achava que a relação entre ambas estava cada vez pior e não apresentava nenhuma ideia de como alterar esta situação. Apesar disso, prestava todo o apoio à sua filha. A P10GAC2 promovia a dependência total da sua filha em relação a si, pois não lhe permitia a realização de nenhuma tarefa, inclusivamente a escolha da roupa ou da alimentação. Por um lado, dizia-se cansada e incapaz de continuar e verbalizava-o à filha, mostrando-lhe todo o trabalho que tinha em cuidar dela e tudo o que não fazia por estar a cuidar dela; mas por outro lado, quando se lhe apresentava uma solução como o apoio domiciliário, a P10GAC2 não aceitava, pois achava que a sua vida não faria sentido, pois não teria o que fazer. Esta mãe tinha acompanhamento psicológico semanal, há mais de 4 anos, mas ainda assim não conseguia resolver os seus problemas com a filha. As outras mães tiveram uma postura muito positiva com ela, ouvindo-a e prestando todo o apoio que necessitava. No entanto, a P10GAC2 ainda não parecia estar disposta a mudar, sendo sempre muito pessimista.

A P10GAC2 afirmava não poder contar com o apoio do seu companheiro, recorrendo, principalmente, aos seus pais e irmã. Não era capaz de procurar ou solicitar qualquer outro tipo de apoio.

Relativamente à Intervenção, a P10GAC2 fazia sempre notar a importância que as sessões tinham para si, pois considerava que eram extremamente positivas e que sem comparecer às mesmas, não seria capaz de ultrapassar os seus problemas. Quanto à IPG em que participava a sua filha, acreditava que estas não teriam impacto algum, pois considerava que a filha era demasiadamente teimosa e orgulhosa para mudar e aproveitar as sessões.

Grupo 3

- A P11GAC3 nas sessões da intervenção falava pouco, quase sempre apenas por solicitação, no entanto, aceitava facilmente a opinião dos outros. Por iniciativa própria, não manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões. Por vezes, falava de alguns dos seus problemas de saúde.

Demonstrou no seu discurso ser muito pessimista em relação ao seu futuro, da sua família e, particularmente, da sua filha.

Mostrava-se satisfeita com o percurso passado da sua filha e orgulhosa com a sua evolução, mas não acreditava que ela fosse capaz de trabalhar, por necessitar de apoio, uma vez que estava numa cadeira de rodas. Para além de verbalizar isto nas sessões, sendo quase sempre criticada e contrariada pelas outras mães; verbaliza-o à própria filha, o que, muitas vezes, lhe foi dito que não seria o mais adequado, tanto pela psicóloga como pelas outras mães.

A P11GAC3 afirmava que preferia ter o dinheiro do subsídio da segurança social do que arriscá-lo a favor de um emprego que poderia correr mal. Desta forma, acabava por não incentivar a filha a procurar um emprego. As outras mães condenavam esta opinião e não tinham quaisquer problemas em confrontá-la, ainda que de uma forma subtil, para não criarem conflitos. A P11GAC3 defendia que o Estado e, mais especificamente, as instituições de reabilitação e/ou apoio às pessoas com deficiência eram os responsáveis pela integração profissional destas pessoas, tendo elas um papel passivo em todo o processo.

Relativamente ao seu futuro, esta mãe revelava algumas preocupações pela situação financeira em que a sua família se encontrava. O apoio desta família era bastante reduzido, estando restrito à família nuclear.

A mãe não promovia a independência da filha, uma vez que contrariava qualquer ideia que esta tivesse de ser um pouco mais autónoma, como, por exemplo, encontrar um emprego.

Relativamente à Intervenção, a mãe considerava que apenas lhe servia para passar o tempo de uma forma diferente, ainda que tivesse a expectativa de estar a aprender a ajudar a filha. Parecia não atribuir muito valor ao que se passava nas sessões, apesar de nunca o ter verbalizado. Quanto à IPG em que participava a sua filha, mostrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a ter na filha.

- A P12GAC3 nas sessões da intervenção falava pouco, quase sempre apenas por solicitação, no entanto, aceitava facilmente a opinião dos outros, mostrando sempre

uma postura de abertura e aceitação. Por vezes, manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões.

A P12GAC3 demonstrou, através do seu discurso ser muito pessimista em relação ao seu futuro e da sua família. Era uma pessoa bastante deprimida, desiludida com a vida e muito negativista. Considerava que todas as coisas negativas lhe aconteciam a ela e, por isso, para ela foi muito positivo participar neste grupo, pois as outras mães fizeram-na ver que não era assim.

A P12GAC3 mostrava-se extremamente satisfeita com o percurso passado do seu filho e orgulhosa com a sua evolução, uma vez que o P26GOV5 já tinha tido várias experiências de emprego, apesar de, no momento da intervenção, se encontrar desempregado. Apesar de incentivar o filho a procurar um emprego, por acreditar no seu potencial, ao mesmo tempo, defendia que o Estado e, mais especificamente, as instituições de reabilitação e/ou apoio às pessoas com deficiência eram os responsáveis pela integração profissional destas pessoas, tendo elas um papel passivo em todo o processo. Também para esta mãe era mais confortável que o filho estivesse a receber um subsídio da segurança social do que estar a trabalhar, porque assim, pelo menos, estava protegido. As outras mães criticavam esta postura e incentivavam que ela pensasse de outra forma, para motivar um pouco o filho a procurar um emprego para conseguir construir um futuro melhor. A mãe apesar de debater um pouco com as outras mães, acabava por ceder e compreender as opiniões delas, referindo que talvez estivessem mais acertadas.

A P12GAC3 não colocava nenhum entrave à autonomização do filho. Relativamente ao futuro, revelava algumas preocupações ao nível da integração profissional do seu filho e da sua capacidade de sobreviver na ausência dos pais.

Em termos de suporte, esta mãe contava com o apoio do seu marido, filhos e nora; sabendo recorrer a outro tipo de recursos quando era necessário.

A P12GAC3 aproveitou bastante bem e valorizou muito as sessões da intervenção; conseguindo aceitar as opiniões e sugestões das outras mães, e sentir-se mais tranquila. Quanto à IPG em que participava o seu filho, encontrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a ter.

- A P13GAC3 nas sessões da intervenção falava bastante, sem necessitar de qualquer tipo de incentivo; solicitando sempre a opinião das outras mães e da psicóloga.

Inicialmente, estava muito preocupada pelo seu filho ser muito tímido e por estar no ano final da licenciatura e necessitar de encontrar um estágio. A mãe estava

preocupada, pois não o imaginava com capacidade (por timidez) de andar à procura de um local de estágio. Com o avançar das sessões do grupo *Ojetivos para a Vida*, o P27GOV5 libertou-se um pouco mais e deixou de ser tão tímido, passando a ser uma pessoa bastante extrovertida e confiante. A mãe, a dada altura, já tinha a certeza que ele seria capaz de vencer no mundo do trabalho.

A P13GAC3 estava satisfeita com o percurso passado do seu filho e orgulhosa com a sua evolução; e incentivava-o bastante a ser mais ativo na sua vida. De facto, a mãe permitiu que o filho fosse capaz de se tornar um jovem independente e autónomo na sua vida.

Quando a P13GAC3 estava mais tranquila em relação ao futuro do filho, começou a expressar as suas próprias angústias e revelou alguns problemas financeiros. Muitas vezes, nas sessões, chorava ao desabafar. As outras mães davam-lhe muito suporte e foram sempre muito atenciosas com ela.

Em termos de suporte, esta mãe contava com o apoio do seu marido e da sua família próxima; sabendo recorrer a outro tipo de recursos quando era necessário.

A P13GAC3 aproveitou bastante bem e valorizou muito as sessões da intervenção; conseguindo prestar apoio às outras mães, e sentir-se mais tranquila. Quanto à IPG em que participava o seu filho, encontrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a ter.

- A P14GAC3 nas sessões da intervenção, não necessitava de grande incentivo para falar. Era uma mãe com ideias muito próprias e determinada. Não dava grande espaço para as outras mães partilharem a sua opinião acerca dos assuntos que abordava e, frequentemente, quando as mães o faziam, ela contrariava-as, fazendo prevalecer a sua opinião. Por vezes, o seu discurso era agressivo e denotava-se alguma revolta.

Demonstrou estar otimista em relação ao seu futuro, da sua família e, particularmente, da sua filha.

Mostrava-se muito satisfeita com o percurso da sua filha e orgulhosa com a sua evolução; no entanto, apesar da sua filha ter potencial para continuar a estudar e, por exemplo, ingressar no Ensino Superior, a mãe tinha decidido que era muito difícil, porque tinha de a acompanhar e já estava um pouco cansada dessa rotina. Uma outra mãe do grupo em condições semelhantes, mostrava-lhe que não era necessário acompanhar a filha, pois havia pessoas indicadas para tal; no entanto, a P14GAC3 achava melhor que a filha ficasse em casa e que procurasse outro objetivo. De facto, se a filha fosse estudar, sem necessitar do acompanhamento da mãe, esta ficaria ausente de

papel, o que nem sempre é fácil de gerir. A P14GAC3 promovia a dependência total da sua filha em relação a si, pois não lhe facilitava a realização ou escolha de nenhuma tarefa, fazendo sempre prevalecer, acima de tudo, a sua opinião.

As outras mães demonstraram sempre a sua opinião, por vezes, contrariando-a, tentando promover algumas mudanças, mas estas não foram aceites pela P14GAC3.

Em termos de suporte, a P14GAC3 era o pilar da família nuclear e não recorria a qualquer outro tipo de suporte.

Relativamente à Intervenção, a P14GAC3 considerava que as sessões eram positivas e importantes para si. Quanto à IPG em que participava a sua filha, mostrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que a pertença a este grupo estava a ter.

- A P15GAC3 nas sessões da intervenção não falava muito, mas manifestava sempre a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões. No entanto, por iniciativa própria, não começava uma conversa. Apesar de ser uma pessoa muito introvertida, era muito observadora e prestava apoio às outras mães na altura apropriada.

Demonstrou no seu discurso estar otimista em relação ao seu futuro, da sua família e, particularmente, da sua filha. Mostrava-se satisfeita com o percurso da sua filha e orgulhosa com a sua evolução; apoiando-a bastante, tanto na sua vida académica como desportiva. Pelo seu discurso depreendia-se que dava todo o apoio à filha, mas também lhe permitia a sua liberdade. A P29GOV5 andava na universidade e a mãe, apesar de a ir levar e buscar, porque a P29GOV5 não conduzia, não ficava junto dela durante o tempo das aulas. A P29GOV5 também estava num clube desportivo e tinha, frequentemente, torneios que a faziam viajar sem os pais, sem qualquer problema.

Em termos de suporte, esta mãe contava com o apoio do seu marido e da sua família próxima; sabendo recorrer a outro tipo de recursos quando era necessário.

A P15GAC3 aproveitou bastante bem e valorizou muito as sessões da intervenção; conseguindo prestar apoio às outras mães. Quanto à IPG em que participava a sua filha, encontrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a ter.

- A P16GAC3 nas sessões da intervenção falava bastante, manifestando sempre a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões. No entanto, por iniciativa própria, não começava uma conversa. Era a mãe que mais aconselhava as outras mães, estando sempre com um sorriso nos lábios.

Demonstrou no seu discurso estar muito otimista em relação ao seu futuro, da sua família e, particularmente, da sua filha. Mostrava-se satisfeita com o percurso da sua

filha e orgulhosa com a sua evolução; apoiando-a bastante, tanto na sua vida pessoal como académica. Dizia-se muito feliz por ter alcançado e que alcançou e pela evolução da sua filha, pelo seu casamento e pelo seu outro filho. Tinha uma relação de grande proximidade com a filha e apoiava-a em todas as decisões. Dava-lhe autonomia e independência para as suas decisões e escolhas e desabafava com ela os seus problemas.

Em termos de suporte, esta mãe contava com o apoio do seu marido e da sua família próxima; sabendo recorrer a outro tipo de recursos quando era necessário.

A P16GAC3 estava sempre disposta a aconselhar as outras mães, no entanto, só revelava aspetos positivos acerca de si e da sua vida. Muitas vezes, as outras mães questionavam se a vida dela era realmente assim, e se não existiam coisas negativas à sua volta; pois não era comum ouvir-se esse tipo de discurso.

A P16GAC3 aproveitou bastante bem e valorizou muito as sessões da intervenção; conseguindo prestar muito apoio às outras mães. Quanto à IPG em que participava a sua filha, encontrava-se extremamente satisfeita com o impacto positivo que estava a ter.

- A P17GAC3 nas sessões da intervenção não falava muito, mas com algum incentivo expunha as suas questões e dúvidas. Por norma, não manifestava a sua opinião a não ser que lhe fosse pedido. No entanto, aproveitou muito bem a intervenção; ouvindo as outras mães e falando da sua vida.

A P17GAC3 revelava algumas preocupações relativamente ao futuro da sua filha, revelando-se um pouco pessimista em relação ao mesmo. Mostrava-se satisfeita com o percurso passado da sua filha e orgulhosa com a sua evolução; e revelava-se feliz com o presente, mas não acreditava que a filha fosse capaz de ser independente e ter uma vida autónoma. Considerava que a P15GOV3 não tinha capacidade para ser uma pessoa independente, na falta dos pais ou da irmã.

Apesar de ser vontade da filha trocar de emprego por ser desgastante o tipo de trabalho que fazia; a mãe opunha-se um pouco, uma vez que ela continuava a receber o subsídio da segurança social e acumulava com o extra que lhe pagavam no emprego. Se tivesse qualquer tipo de contrato de trabalho, perderia o direito ao subsídio da segurança social. A mãe justificava sempre que a filha não sabia o que queria e que era melhor manter-se nesta situação, apesar de ter sido chamada à atenção que este não seria o melhor para a P15GOV3, nem em termos profissionais, nem em termos pessoais. A mãe acabava, assim, por não dar espaço e abertura para que a filha tomasse as suas próprias decisões e se tornasse mais autónoma.

Esta mãe defendia que o Estado e, mais especificamente, as instituições de reabilitação e/ou apoio às pessoas com deficiência eram os responsáveis pela integração profissional destas pessoas, tendo elas um papel passivo em todo o processo.

Em termos de suporte, a P17GAC3 contava com o apoio do seu marido e da sua família próxima; sabendo recorrer a outro tipo de recursos quando era necessário.

A P17GAC3 aproveitou bastante bem e valorizou muito as sessões da intervenção; conseguindo ter apoio das outras mães. Quanto à IPG em que participava a sua filha, encontrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a ter.

Grupo 4

- A P18GAC4 nas sessões da intervenção falava pouco, quase sempre apenas por solicitação, no entanto, aceitava facilmente a opinião dos outros, mostrando sempre uma postura de abertura e aceitação. Facilmente manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões.

Nas sessões, a P18GAC4 expôs o seu passado e as suas preocupações atuais, mas era uma pessoa que não gostava muito de fazer planos, preferindo viver o dia a dia, fruto da sua história de vida.

Mostrava-se satisfeita com o percurso passado da sua filha e orgulhosa com a sua evolução. A P32GOV6 enquanto pessoa com PC fez um percurso bastante positivo, sendo independente e autónoma nas suas AVD. Estava no Ensino Superior quando teve um problema de saúde muito grave que a deixou totalmente incapacitada, sem mobilidade nos membros inferiores e superiores. Após várias cirurgias e tratamentos, a P32GOV6 recuperou um pouco a sua mobilidade, mas necessita agora de apoio para todas as AVD. Teve de reaprender rotinas básicas, adaptando-se à sua nova condição. A P32GOV6 deixou de estudar e a mãe deixou de trabalhar, para poder acompanhar a filha neste processo. A rotina desta família foi bruscamente alterada devido a esta situação e durante alguns anos, a P32GOV6 recusou recuperar. Após muito apoio familiar, terapêutico e de amigos, a P32GOV6 recuperou a vontade de viver. No entanto, continuava um pouco apática e resistente a alterações na sua vida. Ter vindo para o grupo de jovens foi uma alteração muito positiva, pois já demonstrava alguma iniciativa para mudar. A P32GOV6 era acompanhada em psicologia fora do CRPCP.

Para a mãe foi muito importante participar na intervenção pois, por um lado, quebrou a monotonia diária que tinha, de ficar em casa com a filha e, por outro lado, o

facto de a filha ter aceite participar na intervenção revelava já alguma evolução. Para a mãe participar neste grupo foi um momento de descanso e libertador de tensões.

Em termos de suporte, a mãe contava com o apoio do seu marido e da sua família próxima; sabendo recorrer a outro tipo de recursos quando era necessário.

Todos os pais apoiaram bastante a P18GAC4, tendo sido bastante empáticos com a sua situação.

- O P19GAC4 nas sessões da intervenção não falava muito, mas, por vezes, manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões. Apesar de ser uma pessoa muito introvertida, era muito observador e prestava apoio às mães, na altura apropriada. Mantinha uma postura de abertura e aceitação, ouvindo e aceitando facilmente a opinião dos outros.

Inicialmente, demonstrou no seu discurso estar um pouco preocupado com o futuro do seu filho. O P33GOV6 estava a acabar o 12º ano e estava indeciso quanto a ir para o Ensino Superior ou ir trabalhar. Na opinião do P19GAC4 e da esposa ele deveria ir para o Ensino Superior, pois poderia garantir-lhe um futuro melhor; mas o filho estava cansado de estudar. O pai não insistia nem impunha a sua opinião ao filho, mas com o aproximar do ano letivo, começava a mostrar-se preocupado. Achava que o seu filho estava apático quanto ao futuro. O pai também revelou alguma preocupação pelo facto do filho ter começado a sair à noite com os colegas. Os outros pais apoiaram-no e tranquilizaram-no, afirmando que até seria saudável, dentro dos limites impostos em casa, claro. Como o filho era muito respeitador foi conquistando, aos poucos, a sua autonomia.

O P19GAC4 estava satisfeito com o percurso passado do seu filho e orgulhoso com a sua evolução; e incentivava-o bastante a ser mais ativo na sua vida.

O pai valorizava muito a pertença ao grupo e revelava alguma tristeza pelo facto da sua esposa não ter disponibilidade para poder participar, pois acreditava que iria ser muito benéfico para ela. O P19GAC4 afirmava que quando chegava a casa contava tudo o que se tinha passado na sessão à esposa, para ela ficar ao corrente da situação. Quanto à IPG em que participava o seu filho, encontrava-se bastante satisfeito com o impacto positivo que estava a ter, pois verificava que o filho se encontrava já a traçar um plano para a sua vida.

- A P20GAC4 era a única mãe de todos os grupos que já tinha participado numa IPG, ainda que tivesse sido um grupo de apoio para pessoas com cancro.

A P20GAC4 nas sessões da intervenção falava bastante, manifestando-se sempre a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões. Esta mãe manteve o grupo sempre animado, positivo, e acabou por dar muita força a todos os pais para estimularem os filhos a serem ativos na vida. Dava conselhos aos pais sobre como lidar com os filhos e quais as estratégias a usar para fazer com que eles fossem mais autónomos.

Nas sessões, a P20GAC4 expôs as suas preocupações atuais, mas era uma pessoa que não gostava muito de fazer planos, preferindo viver o dia a dia, fruto da sua história de vida.

A P20GAC4 revelava sérias preocupações quanto ao futuro do filho, pois apesar deste ter potencial para trabalhar, não conseguia encontrar emprego. Os pais incentivavam-no muito a continuar e tentavam sempre ver as coisas com muito humor, ainda que a mãe revelasse estar devastada interiormente.

A P20GAC4 falou também acerca da sua doença, da sua ansiedade, dos tratamentos e sua evolução e dos problemas associados.

Em termos de suporte, esta mãe contava com o apoio do seu marido e da sua família próxima; sabendo recorrer a outro tipo de recursos quando era necessário.

Para a P20GAC4, participar neste grupo serviu para lhe dar a força para continuar a enfrentar a vida. De facto, esta mãe aproveitou bastante bem e valorizou muito as sessões da intervenção, conseguindo prestar muito apoio aos outros pais. Quanto à IPG em que participava o seu filho, encontrava-se satisfeita com o impacto positivo que estava a ter, mas, ao mesmo tempo, expectante do que iria acontecer no futuro.

- A P21GAC4 nas sessões da intervenção falava bastante, sem necessitar de qualquer tipo de incentivo. Manifestava sempre a sua opinião relativamente aos temas abordados e aceitava as opiniões que os outros pais lhe davam.

A P21GAC4 aproveitou as sessões para desabafar acerca dos seus problemas, quer com o seu filho, quer com o seu marido e com as suas outras filhas. Os outros pais tentaram dar-lhe estratégias para ela lidar ou evitar eficazmente essas situações, sensibilizando-a para o facto de ela estar a fazer tudo o que estava ao seu alcance para ajudar os seus filhos, mas que os filhos tinham de ser eles próprios autónomos para cuidar da situação.

A P21GAC4 demonstrava, ainda, um grande desgosto por o marido se relacionar muito mal com o filho, por nunca ter aceitado a sua incapacidade. A P21GAC4 expôs as

suas dúvidas e angústias e foi sempre esclarecida, apoiada e acarinhada pelos outros pais.

A P21GAC4 estava bastante apreensiva quanto ao seu futuro, da sua família e, particularmente, do seu filho. Encontrava-se muito preocupada com o futuro profissional do seu filho e com a situação financeira da sua família.

Esta mãe valorizava muito os convívios com a família, amigos, vizinhos e estava sempre disponível para ajudar. Em termos de apoio, contava apenas com duas amigas.

Relativamente à Intervenção, a P21GAC4 valorizava muito a sua pertença a este grupo, afirmando que se sentia muito bem por participar. Valorizava, também, bastante a IPG em que participava o filho, pois considerava que estava a ter um efeito positivo nele.

Grupo 5

- A P22GAC5 nas sessões da intervenção falava pouco, quase sempre apenas por solicitação, no entanto, aceitava facilmente a opinião dos outros, mostrando sempre uma postura de abertura e aceitação. Por iniciativa própria, não manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões.

A P22GAC5 não compareceu a todas as sessões pois, para além de, por vezes, estar a trabalhar, tinha o seu pai em casa, acamado, e precisava de ir tratar dele.

A P22GAC5 revelou preocupações relativas ao futuro profissional da sua filha, mas ao mesmo tempo, afirmava estar positivamente surpreendida pela evolução da sua filha e pelo facto dela estar quase a concluir o Ensino Superior. De facto, revelou que ela e o marido nunca acreditaram que a filha iria ser capaz, e isso foi uma surpresa bastante agradável.

Quanto ao futuro profissional, a mãe não se encontrava tão otimista, referindo que se ela não conseguisse emprego na sua área, iria trabalhar consigo como empregada doméstica. Os outros pais aconselharam-na a ter calma e a esperar um pouco para que a filha pudesse encontrar algo, pois já que se tinha esforçado no curso, agora não era justo voltar tudo atrás. A P22GAC5 compreendia, mas respondia que o dinheiro lhes fazia falta e que a filha tinha de ser independente o mais depressa possível.

A mãe era o pilar da família, mas contava com o apoio do seu marido também. Desta forma, o apoio desta família era bastante reduzido, estando restrito à família nuclear.

A P22GAC5 verbalizou que estar em grupo para ela foi positivo, porque percebeu que afinal o caso da sua filha não era muito grave, e sentiu alívio por isso. Quanto à IPG em que participava a sua filha, mostrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a ter na filha e incentivava-a sempre a participar.

- A P23GAC5 nas sessões da intervenção falava muito pouco, apenas por solicitação, no entanto, aceitava facilmente a opinião dos outros, mostrando sempre uma postura de abertura e aceitação. Por iniciativa própria, nunca manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões.

Falou do seu passado e de como teve de se suportar na religião para ultrapassar o que lhe tinha acontecido relativamente ao seu filho. Relembrava que tinham sido tempos muito difíceis, mas que tinha valido a pena todo o esforço, porque atualmente, o filho estava bastante bem.

Pelo seu discurso percebeu-se que estava otimista quanto ao futuro; mostrava-se extremamente satisfeita com o percurso passado do seu filho e orgulhosa com a sua evolução, uma vez que o P37GOV7 já estava empregado há vários anos; já tinha participado nos Jogos Paralímpicos e continuava a ter excelentes prestações, tanto ao nível profissional, como desportivo.

A P23GAC5 ouvia com muita atenção os outros pais e, apesar de estar quase sempre em silêncio, no final de cada sessão afirmava que se sentia muito bem por participar. De facto, notava-se que esta mãe valorizava bastante a intervenção. Quanto à IPG em que participava o seu filho mostrava-se bastante satisfeita com o impacto positivo que estava a ter.

- A P24GAC5 entrou no grupo, assistiu a uma sessão e afirmou que iria desistir. Nunca tinha participado neste tipo de intervenção e considerou-a deprimente. Em conversa particular com a psicóloga, concluiu que seria melhor experimentar mais uma ou duas sessões e, então, decidir se continuava ou não nas sessões. Por vezes, o choque inicial e o confronto com os outros pais e suas histórias de vida pode ser ameaçador. A P24GAC5 aceitou a sugestão e regressou às sessões, tendo permanecido até ao final da intervenção.

Posteriormente, esta mãe falava bastante, sem ser necessário qualquer tipo de incentivo. Aceitava a opinião dos outros, mostrando sempre uma postura de abertura e aceitação e procurava soluções para as dúvidas que expunha. Manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões e tentava apoiar os outros pais.

Nas sessões, a P24GAC5 expôs as suas preocupações atuais, mas era uma pessoa que não gostava muito de fazer planos, preferindo viver o dia a dia.

Relativamente ao futuro da sua filha, mostrava-se tranquila, pois contava com o apoio dos seus outros filhos e de familiares próximos. Era uma pessoa que sabia recorrer a outros recursos se assim fosse necessário.

Relativamente às sessões da intervenção, a P24GAC5 achou bastante positivo participar e, por várias vezes, afirmou que estava errada em querer desistir. Acabou por expôr as suas questões e aproveitou o *feedback* dos outros pais; fornecendo ela própria *feedback* aos outros. Referia sentir-se muito bem nesta partilha e troca de opiniões. No final, considerou que a pertença a este grupo a ajudou bastante e reconheceu, também, a extrema importância da IPG para a sua filha.

- O P25GAC5 não esteve presente em muitas sessões, devido ao seu horário de trabalho.

O P25GAC5 falava bastante, sem ser necessário qualquer tipo de incentivo. Aceitava a opinião dos outros, mostrando sempre uma postura de abertura e aceitação e procurava soluções para as dúvidas que expunha. Manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões, e tentava sempre apoiar os outros pais.

Nas sessões, contou o passado e percurso de vida da sua família e expôs as suas preocupações atuais. Falava do seu filho e do suporte que os irmãos lhe davam, e de como este não lhe trazia nenhum tipo de preocupação pois, apesar de não trabalhar e de P25GAC5 considerar que será difícil fazê-lo, pelo menos num futuro próximo; o pai sabia que poderia contar com o apoio dos seus outros filhos para cuidar do irmão. No entanto, encontrava-se a trabalhar para poder assegurar que os seus filhos tivessem as melhores condições financeiras para o fazer.

Em termos de suporte, o P25GAC5 contava com o apoio da sua família e amigos.

O pai tinha grande confiança e orgulho no filho que, apesar de já quase não saber ler por ter deixado a escola muito cedo, sabia orientar-se muito bem, em percursos, sabia andar de transportes públicos e sabia desvencilhar-se sozinho. Segundo o pai, o P41GOV7 era também uma pessoa muito responsável e educada e, que por isso, todas as pessoas gostavam de o ajudar.

Relativamente às sessões da intervenção, o P25GAC5 achou bastante positivo participar, e manifestou alguma tristeza por não ter podido participar em mais sessões.

Relativamente ao seu filho, considerou que a participação na IPG o estava a ajudar bastante.

- O P26GAC5 falava bastante, sem ser necessário qualquer tipo de incentivo. Aceitava a opinião dos outros, mostrando sempre uma postura de abertura e aceitação e procurava soluções para as dúvidas que expunha. Manifestava a sua opinião relativamente aos assuntos abordados nas sessões e tentava apoiar os outros pais. Normalmente, ele é que dinamizava o grupo e incentivava à participação de todos. De facto, o P26GAC5 teve uma excelente participação neste grupo. Apoiou sempre os outros pais e partilhou as suas opiniões e experiências de vida.

Não se mostrava preocupado com o futuro do seu filho, pois tinha assegurado que um dos seus outros filhos e nora tomariam a função de cuidadores, quando assim fosse necessário.

O pai falou sobre a sua experiência enquanto acompanhante da vida do P42GOV7, sem revelar nenhum tipo de tensão ou cansaço; antes pelo contrário, demonstrava satisfação. Estava claramente adaptado à condição do seu filho, apesar de revelar que, inicialmente, foi um grande choque; tendo contado todo o seu percurso passado.

Em termos de suporte, o P26GAC5 contava com a família nuclear e alargada e vários amigos, tendo uma rede de suporte bastante diversificada e alargada.

O P26GAC5 revelou sérias críticas relativamente ao funcionamento da instituição, e às faltas de apoio para pessoas adultas com deficiência.

Relativamente às sessões da intervenção, o P26GAC5 achou bastante positivo participar, e manifestou o desejo e a necessidade de haver continuidade deste tipo de trabalho. Relativamente ao seu filho, considerou que a participação na IPG o estava a ajudar bastante.

Principais temas abordados nas sessões

De seguida, apresentam-se os principais temas abordados nas sessões nos vários grupos de cuidadores.

Num primeiro momento, os temas abordados centraram-se nos filhos. Foram manifestadas preocupações acerca do seu futuro, nomeadamente, acerca da sua inserção no mercado de trabalho; e da dificuldade em obter respostas adequadas em termos de atividades ocupacionais, uma vez que as existentes eram desadequadas para jovens com boas capacidades intelectuais.

Os pais exploraram também as questões da autonomia e independência emocional dos filhos. Por um lado, queixavam-se da falta de iniciativa e dependência dos filhos em relação a si; por outro lado, referiam que lhes era difícil deixar autonomizar os filhos, pois consideravam-nos frágeis, inseguros e desprotegidos; incapazes de “vingar” por si próprios, por isso, continuavam a protegê-los.

Uma das grandes preocupações dos pais era, também, o futuro dos filhos, na altura da sua morte. Existiram pais que referiam os irmãos como prestadores de cuidados nessa altura, outros tencionavam recorrer à família mais alargada, e outros falavam, ainda, da institucionalização, manifestando sérias preocupações com esta resposta, uma vez que existem poucas instituições e, frequentemente, são dispendiosas.

Inevitavelmente, nestes grupos, falou-se dos subsídios a que o indivíduo com PC tem direito. Os pais pediram muitos esclarecimentos acerca dos subsídios da segurança social e apresentaram sérias queixas acerca dos técnicos e dos serviços responsáveis por essa atribuição. Frequentemente, os pais não tinham conhecimento acerca dos direitos e deveres do cidadão com deficiência. Neste sentido, sempre que se abordavam estes assuntos, os cuidadores eram diretamente encaminhados para o serviço social na própria instituição, para o esclarecimento das suas dúvidas.

Com o passar do tempo, os pais começaram a falar sobre o passado. Contavam como correu a gravidez, o parto, o que aconteceu e como se sentiram nessa altura; como foram as primeiras horas e dias depois de ter sido diagnosticada a PC e as dificuldades associadas; quais eram as suas expectativas; como foi o contacto com os diferentes médicos; como correu o reencaminhamento para as instituições de reabilitação.

Os pais referiam o choque que tiveram no primeiro contacto com as instituições de reabilitação, pelo confronto com as várias realidades; e referiam também como a sua vida foi alterada em virtude de ter este filho: a maior parte das mães deixou de trabalhar para não faltar os tratamentos e para se dedicar exclusivamente à recuperação; falaram da dificuldade que tinham no acesso à instituição, pela falta de transportes na zona. Apesar de tudo, os pais reconheciam a importância das terapias e acompanhamento médico fornecido na instituição, para a recuperação dos seus filhos.

A decisão de ter outro filho também foi muito abordada nestas sessões. Os pais falaram da sua ansiedade nessa gravidez, mas de como tudo correu bem e de como os irmãos foram essenciais para o desenvolvimento do outro filho.

A entrada para a escola representou, também, um dos tópicos mais salientados pelos pais: referiam os apoios e as dificuldades que tiveram, tanto ao nível de ajudas técnicas como de pessoal, e contavam todo o percurso escolar dos filhos.

Os pais apresentaram, também, algumas queixas relativas ao funcionamento das instituições de reabilitação, nomeadamente, o facto de a partir de certa altura o acompanhamento deixar de ser semanal para passar a ser periódico ou apenas por solicitação; referindo terem-se sentido abandonados pela instituição.

Tendo sido abordadas todas estas questões, os pais falaram sobre si e sobre alguns problemas específicos, tais como ansiedade e depressão, problemas conjugais e/ou familiares; problemas com os filhos, dificuldades económicas, entre outros. Aproveitaram também o espaço de grupo para partilhar experiências que iam tendo na sua vida: contavam como tinha sido a semana e como se sentiam; como estavam a sentir-se por estar no grupo, e o que é que isso estava a fazer por eles.

Avaliação da intervenção

No quadro 25 expõem-se os resultados da avaliação da intervenção efetuada pelos cuidadores, através de uma ficha de trabalho.

Quadro 25: Avaliação do Grupo de Apoio para Cuidadores.

1. Como foi participar neste grupo?	
Grupo 1	<i>Participar neste grupo foi diferente. Aprendi a ter outra realidade em relação a pessoas especiais. Porque não há pessoas diferentes, mas sim especiais. Tomei conhecimento que, apesar de haver alguém pior que a minha filha, eles conseguem encarar a vida com um sorriso e sem vergonhas ou preconceitos. Ao participar neste grupo, consegui compreender melhor a minha filha. (P1GAC1)</i>
	<i>Gostei muito de ter participado no grupo; ter novos conhecimentos, falar um pouco e aprender coisas. (P2GAC1)</i>
	<i>Apesar de não ter participado muito (por motivos de força maior) foi interessante e bom pois trocaram-se experiências e desabafos. (P3GAC1)</i>
	<i>Foi bom para me ajudar a viver a realidade que a vida nos dá. (P4GAC1)</i>
	<i>Foi bom, porque conheci mais pessoas com um filho igual ao meu e isso ajudou-me muito na minha vida. Vi que muitas pessoas têm mais dificuldades por ter dois filhos com deficiência. (P5GAC1)</i>

Grupo 2	<i>Foi bom, embora eu tenha participado pouco, mas participar com os outros pais e ouvir a opinião deles foi lucrativo. (P6GAC2)</i>
	<i>Foi muito bom, ajudou-me imenso a relacionar-me com outras pessoas e a solucionar certos problemas relacionados com o futuro do meu filho. (P7GAC2)</i>
	<i>Foi interessante na medida em que muitos dos problemas apresentados são comuns, podendo desta forma aprender com as experiências dos outros pais. (P8GAC2)</i>
	<i>Foi muito bom. Deu para trocar ideias com os outros pais. Foi positivo. (P9GAC2)</i>
	<i>Participar no grupo foi bom; falar, trocar opiniões, aprender a lidar com a minha filha, o apoio. Tudo foi bom, porque é um local onde podemos desabafar as nossas mágoas. (P10GAC2)</i>
Grupo 3	<i>Foi bom, conhecemos pessoas. (P11GAC3)</i>
	<i>Foi positivo. (P12GAC3)</i>
	<i>Foi positivo. (P13GAC3)</i>
	<i>Foi ótimo, conhecer outras pessoas que vivem com o mesmo problema que eu; faz-nos sentir fortes; conseguimos perceber que estamos todos no mesmo barco e que a vida é para ser vivida conforme as possibilidades de cada um e tentar nunca desistir. (P14GAC3)</i>
	<i>Foi interessante, uma experiência nova onde se falava do que quiséssemos e onde se conheceu pessoas novas. Foi muito positivo; umas horas bem passadas. (P15GAC3)</i>
	<i>Foi muito bom. (P16GAC3)</i>
	<i>Foi muito bom e gostei imenso. (P17GAC3)</i>
Grupo 4	<i>Foi muito gratificante e bom ter participado neste grupo. Gostei muito e, por momentos, esqueci o meu problema; ouvindo as outras mães e pais. (P18GAC4)</i>
	<i>Foi muito gratificante a partilha de experiências com os outros pais, as dificuldades das pessoas com deficiência e a sua integração na sociedade ao nível do trabalho. No meu caso, foi bastante útil para eu lidar com a orientação escolar do meu filho. (P19GAC4)</i>
	<i>Partilhar experiências, medos e angústias. Com isto não me senti só visto todos sentirem o mesmo. Foi importante verificar que existem pais com situações mais graves e sentir que se eles conseguiram, eu também serei capaz. (P20GAC4)</i>
	<i>Foi muito bom e ajudou-me muito. (P21GAC4)</i>
Grupo 5	<i>Foi enriquecedor, pois aprendi muita coisa; conheci outras pessoas e gostei muito de participar nas sessões. (P22GAC5)</i>
	<i>Para mim, participar neste grupo foi bom, porque conheci pessoas que passaram pelo mesmo que eu e partilhámos as nossas vidas ao longo destas semanas. Gostava que isto não ficasse por aqui. (P23GAC5)</i>

	<i>Inicialmente foi um pouco frustrante, pois nunca tinha trabalhado assim em grupo. Com o decorrer das sessões, acho que foi gratificante, pois colhemos experiências novas e ficamos conhecedores que não somos os únicos com filhos com deficiências, no entanto, gostei imenso de participar. (P24GAC5)</i>
	<i>Foi bom partilhar experiências com os demais pais; o que veio enriquecer os nossos conhecimentos. (P25GAC5)</i>
	<i>Foi enriquecedor. Foram abordadas algumas questões pertinentes, que nos alertaram para o dia a dia dos nossos filhos. No total, foi muito benéfico e trouxe-nos mais conhecimento. (P26GAC5)</i>
2. A Psicóloga foi...	
Grupo 1	<i>Uma pessoa bastante sensível e compreensiva. Porque nem sempre é fácil ouvir desabaços de estranhos. Teve capacidade crítica, levando-nos a pensar que tudo acaba por correr bem. Desempenhou bem o seu papel, pois além de ter sido capaz de nos aturar, conseguiu, ao mesmo tempo, pôr-nos à vontade para aliviar o stress, pelo menos durante a hora da sessão. (P1GAC1)</i>
	<i>Foi bom falar com a psicóloga para nos orientar mais um pouco e para termos novos conhecimentos. (P2GAC1)</i>
	<i>Atenciosa, atenta às situações, elucidativa, amiga; demonstrou saber o que faz e ajudou no que foi possível. (P3GAC1)</i>
	<i>Para mim, a psicóloga é uma ajuda, pois precisamos de falar dos problemas que nos faz frustrados. (P4GAC1)</i>
	<i>É boa psicóloga e com as nossas conversas sentia-me bem. (P5GAC1)</i>
Grupo 2	<i>Muito simpática na sua avaliação e na maneira como lida com os pais e como avalia as coisas. (P6GAC2)</i>
	<i>Uma boa ajuda para certas situações que se passavam no meu dia a dia. Foi uma experiência muito boa e que eu agradeço imenso. (P7GAC2)</i>
	<i>Atenta, profissional, simpática, preocupada em ajudar a enfrentar situações complicadas, como por exemplo, lidar com as emoções, com as dúvidas e em como gerir a revolta dos nossos filhos. (P8GAC2)</i>
	<i>Muito boa e muito atenciosa. (P9GAC2)</i>
	<i>Bastante importante para mim; fez-me bem, ajudou-me muito; sentia-me bem apoiada e compreendida. (P10GAC2)</i>
Grupo	<i>Ótima. (P12GAC3)</i>
	<i>Foi de muito fácil linguagem; acessível, muito próxima de todos. Adorei. (P13GAC3)</i>

	<i>No meu entender, ensinou-nos muito; não que a gente não soubesse, mas pelo menos a olhar o problema de forma positiva. Consegue-se perceber que ter um filho com problemas não é um problema, mas sim uma dádiva. E nesta parte a psicóloga conseguiu ser o alpendre de uma casa que se começa a construir, a dar força numa casa e numa família para que nunca se vá abaixo. (P14GAC3)</i>
	<i>5 estrelas. (P15GAC3)</i>
	<i>Espetacular, vai longe. (P16GAC3)</i>
	<i>Muito excelente, ou seja, gostei imenso, foi muito boa. (P17GAC3)</i>
Grupo 4	<i>A psicóloga foi impecável! Esteve sempre presente e com boa disposição para ouvir e escutar os nossos problemas. (P18GAC4)</i>
	<i>Excelente, atenciosa. É uma pessoa que nos deixa sem dúvidas, prestável para qualquer assunto. Estava sempre pronta a ajudar. No meu caso, ao fim de três psicólogas e três anos, consegui orientar o meu filho para a orientação escolar que ele pretende. Por isso, só tenho a agradecer, porque era um problema que me afetava muito. (P19GAC4)</i>
	<i>Promotora de partilhas. Foi capaz de me ouvir e ajudar. Deu-nos ferramentas para nos descontraír nos momentos mais tensos. (P20GAC4)</i>
	<i>Foi agradável, simpática. Ajudou-me muito. Foi amiga e não podia ser melhor. (P21GAC4)</i>
Grupo 5	<i>Simpática. Gostei do que ela dizia e com isso aprendi muito. É uma pessoa que tem muito conhecimento sobre o tema das sessões a que eu assisti. (P22GAC5)</i>
	<i>A psicóloga foi muito atenciosa. Ajudou-me muito, agradeço do fundo do meu coração. Obrigada. (P23GAC5)</i>
	<i>Uma pessoa calma, atenciosa e pronta a resolver qualquer problema. Tentava provocar o grupo com vários temas e tentou proporcionar o melhor em termos de prática e aconselhamento aos pais. Foi bom tê-la conhecido. (P24GAC5)</i>
	<i>Orientadora, motivadora, procurando que os pais expressassem o contexto vivencial dos seus filhos, no sentido de ajudar a encontrar caminhos para melhorar as expectativas comportamentais dos seus filhos. (P25GAC5)</i>
	<i>Foi excepcional. Quer no relacionamento que teve para connosco, quer nos temas aflorados e trabalhados para nos proporcionar melhores ideias para o nosso dia a dia. Por mim só posso dizer – Muito Obrigado! (P26GAC5)</i>

CAPÍTULO IV
DISCUSSÃO

Este Capítulo encontra-se dividido em 5 secções.

A 1ª secção refere-se à Fase 0 do projeto, discutindo os resultados da análise descritiva e correlacional efetuada para os Indivíduos com PC.

A 2ª secção é relativa à Fase 1 do projeto, discutindo os resultados da análise descritiva, comparativa e correlacional efetuada para os indivíduos com e sem PC e respetivos cuidadores.

A 3ª secção diz respeito às Fases 1 a 4 do projeto, discutindo os resultados da análise descritiva, comparativa e correlacional efetuada para os Grupos de Intervenção e de Comparação, tanto para indivíduos com PC, como para os seus cuidadores.

A 4ª secção remete para a Intervenção Psicológica em Grupo, na qual se discutem os resultados relativos à análise exploratória e descritiva dos Grupos de Intervenção, tanto de indivíduos com PC, como de cuidadores.

A 5ª secção refere-se a uma discussão geral.

SECÇÃO 1

INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL (FASE 0)

Nesta secção, serão discutidos os resultados da análise descritiva e correlacional efetuada para os indivíduos com PC, relativos à Fase 0 do projeto. No final desta secção, discutem-se os resultados da Análise Fatorial Exploratória, realizada para o IB e FAI.

1. Análise Descritiva

Nesta parte discutem-se os resultados da análise descritiva efetuada para os indivíduos com PC. Desta forma, os indivíduos com PC apresentam idade média de 23 anos, sendo, maioritariamente, do sexo masculino, todos solteiros. A maioria é estudante, com uma escolaridade entre 10 a 12 anos, e considera ter um NSE médio. Estes indivíduos, maioritariamente, apresentam uma PC Espástica, sendo independentes para ABVD. Apresentam elevada funcionalidade para ABVD e AIVD, trabalho e diversão, atividades desenvolvidas fora de casa, e, ainda, funcionalidade moderada para a execução de tarefas domésticas.

2. Análise Correlacional

Os resultados da análise correlacional indicam a existência de uma associação positiva e baixa entre a Escolaridade e a Funcionalidade para AIVD. Estes resultados sugerem que à medida que aumenta (ou diminui) a funcionalidade para AIVD, aumenta (ou diminui) a escolaridade destes indivíduos (e vice-versa). Quanto maior é a funcionalidade dos indivíduos para AIVD, menores são as barreiras à execução de atividades instrumentais, como, por exemplo, ler livros, sair e fazer viagens distantes, viajar de autocarro ou de carro, por isso, menor será a necessidade de apoio de terceiros e maiores serão as possibilidades de acompanhar um percurso normativo em termos de escolaridade.

Nesta análise verifica-se, ainda, uma associação positiva e alta entre o IB e o FAI, sugerindo que à medida que aumenta (ou diminui) a funcionalidade para ABVD, aumenta (ou diminui) a funcionalidade para AIVD (e vice-versa). Conclui-se, portanto, que a funcionalidade nas ABVD se relaciona diretamente com a funcionalidade nas AIVD. Estes resultados eram esperados e são concordantes com os encontrados por Schuling, Hann, Limburg e Groenier (1993) ($r = 0,66$) para as versões originais da

escala; e de Martins et al. (2003a) para as versões portuguesas (respetivamente, $r = 0,72$ para o sexo feminino, e $r = 0,81$ para o sexo masculino).

3. Análise Fatorial Exploratória

Nesta parte, discutem-se os resultados do estudo exploratório das características psicométricas das versões portuguesas do IB e do FAI quando aplicados à população de indivíduos com PC.

A solução fatorial encontrada para o **IB** sugere 2 componentes que explicam 70,58% da variação total dos resultados. O primeiro componente integra as atividades relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, enquanto o segundo integra as atividades de eliminação.

Muito embora o **IB** seja uma medida unidimensional, alguns autores estratificaram-na em dois grupos: “autocuidado” (incluindo 7 itens) e “mobilidade” (incluindo 3 itens), tendo verificado que a escala apresenta uma ótima fidelidade (Araújo et al., 2007). Na versão portuguesa da escala, Araújo et al. (2007) confirmaram a sua natureza unidimensional, com os itens a apresentarem uma carga fatorial entre 0,71 e 0,94. No entanto, numa análise exploratória, encontraram dois componentes distintos do estudo anterior: um primeiro componente com itens referentes ao autocuidado e mobilidade, e um segundo com itens referentes à eliminação. No presente estudo encontraram-se exatamente os mesmos componentes.

De facto, pode referir-se que, nesta população, as maiores dificuldades se encontram, sobretudo, ao nível da mobilidade, tendo repercussões na execução do autocuidado. As funções de eliminação, encontram-se, na maioria dos casos, preservadas. Desta forma, pensa-se que esta estrutura da escala se adequa a esta população.

A consistência interna da escala é de 0,90 (α de *Cronbach*), o que sugere uma boa fidelidade do instrumento. Estes resultados são concordantes com os encontrados por Schuling et al. (1993) ($\alpha = 0,87$), obtidos para a versão original da escala; e por Araújo et al. (2007) ($\alpha = 0,96$) para a versão portuguesa.

A solução fatorial encontrada para o **FAI** sugere 3 componentes, os quais explicam 69,26% da variação total dos resultados. O primeiro componente integra as atividades domésticas, o segundo refere-se às atividades desenvolvidas fora de casa, e o terceiro integra as atividades lúdicas.

Schuling et al. (1993) procederam ao estudo de validação deste instrumento numa amostra de doentes com antecedentes de AVC, tendo chegado a uma solução fatorial com dois componentes. No primeiro componente, incluíam-se as atividades domésticas, tais como *Cozinhar refeições ligeiras, Lavar a roupa, Lavar a louça e Fazer trabalhos domésticos ligeiros*. No segundo componente, integravam-se itens como *Governar a casa, Jardinar, Fazer trabalhos domésticos mais pesados, Ir às compras perto de casa, Divertir, fazer passatempos, Viajar de autocarro ou de carro, Sair e fazer viagens distantes, Andar fora de casa mais de 15 minutos e Visitar amigos e familiares*. Os autores sugeriam a retirada dos itens *Trabalhar e Ler livros*, considerando que estes não se enquadravam em nenhum dos componentes anteriores. Estas diferenças de resultados podem dever-se, por um lado, à alteração da chave de respostas, uma vez que a leitura passa a ser em função da perceção do participante da sua (in)capacidade e não da frequência com que este realiza as atividades; e, por outro lado, à diferença de idades que distingue as amostras: no estudo de Schuling et al. (1993), a média de idades era de 74 anos, enquanto que neste é de 23 anos.

A análise dos componentes principais, segundo o sexo, sugere 4 componentes para o sexo masculino e 3 para o sexo feminino. A solução encontrada para o sexo masculino explica 71,78% da variação total dos resultados. O primeiro componente corresponde às atividades domésticas, o segundo refere-se às atividades desenvolvidas fora de casa, o terceiro integra as atividades mais lúdicas, e o quarto integra a atividade Governar a casa. A consistência interna da escala ($\alpha = 0,91$) sugere uma boa fidelidade do instrumento. Para o sexo feminino, a solução encontrada explica 76,74% da variação total dos resultados. O primeiro componente refere-se às atividades domésticas e atividades realizadas no exterior, o segundo integra a atividade Ler livros, e o terceiro corresponde à atividade Divertir, fazer passatempos. A consistência interna da escala é de 0,95, sugerindo uma boa fidelidade do instrumento.

Martins et al. (2003a), no seu estudo de adaptação e validação do FAI, a uma amostra de doentes afetados por AVC, encontraram para o sexo masculino uma solução com apenas um componente, que integrava todos os itens à exceção dos relativos à execução de *Trabalhos domésticos ligeiros, Cozinhar refeições ligeiras, Lavar a roupa, Lavar a louça e Trabalhos domésticos mais pesados*, dado estes terem sido excluídos uma vez que mais de 25% dos sujeitos do sexo masculino não executava essas tarefas no seu dia a dia. Para o sexo feminino, encontraram uma solução com dois

componentes: o primeiro, integrando as atividades domésticas e sociais, e o segundo, integrando itens como Trabalhar, Jardinar e Trabalhos domésticos mais pesados.

Estes resultados são distintos dos encontrados para a população em estudo. Pensa-se que, em grande parte, estas diferenças encontrem a sua explicação no facto da amostra ser muito diferente em termos de faixa etária. De facto, o estudo supracitado, refere-se a uma população acima dos 60 anos, enquanto o presente estudo conta com jovens adultos, cuja média de idades se situa nos 23 anos.

A análise de componentes principais segundo o sexo salienta componentes distintos para cada um deles. No entanto, tal como no estudo de Schuling et al. (1993), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos, ao nível das pontuações da escala global e das subescalas; pelo que, neste estudo, se considera mais adequada a análise dos componentes principais para a amostra global.

A consistência interna da escala ($\alpha = 0,93$) sugere uma boa fidelidade do instrumento. Estes resultados são concordantes com os encontrados por Schuling et al. (1993) ($\alpha = 0,87$), para a versão original, e de Martins et al. (2003a) ($\alpha = 0,85-0,97$), para a versão portuguesa.

O estudo das propriedades psicométricas de ambos os instrumentos revela que são, efetivamente, instrumentos fiáveis que podem ser facilmente utilizados para avaliar o grau de independência e autonomia para atividades básicas e instrumentais da vida diária dos jovens com PC, de uma forma objetiva, rápida e a baixo custo.

SECÇÃO 2

INDIVÍDUOS COM E SEM PARALISIA CEREBRAL (FASE 1)

Nesta secção, serão discutidos os resultados relativos à Fase 1 do projeto, no que se refere à análise descritiva, comparativa e correlacional efetuada para os indivíduos com e sem PC e respetivos cuidadores.

1. *Análise Descritiva e Comparativa*

Nesta parte discutem-se os resultados da análise descritiva e comparativa efetuada para os indivíduos com e sem PC e respetivos cuidadores.

Indivíduos com e sem Paralisia Cerebral

Os indivíduos com PC apresentam idade média de 23 anos, todos solteiros e, maioritariamente, do sexo masculino. A maioria é estudante, com uma escolaridade entre 10 a 12 anos, e considera ter um NSE médio. Por sua vez, os indivíduos sem PC apresentam idade média de 22 anos, todos solteiros e, maioritariamente, do sexo feminino. A maioria é estudante, com uma escolaridade de mais de 12 anos, e considera ter um NSE médio.

Os resultados da análise comparativa efetuada sugerem que os indivíduos com PC possuem uma Escolaridade e um NSE inferiores aos indivíduos sem PC. Provavelmente, este resultado encontra-se relacionado com um enviesamento da recolha de dados em indivíduos sem PC, que decorreu, maioritariamente, na FPCEUP, ou seja, em termos de escolaridade, ao nível da licenciatura. Relativamente ao NSE, apesar de na sua maioria este ser médio para ambos os grupos, os resultados salientam que os indivíduos com PC apresentam NSE mais baixo. Conforme referido anteriormente, a recolha de dados em indivíduos com PC ocorreu ao nível das Associações de Paralisia Cerebral e, provavelmente, este resultado estará relacionado com o facto de as famílias que recorrem a este tipo de Associações serem, na generalidade, famílias com poucos recursos económicos.

Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança

Os Indivíduos com PC apresentam valores baixos para as Atividades Sociais; valores moderados para a Satisfação com a Vida, BEP, Autonomia, Domínio do Meio e

Relações Positivas com os Outros, Aceitação de Si, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência, Eficácia Perante a Adversidade, Eficácia Social, Satisfação com o Suporte Social, Intimidade, Satisfação com os amigos, Esperança, Iniciativa e Caminhos; e valores elevados para o Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida, Satisfação com a família. Por sua vez, os Indivíduos sem PC, apresentam valores baixos para as Atividades Sociais; valores moderados para a Satisfação com a Vida, BEP, Autonomia, Domínio do Meio, Relações Positivas com os Outros, Aceitação de Si, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência, Eficácia Social, Satisfação com o Suporte Social, Intimidade, Satisfação com a família, Satisfação com os amigos, Esperança, Iniciativa e Caminhos; e valores elevados para o Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida, Eficácia Perante a Adversidade

Os resultados, da análise comparativa efetuada, sugerem que os Indivíduos com PC apresentam maior Domínio do Meio e Satisfação com a família do que os Indivíduos sem PC. Considera-se que este resultado contraria a ideia do senso comum de que os indivíduos com PC se encontram em défice nalgumas áreas da sua vida. De facto, não existem diferenças entre os dois grupos no que se refere à Satisfação com a Vida, BEP, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança; denotando-se diferenças em apenas duas das dimensões dessas variáveis. O facto dos indivíduos com PC apresentarem maior Domínio do Meio sugere que estes acreditam ter maior capacidade para gerir satisfatoriamente a sua vida, bem como para enfrentar e responder eficazmente às exigências externas do que os indivíduos sem PC; enquanto a sua maior Satisfação com a Família poderá estar relacionada com o tipo de suporte que esta fornece. Regra geral, a família (pelo menos a nuclear) é a grande fonte de apoio dos indivíduos com PC, havendo uma tendência para tentar satisfazer todas as necessidades e vontades destes indivíduos. A prática clínica tem salientado que muitas das famílias de indivíduos com PC optam por não os contrariar, tentando sempre ir ao encontro daquilo que pretendem; daí que não seja de estranhar que estes indivíduos estejam mais satisfeitos com a sua família do que os indivíduos sem PC.

Cuidadores de indivíduos com e sem Paralisia Cerebral

Os cuidadores de indivíduos com PC apresentam idade média de 50 anos, sendo, maioritariamente, do sexo feminino e casados. A maioria estudou entre 1 a 4 anos, encontra-se empregada e considera ter um NSE médio. Por sua vez, os cuidadores de indivíduos sem PC apresentam idade média de 50 anos, sendo, maioritariamente, do

sexo feminino e casados. A maioria estudou entre 5 a 9 anos, encontra-se empregada e considera ter um NSE médio.

Os resultados da análise comparativa efetuada não salientam diferenças, estatisticamente significativas, entre os Cuidadores de Indivíduos com e sem PC, ao nível das variáveis Sócio-Demográficas.

Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos Cuidadores

Os Cuidadores de indivíduos com PC apresentam valores muito baixos para a Sobrecarga do Cuidador, Sobrecarga emocional, Implicações na vida pessoal, Sobrecarga financeira, Reações a exigências, Mecanismos de eficácia e de controlo, Suporte familiar e Satisfação com o papel e com o familiar; valores moderados para a Satisfação com a Vida, BEP, Autonomia, Domínio do Meio, Relações Positivas com os Outros, Objetivos na Vida e Aceitação de Si; e valores elevados para o Crescimento Pessoal. Por sua vez, os Cuidadores de indivíduos sem PC, apresentam valores muito baixos para a Sobrecarga do Cuidador, Sobrecarga emocional, Implicações na vida pessoal, Sobrecarga financeira, Reações a exigências, Mecanismos de eficácia e de controlo e Satisfação com o papel e com o familiar, e baixos para o Suporte familiar; valores moderados para a Satisfação com a Vida, BEP, Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas com os Outros e Aceitação de Si; e valores elevados para os Objetivos na Vida.

Os resultados, da análise comparativa efetuada, salientam que os Cuidadores de indivíduos com PC apresentam mais Implicações na Vida Pessoal e menos Mecanismos de Eficácia e de Controlo do que os Cuidadores de indivíduos sem PC. Estes resultados vão de encontro ao que era esperado, uma vez que, como vimos anteriormente, cuidar de um indivíduo adulto com PC aporta dificuldades acrescidas ao prestador de cuidados, trazendo mais implicações para a sua vida. Muitas vezes, estes cuidadores acreditam que não possuem a capacidade de controlar e que não têm responsabilidade sobre as situações que ocorrem, acreditando, frequentemente, que as situações da vida excedem as suas capacidades para lidar com elas.

2. Análise Correlacional

De seguida, discutem-se os resultados da análise correlacional obtidos para cada grupo.

Para os Indivíduos com PC ($N=107$), os resultados sugerem a existência de associações positivas e baixas entre a Escolaridade, o BEP, a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social; e entre a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; de associações positivas e moderadas entre a Satisfação com a Vida, o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; entre o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e entre a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e, por último, de uma associação positiva e elevada entre a Funcionalidade para ABVD e a Funcionalidade para AIVD.

Estes resultados salientam que, à medida que aumenta (ou diminui) a Escolaridade, aumenta (ou diminui), o BEP, a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social (e vice-versa). O aumento da Escolaridade está, assim, associado a um aumento do BEP, da Auto-Eficácia e da Satisfação com o Suporte Social; sugerindo que, por um lado, provavelmente, existe a expectativa de que uma elevada escolaridade seja indicadora de um futuro profissional melhor e de melhores condições de vida futuras, daí que o BEP seja maior. Por outro lado, o aumento do nº de anos no contexto escolar aumenta a crença dos indivíduos nas suas capacidades para atingir um determinado nível de exigência, num domínio específico; bem como a probabilidade de alargamento e diversificação da rede social de apoio, pela introdução de novos elementos, fornecendo mais oportunidades de socialização.

Estes resultados revelam, também, que à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); à medida que aumenta (ou diminui) o BEP, aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); à medida que aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia, aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); e à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social, aumenta (ou diminui) a Esperança (e vice-versa). Estes resultados indicam que quanto maior é a Satisfação com a Vida, maior é o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); por sua vez, quanto maior é o BEP, maior é a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); quanto maior é a Auto-Eficácia, maior é a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); e

quanto maior é a Satisfação com o Suporte Social, maior é a Esperança (e vice-versa). Assim, conclui-se que as variáveis principais do nosso estudo se encontram todas relacionadas, o que vai de encontro ao esperado neste estudo.

Para os Cuidadores de indivíduos com PC ($N=94$), os resultados salientam a existência de associações negativas e baixas entre a Satisfação com a Vida e a Sobrecarga do Cuidador; de uma associação negativa e moderada entre o BEP e a Sobrecarga do Cuidador; de associações positivas e baixas entre o BEP e a Escolaridade; e de uma associação positiva e moderada entre o BEP e a Satisfação com a Vida.

Estes resultados indicam que à medida que aumenta (ou diminui) a Escolaridade, aumenta (ou diminui) o BEP (e vice-versa); que à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) o BEP, e diminui (ou aumenta) a Sobrecarga do Cuidador (e vice-versa); e que à medida que aumenta (ou diminui) o BEP, diminui (ou aumenta) a Sobrecarga do Cuidador (e vice-versa).

Os resultados sugerem, então, que o aumento da Escolaridade está associado a um aumento do BEP dos cuidadores. Os resultados salientam, ainda, que quanto maior é a Satisfação com a Vida, maior é o BEP, e menor é a Sobrecarga do Cuidador; e, por sua vez, quanto maior é o BEP, menor é a Sobrecarga do Cuidador. Assim, conclui-se que as variáveis principais do nosso estudo se encontram todas relacionadas, o que vai de encontro ao esperado neste estudo.

Relativamente aos Indivíduos com PC e respectivos Cuidadores ($N=94$), os resultados indicam a existência de associações negativas e baixas entre a Escolaridade dos filhos e a Sobrecarga do cuidador; e de associações positivas e baixas entre a Escolaridade dos filhos, a Satisfação com a Vida e o BEP dos cuidadores; entre a Satisfação com a Vida dos filhos e a Satisfação com a Vida dos cuidadores; e entre o BEP dos cuidadores, o BEP, a Auto-Eficácia e a Esperança dos filhos.

Estes resultados sugerem, então, que, à medida que aumenta (ou diminui) a Escolaridade dos filhos, aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida e o BEP, e diminui (ou aumenta) a Sobrecarga dos cuidadores (e vice-versa); que à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida dos filhos, aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida dos cuidadores (e vice-versa); e, ainda, que à medida que aumenta (ou diminui) o BEP dos cuidadores, aumenta (ou diminui) o BEP, a Auto-Eficácia e a Esperança dos filhos (e vice-versa).

O aumento da Escolaridade dos filhos está associado a um aumento da Satisfação com a Vida e do BEP dos cuidadores e a uma diminuição da sua Sobrecarga, o que nos sugere que, provavelmente, estes cuidadores têm expectativas de que uma elevada escolaridade seja indicadora de um futuro profissional melhor e de melhores condições de vida para os seus filhos. Consequentemente, os cuidadores poderão esperar que isto tenha implicações no seu futuro, na medida em que poderá levar a uma maior independência dos filhos e a um futuro mais seguro.

Os resultados sugerem, ainda, que quanto maior é a Satisfação com a Vida dos cuidadores, maior é a Satisfação com a Vida dos filhos (e vice-versa); e quanto maior é o BEP dos cuidadores, maior é o BEP, a Auto-Eficácia e a Esperança dos filhos (e vice-versa). Estes resultados vão de encontro ao que era esperado neste estudo, indicando que, provavelmente, o funcionamento psicológico positivo possa ser compartilhado por pais e filhos. Desta forma, parece-nos indicado intervir em ambos os grupos (filhos e cuidadores), de forma a obter resultados mais eficazes.

Para os Indivíduos sem PC ($N=63$), os resultados salientam a existência de associações positivas e baixas entre a Idade e a Auto-Eficácia; entre a Satisfação com a Vida, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e entre a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; de associações positivas e moderadas entre a Escolaridade e a Satisfação com a Vida; entre o BEP, a Satisfação com a Vida e a Esperança; entre a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e de associações positivas e altas entre o BEP, a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social.

Estes resultados indicam que à medida que aumenta (ou diminui) a Idade, aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia (e vice-versa); que à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) a Escolaridade, o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); que à medida que aumenta (ou diminui) o BEP, aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); que à medida que aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia, aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); e que à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social, aumenta (ou diminui) a Esperança (e vice-versa).

Os resultados sugerem, então, que quanto maior é a Idade, maior é a Auto-Eficácia destes indivíduos, o que indica que à medida que vão crescendo, estes indivíduos têm mais hipóteses de exercitar e/ou demonstrar as suas competências, daí

que acreditem mais nas suas capacidades para atingir um determinado nível de exigência, num domínio específico.

Verifica-se, também, que o aumento da escolaridade se encontra associado a um aumento da Satisfação com a Vida, o que sugere que, provavelmente, estes indivíduos têm a expectativa de que uma elevada escolaridade seja indicadora de um futuro profissional melhor e de melhores condições de vida futuras; e, por isso, expectativas de maior sucesso na vida, e maior satisfação com a mesma.

Conforme verificado para os indivíduos com PC, os resultados sugerem que quanto maior é a Satisfação com a Vida, maior é o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); por sua vez, quanto maior é o BEP, maior é a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); quanto maior é a Auto-Eficácia, maior é a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); e quanto maior é a Satisfação com o Suporte Social, maior é a Esperança (e vice-versa). Assim, uma vez mais, conclui-se que as variáveis principais do nosso estudo se encontram todas correlacionadas.

Para os Cuidadores de indivíduos sem PC ($N=63$), os resultados desta análise salientam a existência de uma associação positiva e moderada entre a Satisfação com a Vida e o BEP; de uma associação negativa e baixa entre a Satisfação com a Vida e a Sobrecarga; e de uma associação negativa e moderada entre o BEP e a Sobrecarga.

Estes resultados indicam que à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) o BEP e diminui (ou aumenta) a Sobrecarga (e vice-versa); e que à medida que aumenta (ou diminui) o BEP, diminui (ou aumenta) a Sobrecarga (e vice-versa). Conforme verificado para as cuidadores de indivíduos com PC, quanto maior é a Satisfação com a Vida, maior é o BEP, e menor é a Sobrecarga do Cuidador; e, por sua vez, quanto maior é o BEP, menor é a Sobrecarga do Cuidador. Assim, conclui-se, uma vez mais, que as variáveis principais do nosso estudo se encontram todas correlacionadas.

No que concerne aos Indivíduos sem PC e respetivos Cuidadores ($N=63$), os resultados salientam a existência de uma associação negativa e baixa entre a Sobrecarga do cuidador e a Auto-Eficácia dos filhos; e de associações negativas e moderadas entre a Sobrecarga do cuidador, a Satisfação com a Vida, o BEP e a Satisfação com o Suporte Social dos filhos; de associações positivas e baixas entre a Satisfação com a Vida dos filhos, a Satisfação com a Vida e o BEP dos cuidadores; entre o BEP dos filhos, a Satisfação com a Vida e o BEP dos cuidadores; entre a Auto-Eficácia dos filhos e o

BEP dos cuidadores; entre a Auto-Eficácia dos filhos e o BEP dos cuidadores; entre a Satisfação com o Suporte Social dos filhos e a Satisfação com a Vida; e de associações positivas e moderadas entre Satisfação com o Suporte Social dos filhos e o BEP dos cuidadores.

Estes resultados sugerem que à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida dos filhos, aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida e o BEP dos cuidadores (e vice-versa); que à medida que aumenta (ou diminui) o BEP dos filhos aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida e o BEP dos cuidadores; à medida que aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia dos filhos aumenta (ou diminui) o BEP dos cuidadores (e vice-versa); que à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social dos filhos aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida e o BEP dos cuidadores (e vice-versa); que à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, o BEP, a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social dos filhos, diminui (ou aumenta) a Sobrecarga dos cuidadores (e vice-versa).

Os resultados indicam, então, que quanto maior é a Satisfação com a Vida, o BEP e a Satisfação com o Suporte Social dos filhos, maior é a Satisfação com a Vida dos cuidadores (e vice-versa); e quanto maior é a Satisfação com a Vida, o BEP, a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social dos filhos maior é o BEP e menor é a Sobrecarga dos cuidadores (e vice-versa). Estes resultados, já encontrados anteriormente, vão de encontro ao que era esperado neste estudo.

SECÇÃO 3

GRUPO DE INTERVENÇÃO E GRUPO DE COMPARAÇÃO (FASES 1 – 4)

Nesta secção, serão discutidos os resultados relativos a todas as fases do projeto, no que se refere à análise descritiva, comparativa e correlacional efetuada para os Grupos de Intervenção e de Controlo, tanto para indivíduos com PC, como para os cuidadores.

1. *Análise Descritiva e Comparativa*

Nesta parte discutem-se os resultados relativos à análise descritiva e comparativa efetuada para os Grupos de Intervenção e de Comparação, tanto para indivíduos com PC, como para os cuidadores.

Indivíduos do Grupo de Intervenção e do Grupo de Comparação

Os indivíduos do **GI** apresentam, em todas as fases, idade média de 24 anos, sendo, todos solteiros e, maioritariamente, do sexo masculino. A maioria é estudante, com uma escolaridade entre 10 a 12 anos, e considera ter um NSE médio. Estes indivíduos, maioritariamente, apresentam uma PC Espástica, sendo independentes para ABVD. Apresentam, também em todas as fases, elevada funcionalidade para ABVD e para o Trabalho e Diversão, e funcionalidade moderada para AIVD, Tarefas Domésticas e Atividades Desenvolvidas fora de casa.

Por sua vez, os indivíduos do **GC**, na **Fase 1**, apresentam idade média de 23 anos, sendo, todos solteiros e, maioritariamente, do sexo masculino. A maioria é estudante, com uma escolaridade entre 10 a 12 anos, e considera ter um NSE médio. Estes indivíduos, maioritariamente, apresentam uma PC Espástica, sendo Independentes para ABVD. Nas **Fases 2, 3 e 4**, os indivíduos do **GC** apresentam idade média de 22 anos, sendo todos solteiros e, maioritariamente, do sexo masculino. A maioria é estudante, com uma escolaridade entre 10 a 12 anos, e considera ter um NSE médio. Estes indivíduos, maioritariamente, apresentam uma PC Espástica, sendo independentes para ABVD. Em todas as fases, estes indivíduos apresentam uma elevada funcionalidade para ABVD, AIVD, Tarefas Domésticas, Trabalho e Diversão e Atividades Desenvolvidas fora de casa.

No que respeita às variáveis Sócio-Demográficas, os resultados da análise comparativa efetuada não salientam diferenças, estatisticamente significativas, entre os

indivíduos do GI e do GC, em nenhuma das fases. No entanto, relativamente à Funcionalidade, os resultados sugerem que, nas **Fases 2 e 3**, os indivíduos do GI apresentam menor funcionalidade para ABVD, AIVD e Tarefas domésticas do que os indivíduos do GC; e na **Fase 4**, os indivíduos do GI apresentam menor funcionalidade para ABVD do que os indivíduos do GC.

Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança

Para os indivíduos do GI, em todas as fases, verificaram-se valores moderados para a Satisfação com a Vida, Autonomia, Domínio do Meio, Relações Positivas com os Outros, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência, Eficácia Social, Satisfação com o Suporte Social, Intimidade, Satisfação com os amigos, Esperança, Iniciativa e Caminhos; e valores elevados para o Crescimento Pessoal e Satisfação com a família. Relativamente ao BEP e Aceitação de Si, verificaram-se valores moderados nas fases 1, 2 e 3, e elevados na fase 4. Por sua vez, verificaram-se valores moderados na fase 1, e elevados nas fases 2, 3 e 4 para os Objetivos na Vida e Eficácia Perante a Adversidade. Por fim, verificaram-se valores baixos nas fases 1, 2 e 4, e moderados na fase 3, para Atividades Sociais.

Para os indivíduos do GC, em todas as fases, verificaram-se valores moderados para a Satisfação com a Vida, BEP, Autonomia, Domínio do Meio, Iniciação e Persistência, Eficácia Social, Satisfação com o Suporte Social, Intimidade, Satisfação com os amigos, Atividades Sociais, Esperança, Iniciativa e Caminhos; e valores elevados para o Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida, Eficácia Perante a Adversidade e Satisfação com a família. Relativamente às Relações Positivas com os Outros e Auto-Eficácia, verificaram-se valores moderados nas fases 1, 2 e 3, e elevados na fase 4. Por sua vez, a Aceitação de Si apresentou valores moderados nas fases 1 e 2, e elevados nas fases 3 e 4.

Para os Indivíduos com PC, os resultados obtidos salientam um efeito do tempo nas variáveis BEP, Crescimento Pessoal, Aceitação de Si, Iniciação e Persistência, Atividades Sociais, Esperança e Iniciativa; sugerindo que existem diferenças, estatisticamente significativas, entre as diferentes fases de avaliação. Esta análise sugere, ainda, um efeito de interação nas variáveis Auto-Eficácia, Eficácia Social, Esperança e Iniciativa; indicando que existem diferenças, estatisticamente significativas, entre os grupos nas diferentes fases de avaliação.

Desta forma, para o **GI**, os resultados indicam que o **BEP**, a Auto-Eficácia e a Iniciação e Persistência no T1 eram menores do que no T3 e T4; o Crescimento Pessoal no T4 era superior ao do T1, T2 e T3; a Aceitação de Si no T1 era inferior à do T2, T3 e T4; a Aceitação de Si no T4 era superior à do T2 e T3; a satisfação com as Atividades Sociais no T3 era superior à do T1 e T2; a Esperança no T1 era inferior à do T2; a Esperança e a Iniciativa no T3 eram menores do que no T4; a Iniciativa no T1 era inferior à do T2 e T4; e a Iniciativa no T2 era superior à do T3. Para o **GC**, os resultados indicam que a Aceitação de Si do T1 era inferior à do T2, T3 e T4; e a Eficácia Social do T1 era superior à do T4.

Assim, pode concluir-se que, para o **GI**, após a intervenção (T2) se verificou um aumento da Aceitação de Si, Esperança e Iniciativa. Seis meses após a intervenção (T3) verificou-se, novamente, um aumento da Aceitação de Si, um aumento do **BEP**, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência e satisfação com as Atividades Sociais, e uma diminuição da Iniciativa. Um ano após a intervenção (T4) verificou-se, novamente, um aumento do **BEP**, Aceitação de Si, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência, Esperança e Iniciativa, e um aumento do Crescimento Pessoal. Para o **GC**, verificou-se um aumento da Aceitação de Si nas fases 2, 3 e 4 (respetivamente, T2, T3 e T4), e uma diminuição da Eficácia Social no momento 4 (T4).

A análise comparativa efetuada salienta diferenças, estatisticamente significativas, entre o **GI** e o **GC**, nas diferentes fases de avaliação. Desta forma, na Fase 1, o **GI** apresenta menor Eficácia Social do que o **GC**; na Fase 2, o **GI** apresenta menor satisfação com as Atividades Sociais do que o **GC**; na Fase 3, o **GI** apresenta menor Iniciativa do que o **GC**; e na Fase 4, não se verificam diferenças, estatisticamente significativas, entre os indivíduos do **GI** e do **GC**.

Para o **GI**, verifica-se um impacto positivo imediato da IPG ao nível das variáveis Esperança e Iniciativa, o qual se mantém ao longo do tempo. Pode afirmar-se, ainda, que a IPG poderá ter tido impacto no **BEP**, Crescimento Pessoal, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência e satisfação com as Atividades Sociais, ainda que não este não tenha sido imediato, mas verificado pelo seu crescimento nas fases 3 e 4. Pensa-se que estas alterações ocorrem um pouco mais tarde, na medida em que é necessário algum tempo para a integração das mudanças na vida dos indivíduos. Por outro lado, muitos dos participantes só começaram, realmente, a implementar soluções concretas na sua vida, no final da IPG, quando puderam integrar todas as informações e experiências, daí que os aumentos em certas variáveis se verifiquem apenas nas fases 3 e 4. Por sua vez, o

facto da avaliação na fase 2, ter sido efetuada na última sessão da IPG parece ter trazido desvantagens, pois a maioria dos participantes dos grupos pretendiam que a IPG continuasse, apesar de reconhecerem que já tinham percorrido os caminhos essenciais para o que era pretendido, e que os objetivos inicialmente propostos para a intervenção já estavam concretizados. No entanto, pela importância que os participantes atribuíram a esta intervenção e pelo impacto que manifestaram que esta teve na sua vida, foi difícil terminar, sem deixar algum descontentamento. Pensa-se que esta situação poderá ter influenciado os resultados obtidos para esta fase, traduzindo-se na existência de poucas mudanças estatisticamente significativas. Talvez por esta razão, os resultados obtidos para as fases 3 e 4 traduzam melhor as mudanças ocorridas.

Em conclusão, no geral, pode afirmar-se que a IPG teve um impacto positivo na promoção do BEP, Crescimento Pessoal, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência, satisfação com as Atividades Sociais, Esperança e Iniciativa, uma vez que, ao longo do tempo, para o GI, se verifica um aumento destas variáveis, e, para o GC não se verificaram alterações. Os resultados indicam, ainda, que estas mudanças se mantêm ao longo do tempo, uma vez que, para além de aumentarem em certas fases, não se verifica um decréscimo destas variáveis nas fases seguintes. Algumas das variáveis mostram, ainda, um crescimento contínuo (e.g., BEP, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência, Esperança e Iniciativa), o que sugere que a IPG tem efeitos a curto e médio prazo, na introdução de mudanças na vida dos participantes.

Relativamente à variável Aceitação de Si, como se verifica um aumento em ambos os grupos, não se pode concluir que a IPG tenha sido a responsável por esse aumento.

Cuidadores do Grupo de Intervenção e do Grupo de Comparação

Os **Cuidadores do GI**, em todas as fases, apresentam idade média de 51 anos, sendo, maioritariamente, do sexo feminino e casados. A maioria estudou entre 1 a 4 anos, encontra-se em casa, e considera ter um NSE médio. Por sua vez, os **Cuidadores do GC**, na Fase 1, apresentam idade média de 50 anos, sendo, maioritariamente, do sexo feminino e casados. A maioria estudou entre 1 a 4 anos, encontra-se empregada e considera ter um NSE médio. Nas Fases 2, 3 e 4, os cuidadores do **GC**, apresentam idade média de 51 anos, sendo, maioritariamente, do sexo feminino e casados. A maioria estudou entre 1 a 4 anos, encontra-se empregada e considera ter um NSE médio.

No que respeita às variáveis Sócio-Demográficas, os resultados da análise comparativa efetuada não salientam diferenças, estatisticamente significativas, entre os Cuidadores do GI e do GC, em nenhuma das fases.

Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos Cuidadores

Para os Cuidadores do GI, em todas as fases, verificaram-se valores moderados para o BEP, Autonomia, Relações Positivas com os Outros e Aceitação de Si; e valores muito baixos para a Sobrecarga do Cuidador, Sobrecarga emocional, Implicações na vida pessoal, Sobrecarga financeira, Reações a exigências, Mecanismos de eficácia e de controlo e Satisfação com o papel e com o familiar. Por sua vez, a Satisfação com a Vida apresentou valores moderados na fase 1, e elevados nas fases 2, 3 e 4; o Domínio do Meio e os Objetivos na Vida apresentaram valores moderados nas fases 1, 2 e 4, e elevados na fase 3; o Crescimento Pessoal apresentou valores elevados nas fases 1 e 4, e moderados nas fases 2 e 3; e o Suporte familiar apresentou valores muito baixos nas fases 1, e baixos nas fases 2, 3 e 4.

Para os Cuidadores do GC, em todas as fases, verificaram-se valores moderados para a Satisfação com a Vida, BEP, Autonomia, Domínio do Meio e Relações Positivas com os Outros; e valores muito baixos para a Sobrecarga do Cuidador, Sobrecarga emocional, Implicações na vida pessoal, Sobrecarga financeira, Reações a exigências, Mecanismos de eficácia e de controlo e Satisfação com o papel e com o familiar. Por sua vez, o Crescimento Pessoal apresentou valores elevados nas fases 1, 2 e 3, e moderados na fase 4; os Objetivos na Vida apresentaram valores elevados nas fases 1 e 3, e moderados nas fases 2 e 4; a Aceitação de Si apresentou valores moderados nas fases 1 e 2, e elevados nas fases 3 e 4; e o Suporte familiar apresentou valores muito baixos na fase 1, e baixos nas fases 2, 3 e 4.

Para os Cuidadores de indivíduos com PC, os resultados obtidos salientam um efeito do tempo na variável Domínio do Meio, sugerindo que existem diferenças, estatisticamente significativas, entre as diferentes fases de avaliação; e um efeito de interação na variável Implicações na Vida Pessoal, indicando que existem diferenças, estatisticamente significativas, entre os grupos nas diferentes fases de avaliação.

Desta forma, para os **Cuidadores do GI**, o Domínio do Meio no T1 era inferior ao do T3; e as Implicações na vida pessoal no T4 eram inferiores às do T1 e T2. Para os **Cuidadores do GC**, não se verificam diferenças, estatisticamente significativas, ao longo do tempo, nas variáveis. Assim, pode concluir-se que, para os **Cuidadores do GI**,

após a intervenção (T2) não se verificam diferenças entre as variáveis. Seis meses após a intervenção (T3), verifica-se um aumento do Domínio do Meio, e, um ano após a intervenção (T4) verifica-se uma diminuição das Implicações na vida pessoal do cuidador. Para os **Cuidadores do GC**, não se verificam diferenças, em nenhuma das fases de avaliação.

A análise comparativa efetuada não salienta diferenças, estatisticamente significativas, entre os **Cuidadores do GI** e do **GC**, nas diferentes fases de avaliação.

Em conclusão, no geral, pode afirmar-se que a IPG teve um impacto positivo na promoção do Domínio do Meio e na diminuição das Implicações na vida pessoal dos **Cuidadores do GI**, uma vez que, ao longo do tempo, se verificaram alterações nestas variáveis apenas para os **Cuidadores do GI**. Uma vez mais, estes resultados indicam que é necessário algum tempo para a integração das mudanças na vida dos participantes, daí que só se verifiquem alterações 6 e 12 meses após a intervenção. Nestes grupos, notou-se ainda mais a necessidade de prolongar a IPG e o descontentamento dos cuidadores em terminar, pelo que o facto da avaliação no T2 ter sido efetuada na última sessão também não ter sido vantajosa.

2. Análise Correlacional

De seguida, discutem-se os resultados da análise correlacional obtidos para cada Grupo em cada fase.

a) Indivíduos do Grupo de Intervenção

Na **Fase 1**, os resultados salientam a existência de associações positivas e baixas entre a Satisfação com a Vida e a Auto-Eficácia; entre a Funcionalidade para AIVD e a Satisfação com o Suporte Social; de associações positivas e moderadas entre a Escolaridade e a Satisfação com o Suporte Social; entre a Satisfação com a Vida, o BEP, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; entre o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; entre a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança. Verifica-se, ainda, uma associação positiva e alta entre a Funcionalidade para ABVD e a Funcionalidade para AIVD.

Na **Fase 2**, os resultados sugerem a existência de associações positivas e baixas entre a Funcionalidade para AIVD e a Satisfação com o Suporte Social; associações positivas e moderadas entre a Escolaridade, a Satisfação com a Vida e a Satisfação com o Suporte Social; entre a Satisfação com a Vida, o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação

com o Suporte Social e a Esperança; entre o BEP, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e entre a Auto-Eficácia e a Esperança; e associações positivas e altas entre a Funcionalidade para ABVD e a Funcionalidade para AIVD; e entre o BEP e a Auto-Eficácia.

Na **Fase 3**, os resultados indicam a existência de associações positivas e baixas entre a Funcionalidade para AIVD e a Auto-Eficácia; e entre a Satisfação com a Vida e a Satisfação com o Suporte Social; associações positivas e moderadas entre a Escolaridade e a Satisfação com o Suporte Social; entre a Satisfação com a Vida, o BEP, a Auto-Eficácia e a Esperança; e entre o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; entre a Auto-Eficácia e a Esperança; e associações positivas e altas entre a Funcionalidade para ABVD e a Funcionalidade para AIVD.

Na **Fase 4**, os resultados revelam a existência de associações positivas e baixas entre a Escolaridade e o BEP; associações positivas e moderadas entre a Escolaridade e a Satisfação com o Suporte Social; entre a Satisfação com a Vida, o BEP, a Auto-Eficácia e a Esperança; entre o BEP, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e entre a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e associações positivas e altas entre a Funcionalidade para ABVD e a Funcionalidade para AIVD; e entre o BEP e a Auto-Eficácia.

Em suma, os resultados indicam que, para a fase 2, à medida que aumenta (ou diminui) a Escolaridade, aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida (e vice-versa); para a fase 4, à medida que aumenta (ou diminui) a Escolaridade, aumenta (ou diminui) o BEP (e vice-versa); e, para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) a Escolaridade, aumenta (ou diminui) Satisfação com o Suporte Social (e vice-versa). Este resultado salienta que o aumento da Escolaridade está associado a um aumento da Satisfação com a Vida, do BEP e da Satisfação com o Suporte Social, uma vez que, por um lado, existe a expectativa de que uma elevada escolaridade seja indicadora de um futuro profissional melhor e de melhores condições de vida futuras, e, por outro lado, o aumento do nº de anos no contexto escolar aumenta a probabilidade de alargamento e diversificação da rede social de apoio, pela introdução de novos elementos, fornecendo mais oportunidades de socialização.

Os resultados revelam, ainda, que, para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) a Funcionalidade para ABVD, aumenta (ou diminui) Funcionalidade para AIVD (e vice-versa). Conforme esperado e verificado anteriormente, a funcionalidade para as ABVD relaciona-se diretamente com a funcionalidade para as AIVD.

Os resultados indicam que, para a fase 3, à medida que aumenta (ou diminui) a Funcionalidade para AIVD, aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia (e vice-versa); e para as fases 1 e 2, à medida que aumenta (ou diminui) a Funcionalidade para AIVD, aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social (e vice-versa). Desta forma, quanto maior é a funcionalidade para AIVD, maior é a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social dos indivíduos, o que sugere, por um lado, que quanto mais autônomos e independentes são os indivíduos para AIVD, mais hipóteses têm de exercitar e/ou demonstrar as suas competências, daí que acreditem mais nas suas capacidades para atingir um determinado nível de exigência, num domínio específico; por outro lado, sugere que quanto mais independentes são os indivíduos, mais satisfeitos se encontram com o suporte social; provavelmente, porque, sendo independentes, aumentam as suas oportunidades de interação social, diversificando a sua rede social de apoio, bem como as atividades sociais.

Os resultados indicam, também, que, para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) o BEP, a Auto-Eficácia e a Esperança (e vice-versa); para as fases 1, 2 e 3, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social (e vice-versa). Os resultados salientam, ainda, que, para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) o BEP, aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa). Os resultados sugerem, também, que, para as fases 1 e 4, à medida que aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia, aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social (e vice-versa); e, para todas as fases, que à medida que aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia, aumenta (ou diminui) a Esperança (e vice-versa). Conforme esperado e verificado anteriormente, estes resultados sugerem que quanto maior é a Satisfação com a Vida, maior é o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); por sua vez, quanto maior é o BEP, maior é a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); quanto maior é a Auto-Eficácia, maior é a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa). Assim, uma vez mais, como era esperado, conclui-se que as variáveis principais do nosso estudo se encontram positivamente associadas umas às outras.

b) Cuidadores do Grupo de Intervenção

Nas **Fases 1 e 2**, os resultados sugerem a existência de associações negativas e moderadas entre o BEP e a Sobrecarga do Cuidador; e de uma associação positiva e moderada entre a Satisfação com a Vida e o BEP.

Na **Fase 3**, os resultados revelam a existência de uma associação negativa e moderada entre o BEP e a Sobrecarga do Cuidador.

Na **Fase 4**, os resultados salientam a existência de associações negativas e moderadas entre a Sobrecarga do Cuidador, a Satisfação com a Vida e o BEP; e uma associação positiva e moderada entre a Satisfação com a Vida e o BEP.

Em suma, os resultados sugerem que, para as fases 1, 2 e 4, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) o BEP (e vice-versa); para a fase 4, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, diminui (ou aumenta) a Sobrecarga do Cuidador (e vice-versa); e para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) o BEP, diminui (ou aumenta) a Sobrecarga do Cuidador (e vice-versa). Conforme verificado anteriormente, uma vez mais estes resultados indicam que o aumento da Satisfação com a Vida está relacionado com o aumento do BEP e com a diminuição da Sobrecarga do cuidador; e por outro lado, que o aumento do BEP está relacionado com a diminuição da Sobrecarga do cuidador; o que sugere que as variáveis principais do nosso estudo se encontram correlacionadas umas com as outras.

c) Indivíduos do Grupo de Intervenção e Cuidadores do Grupo de Intervenção

Na **Fase 1**, os resultados indicam a existência de associações negativas e baixas entre a Sobrecarga do Cuidador e a Funcionalidade para AIVD dos filhos; e associações negativas e moderadas entre a Sobrecarga dos cuidadores e a Satisfação com o Suporte Social dos filhos. Os resultados indicam, ainda, a existência de associações positivas e baixas entre a Satisfação com a Vida dos cuidadores e o BEP dos filhos; e associações positivas e moderadas entre a Satisfação com a Vida dos cuidadores e a Satisfação com a Vida dos filhos; e entre o BEP dos cuidadores e a Escolaridade, a Satisfação com a Vida, o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança dos filhos.

Na **Fase 2**, os resultados salientam a existência de associações negativas e moderadas entre a Sobrecarga do Cuidador e a Escolaridade, a Funcionalidade para

AIVD, a Satisfação com a Vida e a Satisfação com o Suporte Social dos filhos. Os resultados desta análise salientam, ainda, a existência de associações positivas e moderadas entre o BEP dos cuidadores e a Escolaridade, o BEP, a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social dos filhos.

Na **Fase 3**, os resultados revelam a existência de uma associação positiva e moderada entre a Escolaridade dos filhos e o BEP dos cuidadores.

Na **Fase 4**, os resultados sugerem a existência de associações negativas e moderadas entre a Funcionalidade para AIVD dos filhos e a Sobrecarga dos cuidadores; e entre a Satisfação com o Suporte Social dos filhos e a Sobrecarga do Cuidador. Verificam-se, ainda, associações positivas e baixas entre a Satisfação com o Suporte Social dos filhos e o BEP dos cuidadores; e associações positivas e moderadas entre a Idade dos cuidadores e a Esperança dos filhos; e entre a Escolaridade dos filhos e o BEP dos cuidadores.

Em suma, estes resultados indicam que, para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) a Escolaridade dos filhos, aumenta (ou diminui) o BEP dos cuidadores; e, para a fase 2, à medida que aumenta (ou diminui) a Escolaridade dos filhos, diminui (ou aumenta) a Sobrecarga do Cuidador. Conforme verificado anteriormente, o aumento da Escolaridade dos filhos está associado a um aumento do BEP dos cuidadores e a uma diminuição da sua Sobrecarga.

Estes resultados salientam que, para a fase 4, à medida que aumenta (ou diminui) a Idade dos cuidadores, aumenta (ou diminui) a Esperança dos filhos (e vice-versa). Assim, à medida que vai aumentando a Idade dos cuidadores, vai aumentando a capacidade dos seus filhos traçarem e percorrerem caminhos para alcançar os seus objetivos. Pensa-se que como a esperança pode ser ensinada (e não foi avaliada nos cuidadores), os cuidadores possam ter tido um papel relevante na estimulação da esperança nos filhos, ao longo da vida.

Estes resultados revelam que, para a fase 1, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida dos cuidadores, aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida e o BEP dos filhos (e vice-versa); à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida e a Esperança dos filhos, aumenta (ou diminui) o BEP dos cuidadores (e vice-versa); para as fases 1 e 2, à medida que aumenta (ou diminui) o BEP e a Auto-Eficácia dos filhos, aumenta (ou diminui) o BEP dos cuidadores (e vice-versa); e para as fases 1, 2 e 4, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social dos filhos aumenta (ou diminui) o BEP dos cuidadores; para a fase 2, à medida que aumenta (ou

diminui) a Sobrecarga dos cuidadores, diminui (ou aumenta) a Satisfação com a Vida dos filhos (e vice-versa); e, para as fases 1, 2 e 4, à medida que aumenta (ou diminui) a Sobrecarga dos cuidadores, diminui (ou aumenta) a Satisfação com o Suporte Social dos filhos (e vice-versa).

Desta forma, os resultados sugerem que quanto maior é a Satisfação com a Vida dos cuidadores, maior é a Satisfação com a Vida e BEP dos filhos (e vice-versa); e quanto maior é o BEP dos cuidadores, maior é a Satisfação com a Vida, BEP, Auto-Eficácia, Satisfação com o Suporte Social e Esperança dos filhos (e vice-versa). Por sua vez, quanto maior a Satisfação com a Vida e a Satisfação com o Suporte Social dos filhos, menor é a Sobrecarga dos cuidadores. Desta forma, uma vez mais, estes resultados vão de encontro ao que era esperado neste estudo.

Estes resultados indicam, ainda, que, para as fases 1 e 2, à medida que aumenta (ou diminui) a Sobrecarga dos cuidadores, diminui (ou aumenta) a funcionalidade para AIVD (e vice-versa). Estes resultados salientam que um aumento da Funcionalidade para AIVD dos filhos se encontra associado a uma diminuição da Sobrecarga dos cuidadores, o que nos indica que quanto maior é a autonomia e independência dos filhos, menor é a necessidade de recorrer aos cuidadores para a execução de atividades instrumentais e menor será a sobrecarga que este sente relativamente ao cuidar do seu filho.

d) Indivíduos do Grupo de Comparação

Na **Fase 1**, os resultados salientam a existência de associações positivas e baixas entre a Escolaridade, a Funcionalidade para AIVD, o BEP e a Auto-Eficácia; entre a Funcionalidade para AIVD e a Satisfação com a Vida; entre a Satisfação com a Vida, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e entre a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social; de associações positivas e moderadas entre a Funcionalidade para ABVD e a Funcionalidade para AIVD; entre o BEP, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e entre a Auto-Eficácia e a Esperança; e associações positivas e altas entre o BEP e a Auto-Eficácia.

Na **Fase 2**, os resultados sugerem a existência de associações positivas e baixas entre a Escolaridade e a Funcionalidade para AIVD; entre a Satisfação com a Vida e a Satisfação com o Suporte Social; e entre a Auto-Eficácia e a Esperança; de associações positivas e moderadas entre a Funcionalidade para ABVD e a Funcionalidade para AIVD; entre a Satisfação com a Vida, o BEP e a Auto-Eficácia; e entre a Satisfação

com o Suporte Social, o BEP e a Auto-Eficácia; e de associações positivas e altas entre o BEP e a Auto-Eficácia.

Na **Fase 3**, os resultados indicam a existência de associações negativas e baixas entre a Idade e a Satisfação com o Suporte Social; entre a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social; e entre a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; de associações positivas e moderadas entre a Funcionalidade para AIVD, a Escolaridade e a Funcionalidade para ABVD; entre a Satisfação com a Vida, o BEP, a Auto-Eficácia e a Esperança; entre o BEP, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e entre a Auto-Eficácia e a Esperança; e de associações positivas e altas entre o BEP e a Auto-Eficácia.

Na **Fase 4**, os resultados revelam a existência de associações positivas e baixas entre a Satisfação com a Vida e a Esperança; e entre a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social; de associações positivas e moderadas entre a Funcionalidade para AIVD, a Escolaridade e a Funcionalidade para ABVD; entre Satisfação com a Vida, o BEP, e a Auto-Eficácia; entre o BEP, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança; e entre a Auto-Eficácia e a Esperança; e associações positivas e altas entre o BEP e a Auto-Eficácia.

Em suma, estes resultados sugerem que, para a fase 1, à medida que aumenta (ou diminui) a Escolaridade, aumenta (ou diminui) o BEP (e vice-versa); o que indica que, conforme verificado anteriormente, o aumento da Escolaridade está associado a um aumento do BEP.

Estes resultados salientam, ainda, que, para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) a Funcionalidade para ABVD, aumenta (ou diminui) a Funcionalidade para AIVD (e vice-versa); o que sugere que, conforme esperado e verificado anteriormente, a funcionalidade para as ABVD se relaciona diretamente com a funcionalidade para as AIVD.

Estes resultados indicam que, para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) a Funcionalidade para AIVD, aumenta (ou diminui) a Escolaridade (e vice-versa); e, para a fase 1, à medida que aumenta (ou diminui) a Funcionalidade para AIVD, aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida (e vice-versa). Desta forma, os resultados salientam que quanto maior é a funcionalidade para AIVD, maior é a Escolaridade e a Satisfação com a Vida dos indivíduos, o que sugere que quanto mais independentes são os indivíduos ao nível da funcionalidade para AIVD, maiores são as suas hipóteses de seguir um percurso escolar normativo, uma vez que necessitam de

menos apoio instrumental; e mais satisfeitos se encontram com a sua vida, provavelmente, porque são mais autónomos.

Estes resultados sugerem que, para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) o BEP e a Auto-Eficácia (e vice-versa); para as fases 1 e 2, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social (e vice-versa); e, para as fases 1, 3 e 4, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) a Esperança (e vice-versa). Por sua vez, em todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) o BEP, aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia e a Satisfação com o Suporte Social (e vice-versa); e, para a fase 1, 3 e 4, à medida que aumenta (ou diminui) o BEP, aumenta (ou diminui) a Esperança (e vice-versa). Para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) a Auto-Eficácia, aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); e, para a fase 3, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com o Suporte Social, aumenta (ou diminui) a Esperança (e vice-versa). Conforme esperado e verificado anteriormente, os resultados sugerem que quanto maior é a Satisfação com a Vida, maior é o BEP, a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); por sua vez, quanto maior é o BEP, maior é a Auto-Eficácia, a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); quanto maior é a Auto-Eficácia, maior é a Satisfação com o Suporte Social e a Esperança (e vice-versa); e quanto maior é a Satisfação com o Suporte Social, maior é a Esperança. Assim, uma vez mais, conclui-se que as variáveis principais do nosso estudo se encontram todas correlacionadas.

e) Cuidadores do Grupo de Comparação

Na **Fase 1**, os resultados indicam a existência de uma associação negativa e baixa entre a Sobrecarga do Cuidador e a Satisfação com a Vida; de uma associação negativa e moderada entre o BEP e a Sobrecarga do Cuidador; de uma associação positiva e baixa entre a Escolaridade e o BEP; e de uma associação positiva e moderada entre a Satisfação com a Vida e o BEP.

Na **Fase 2**, os resultados salientam a existência associações negativas e moderadas entre a Sobrecarga do Cuidador, a Satisfação com a Vida e o BEP; e de uma associação positiva e alta entre a Satisfação com a Vida e o BEP.

Na **Fase 3**, os resultados sugerem a existência de associações negativas e moderadas entre a Sobrecarga do Cuidador, a Satisfação com a Vida e o BEP; e de uma associação positiva e moderada entre a Satisfação com a Vida e o BEP.

Na **Fase 4**, os resultados revelam a existência de uma associação negativa e baixa entre a Satisfação com a Vida e a Sobrecarga do Cuidador; de uma associação negativa moderada entre o BEP e a Sobrecarga do Cuidador; e de uma associação positiva e moderada entre a Satisfação com a Vida e o BEP.

Em suma, estes resultados salientam que, para a fase 1, à medida que aumenta (ou diminui) a Escolaridade, aumenta (ou diminui) o BEP (e vice-versa); sugerindo, uma vez mais, que o aumento da Escolaridade se encontra associado a um aumento do BEP.

Estes resultados salientam, ainda, que, para todas as fases, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida, aumenta (ou diminui) o BEP e diminui (ou aumenta) a Sobrecarga do Cuidador (e vice-versa); e, por sua vez, à medida que aumenta (ou diminui) o BEP, diminui (ou aumenta) a Sobrecarga do Cuidador (e vice-versa). Conforme verificado anteriormente, uma vez mais, estes resultados indicam que o aumento da Satisfação com a Vida está relacionado com o aumento do BEP e com a diminuição da Sobrecarga do cuidador; e, por outro lado, que o aumento do BEP está relacionado com a diminuição da Sobrecarga do cuidador; o que sugere que as variáveis principais do nosso estudo se encontram associadas umas às outras.

f) Indivíduos do Grupo de Comparação e Cuidadores do Grupo de Comparação

Nas **Fases 1 e 3**, os resultados desta análise não salientam a existência de correlações, estatisticamente significativas.

Na **Fase 2**, os resultados sugerem a existência de associações negativas e baixas entre a Funcionalidade para ABVD dos filhos e o BEP dos cuidadores.

Na **Fase 4**, os resultados desta análise revelam a existência de associações negativas e baixas entre a Idade dos filhos e a Sobrecarga do Cuidador; e de associações positivas e baixas entre a Satisfação com a Vida dos cuidadores e a Esperança dos filhos.

Em suma, estes resultados salientam que, para a fase 4, à medida que aumenta (ou diminui) a Idade dos filhos, diminui (ou aumenta) a Sobrecarga dos cuidadores (e vice-versa); o que sugere que o aumento da Idade dos filhos está associado a uma

diminuição da Sobrecarga dos cuidadores. Com o aumento da Idade, é esperado um aumento da autonomia e independência dos indivíduos e, uma vez que neste grupo todos os jovens têm elevada funcionalidade, este resultado parece sugerir que o aumento da idade traz autonomia em relação aos cuidadores. Assim, a necessidade dos jovens recorrerem aos seus cuidadores poderá ser menor, daí que seja, também, menor a sobrecarga que estes sentem relativamente ao ato de cuidar do seu filho. De facto, como referido anteriormente, a investigação sugere que a prestação de cuidados se torna menos stressante ao longo do tempo, devido ao aumento da estabilidade das rotinas, à redução dos problemas comportamentais, à maior aceitação do membro da família e à maior reciprocidade na prestação de cuidados para a pessoa com incapacidade (Heller et al., 2007).

Estes resultados indicam, ainda, que, para a fase 2, à medida que aumenta (ou diminui) a Funcionalidade para ABVD dos filhos, diminui (ou aumenta) o BEP dos cuidadores (e vice-versa); o que sugere que quanto maior for a autonomia e independência dos filhos, menor é o BEP dos cuidadores. Apesar de ser inesperado, este resultado pode estar relacionado com a dificuldade que alguns cuidadores têm em permitir a autonomização dos filhos. Como vimos anteriormente, os cuidadores de indivíduos com incapacidade podem experienciar uma sensação de interdependência emocional, que se manifesta pela necessidade constante de estar junto do seu filho, para evitar perigos imaginários, assim como a impossibilidade de se abstrair da situação mesmo em momentos de lazer (Munoz, 2007). Para estes cuidadores, há uma dedicação quase exclusiva à atenção do filho e, por isso, o cuidador sente-se imprescindível (ibd.). Se, em adultos, os filhos são autónomos e independentes, os cuidadores podem sentir-se ausentes de papel, daí que, muitas vezes, se verifique na prática clínica, uma tentativa de impedir essa autonomização. Esta situação não é de todo agradável para o cuidador, pelo que será de compreender que o seu BEP possa estar diminuído.

Estes resultados revelam que, para a fase 4, à medida que aumenta (ou diminui) a Satisfação com a Vida dos cuidadores, aumenta (ou diminui) a Esperança dos filhos (e vice-versa). O aumento da Esperança dos filhos está associado ao aumento da Satisfação com a Vida dos cuidadores (e vice-versa), o que sugere que, à medida que vai aumentando a capacidade dos seus filhos traçarem e percorrerem caminhos para alcançar os seus objetivos, aumenta a Satisfação com a Vida dos cuidadores. Estes resultados, já encontrados anteriormente, vão de encontro ao que era esperado neste estudo.

SECÇÃO 4

FASE DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPO

Nesta secção, serão discutidos os resultados relativos à Fase de Intervenção Psicológica em Grupo, efetuando-se uma análise descritiva dos Grupos de Intervenção, tanto de indivíduos com PC, como de cuidadores.

1. GRUPOS “OBJETIVOS PARA A VIDA”

Caracterização dos participantes por grupo

Grupo 1

Durante as sessões, 5 dos participantes do **GOV1** definiram como objetivo pessoal encontrar emprego: o P1GOV1, que se encontrava desempregado, durante a intervenção tirou um curso, no final da mesma e 6 meses depois, encontrava-se a estagiar. 1 ano após a intervenção, encontrava-se, novamente, desempregado; a P2GOV1, que se encontrava desempregada, no final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, era voluntária numa instituição, deslocava-se sozinha de transportes públicos e ia sozinha para o CRPCP; o P3GOV1, que se encontrava desempregado, durante a intervenção esteve a trabalhar e, no final da mesma, encontrava-se desempregado. 6 meses após a intervenção e 1 ano depois, encontrava-se a fazer Formação Profissional; a P4GOV1, que se encontrava desempregada, durante a intervenção, inscreveu-se num processo de RVCC; no final da mesma, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a frequentar esse processo; o P5GOV1, que, durante a intervenção, era voluntário numa instituição, no final da mesma, 6 meses e 1 ano depois continuava como voluntário no mesmo local, mas encontrava-se a receber remuneração por parte da mesma.

Durante as sessões, 2 dos participantes do **GOV1** definiram como objetivo pessoal melhorar algumas competências pessoais e sociais: a P6GOV1, que era estudante, no final da intervenção, tinha concluído o 11º ano de escolaridade; 6 meses após a intervenção encontrava-se a frequentar o 12º ano, e 1 ano depois, encontrava-se a concluir o 12º ano; o P7GOV1, que estava a trabalhar, no final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se igualmente a trabalhar, no mesmo local. Os objetivos de ambos não puderam ser especificamente trabalhados, uma vez que ambos faltaram às respetivas sessões.

O P8GOV1, que se encontrava em casa, e cujo objetivo era tirar um curso de Informática, necessitava de uma cadeira de rodas mais adequada. Durante as sessões, realizou uma angariação de fundos para conseguir a cadeira de rodas; no final da intervenção, aguardava por ela; 6 meses e 1 ano depois já possuía a cadeira de rodas nova, mas continuava, ainda, em casa.

Neste grupo, todos os participantes, à exceção de um, se encontram numa situação diferente da que tinham quando entraram na IPG, estando mais próximos do seu objetivo. De facto, todos eles se encontram com uma ocupação, seja a estagiar, a estudar, a trabalhar, ou a fazer voluntariado. Dois dos participantes não trabalharam o seu objetivo na intervenção, e outro, apesar de estar mais próximo do seu objetivo, continua na mesma situação. Pensa-se que qualquer uma destas experiências constitui uma mais-valia para a futura integração profissional e social de cada um dos indivíduos. Uma das possíveis razões para P8GOV1 não ter alcançado o seu objetivo pode estar relacionada com o facto de não existirem muitas opções formativas na sua zona de residência, adequadas às suas limitações funcionais. De qualquer forma, no geral, pensa-se que a participação na IPG teve um impacto positivo nestes indivíduos.

Grupo 2

Durante as sessões, 3 dos participantes do **GOV2** definiram como o seu objetivo encontrar emprego. O P9GOV2, que era estudante, no final da intervenção e 6 meses depois, encontrava-se a frequentar o mesmo curso; 1 ano depois, encontrava-se desempregado. A P10GOV2, que estava desempregada, durante a intervenção teve várias experiências de emprego temporário, no final da mesma, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se na mesma situação. O P11GOV2, que era estudante, durante a intervenção, concluiu o ensino secundário, no final da mesma estava a trabalhar, 6 meses e 1 ano depois continuava empregado.

O P12GOV2, que era estudante, pretendia ser mais autónomo. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, continuava a estudar e já efetuava pequenos percursos a pé, sozinho.

O P13GOV2, que se encontrava em casa, pretendia ingressar no Ensino Superior. No final da intervenção, encontrava-se a aguardar os resultados da candidatura ao Ensino Superior; 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a frequentar o Ensino Superior.

Neste grupo, todos os participantes, à exceção de um, conseguiram alcançar o seu objetivo, pelo que se considera que foi positiva a sua participação na IPG. Uma das possíveis razões para P9GOV2 não ter alcançado o seu objetivo pode estar relacionada com o facto de, no momento da última avaliação, ainda ter passado pouco tempo desde que este tinha concluído o seu curso.

Grupo 3

O P14GOV3, que se encontrava em casa, pretendia ingressar no Ensino Superior. No final da intervenção, encontrava-se a aguardar os resultados da candidatura ao Ensino Superior; 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a frequentar o Ensino Superior.

A P15GOV3, que se encontrava empregada, tinha como objetivo trocar de emprego. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se no mesmo emprego.

O P16GOV3, que era estudante, pretendia concluir o curso e encontrar um emprego. No final da intervenção, tinha concluído o 11º ano de escolaridade, 6 meses após a intervenção encontrava-se a frequentar o 12º ano, e 1 ano depois, encontrava-se a concluir o 12º ano.

Neste grupo, todos os participantes, à exceção de um, conseguiram alcançar o seu objetivo, pelo que se considera que a IPG teve um impacto positivo nestes indivíduos. O facto de a P15GOV3 não ter alcançado o seu objetivo pode estar relacionado com as imposições dos seus próprios pais que, como referido anteriormente, se opunham à sua troca de emprego.

Grupo 4

Durante as sessões, 5 dos participantes do **GOV4**, que se encontravam em casa, definiram como objetivo pessoal serem mais autónomos. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, continuavam todos em casa.

O P22GOV4, que se encontrava desempregado, definiu como objetivo encontrar um emprego. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, continuava desempregado.

O P23GOV4, que era atleta de *Boccia*, tinha como objetivo integrar a Seleção Nacional de *Boccia*. Após a intervenção, 6 meses e 1 ano depois, este participante

encontrava-se com boas classificações nos jogos, mais perto de ser convocado para a Seleção Nacional de *Boccia*.

Neste grupo, todos os participantes, à exceção de um, se encontravam na mesma situação que se encontravam quando entraram na intervenção, o que parece sugerir que a IPG não teve um impacto positivo neste grupo. No entanto, pode afirmar-se que o objetivo selecionado pela maior parte dos participantes – ser autónomo - não era de fácil concretização num curto espaço de tempo, como o definido para a IPG.

Todos os participantes deste grupo, à exceção de 1, possuíam o 9º ano com um currículo alternativo, o que os impedia de prosseguir a vida académica. De igual modo, em termos profissionais, todos eles enfrentavam duros desafios, pois, para além de serem totalmente dependentes de terceiros, apresentavam muitas lacunas ao nível da sua formação educativa. Relativamente às respostas ocupacionais, como eram indivíduos que não apresentavam défices cognitivos era-lhes difícil integrar os tradicionais Centros de Atividades Ocupacionais, optando por ficar em casa.

No geral, pode afirmar-se que não existem grandes respostas para indivíduos nestas condições e que, por norma, há um desinvestimento dos indivíduos com PC que fazem a sua escolaridade com um currículo alternativo, pela associação à existência de défices cognitivos. Não obstante estes indivíduos apresentarem algumas limitações ao nível da compreensão, da leitura e da escrita, com os devidos ajustes conseguiram concretizar as tarefas que lhes foram propostas. Estes eram os indivíduos mais dependentes, com menor ocupação na sua vida e com um percurso de vida um pouco mais limitado em termos de experiências de vida, devido às barreiras encontradas no seu dia a dia. Esta intervenção serviu para que sentissem e pensassem que vale a pena investir no seu futuro, traçar objetivos de vida e esforçar-se para os concretizar.

De qualquer forma, este grupo parece ter cumprido a sua função de fonte de suporte social, uma vez que houve a introdução de novos elementos na rede social destes indivíduos. Apesar de quase todos os participantes se conhecerem previamente, existiam muitos conflitos entre mesmos, os quais foram resolvidos no seio do grupo, o que, posteriormente, proporcionou o estabelecimento de relações de amizade e apoio. Para estes participantes a IPG servia como ocupação dos tempos livres, uma vez que estes indivíduos se encontravam em casa, sem nenhuma ocupação, há alguns anos. No final da IPG, estes participantes mostraram descontentamento pois pretendiam continuar, uma vez que para eles esta era das poucas atividades que tinham na sua vida. Assim, pode afirmar-se que, apesar de as mudanças não serem visíveis em termos da

concretização dos seus objetivos, a IPG parece ter tido um impacto positivo nestes indivíduos.

Grupo 5

Durante a intervenção, 3 dos participantes do **GOV5**, que se encontravam desempregados, definiram como objetivo pessoal encontrar emprego. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, todos se encontravam a frequentar um curso.

O P27GOV5, que se encontrava a estudar, pretendia encontrar um local de estágio. No final da intervenção e 6 meses depois, encontrava-se a estagiar. 1 ano após a intervenção, estava empregado.

A P28GOV5, que se encontrava em casa, pretendia escrever uma autobiografia. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a realizar o seu objetivo.

Durante as sessões, 3 dos participantes, que eram estudantes, definiram como objetivo, para além de concluir o seu grau académico, melhorar as suas competências pessoais e sociais. A P29GOV5, no final da intervenção, tinha concluído a sua licenciatura; 6 meses após a intervenção encontrava-se a frequentar o 1º ano de Mestrado; e 1 ano depois, tinha concluído o 1º ano do Mestrado. O P31GOV5, no final da intervenção, aguardava a defesa da sua Dissertação de Mestrado; 6 meses após a intervenção e 1 ano depois, encontrava-se a trabalhar. A P30GOV5, no final da intervenção, tinha concluído o 2º ano da licenciatura. 6 meses após a intervenção encontrava-se a frequentar o 3º ano da licenciatura; e 1 ano depois, tinha concluído o 3º ano da licenciatura.

Neste grupo, todos os participantes, se encontram numa situação diferente da que tinham quando entraram na IPG, estando mais próximos do seu objetivo; tendo, inclusivamente, muitos dos participantes conseguido alcançá-lo. De facto, todos eles se encontram com uma ocupação, seja a trabalhar, seja a estudar, o que, provavelmente, constituirá uma mais-valia para a sua futura integração profissional e social. Desta forma, pode afirmar-se que a participação na IPG teve um impacto positivo nestes indivíduos.

Grupo 6

Durante a intervenção, 2 dos participantes do **GOV6**, definiram como objetivo pessoal ter alguma orientação escolar e/ou profissional, tendo ambos optado por tirar um curso no Ensino Superior. A P32GOV6, que se encontrava em casa, no final da

intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se, ainda, em casa, sem nenhuma ocupação. Por sua vez, o P33GOV6, que era estudante, no final da intervenção, encontrava-se a aguardar as colocações no Ensino Superior; 6 meses após a intervenção e 1 ano depois, encontrava-se a frequentar o Ensino Superior.

Durante a intervenção, os outros 2 participantes do **GOV6**, que se encontravam desempregados, definiram como objetivo pessoal encontrar emprego. O P34GOV6, durante a intervenção, esteve a trabalhar em *part-time*; no final da intervenção e 6 meses depois, estava desempregado; 1 ano após a intervenção, encontrava-se empregado. O P35GOV6, durante a intervenção desenvolveu voluntariado, no final da mesma e 6 meses depois, mantinha-se como voluntário; 1 ano após a intervenção, para além do voluntariado, encontrava-se a frequentar um curso.

Neste grupo, todos os participantes se encontravam mais próximos do seu objetivo; tendo, inclusivamente, alguns deles conseguido alcançá-lo.

Pensa-se que o facto de, um ano após a IPG, a P32GOV6 continuar em casa, possa estar relacionado com a sua história de vida passada. Como referido anteriormente, no contexto da IPG, esta participante definiu como objetivo pessoal ter orientação escolar e/ou profissional e, do aprofundar de opções, selecionou tirar um curso no Ensino Superior. A P32GOV6 enquanto pessoa com PC fez um percurso bastante positivo, sendo independente e autónoma nas suas AVD, até que teve um problema de saúde que a deixou totalmente incapacitada. Assim, teve de deixar de estudar e durante alguns anos, recusou recuperar. O facto de ter aceitado participar na intervenção foi já uma grande evolução, uma vez que a P32GOV6 recusava quase todo o tipo de apoio que lhe era proposto. Ter optado por tirar um curso no Ensino Superior representa outra evolução para si, pois revela que começa a estar disponível para aceitar que poderá retomar um percurso que tinha sido interrompido. No entanto, como se pode compreender, esta não é uma decisão fácil para a P32GOV6, pois, por um lado, relembra-a de tudo o que perdeu e, por outro, necessitará de muito apoio de terceiros para a concretizar. Independentemente disso, a P32GOV6 parecia estar bastante motivada para prosseguir com a sua opção. Reconhece-se, no entanto, a sua necessidade de tempo para, de facto, conseguir implementar essa mudança na sua vida.

Grupo 7

A P36GOV7, que era estudante, pretendia aprender como encontrar emprego. No final da intervenção e 6 meses depois, encontrava-se a frequentar o 4º ano do Ensino Superior. 1 ano após a intervenção, encontrava-se a concluir o Ensino Superior.

O P37GOV7, que estava empregado, pretendia melhorar o seu desempenho desportivo e a sua forma física. Durante a intervenção, perdeu cerca de 7 kg, e no final da mesma, a sua equipa de futebol adaptado ficou classificada em primeiro lugar na competição Nacional, tendo ele sido considerado um dos melhores marcadores. 6 meses e 1 ano após a intervenção, o P37GOV7 continuava com o mesmo peso e continuava com um excelente desempenho no futebol.

O P38GOV7, que estava empregado, pretendia melhorar algumas competências pessoais e sociais. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a trabalhar e considerava estar mais esclarecido no que se referia à PC.

A P39GOV7, que se encontrava em casa, tinha como objetivo melhorar algumas competências pessoais e sociais, no final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois continuava em casa, e considerava ter cumprido o seu objetivo.

O P40GOV7, que era estudante, pretendia melhorar algumas competências pessoais e sociais. No final da intervenção e 6 meses depois, encontrava-se a frequentar o 4º ano do Ensino Superior. 1 ano após a intervenção, encontrava-se a concluir o Ensino Superior. O seu objetivo não pôde ser especificamente trabalhado dado que o P40GOV7 faltou às respetivas sessões.

O P41GOV7, que se encontrava em casa, tinha como objetivo ter Orientação Profissional. No final da intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a frequentar aulas para adultos.

O P42GOV7, que era atleta de *Boccia*, pretendia ser campeão paralímpico de *Boccia*. Após a intervenção, 6 meses e 1 ano depois, encontrava-se a treinar para a Seleção Nacional de *Boccia*.

Neste grupo, todos os participantes estavam mais próximos do seu objetivo; tendo, inclusivamente, muitos deles conseguido alcançá-lo. Um dos participantes não trabalhou o seu objetivo na intervenção. Neste grupo, apesar dos objetivos selecionados terem sido muito díspares, houve a oportunidade de todos serem trabalhados, podendo afirmar-se que a participação na IPG teve um impacto positivo nestes indivíduos.

No geral, pode afirmar-se que em todos os grupos, à exceção de um, todos os participantes se encontravam numa situação diferente da que tinham quando entraram na IPG, estando mais próximos do seu objetivo; tendo, inclusivamente, muitos deles conseguido alcançá-lo. Estes resultados sugerem que a IPG teve um impacto positivo nestes indivíduos.

Avaliação da Intervenção

Apresenta-se, de seguida, uma análise da ficha de avaliação da intervenção.

1. Como chamarias a esta aventura?

“A esta aventura chamaria “O Voo”, no sentido em que, na Natureza um pássaro para voar (mesmo no seu primeiro voo) fá-lo sozinho. No entanto, antes de o fazer adquire competências necessárias para o realizar através dos ensinamentos da sua família (inicialmente) e, posteriormente, voa, pois tem objetivos concretos para o fazer (procura de alimento, de companhia, ...). Penso que foi o que aconteceu nesta intervenção, a psicóloga presenteou todos os elementos com “ensinamentos” necessários para que todos eles sentissem uma grande vontade de “voar” sozinhos. Para que tal acontecesse, incutiu-nos a importância que é ter esperança (sonhos, objetivos, de acreditar), da Auto-Eficácia (acreditar em nós próprios, nas nossas capacidades), bem como do suporte social (a importância do apoio dos amigos, familiares e da sociedade).” (P25GOV5)

Outros dos nomes sugeridos pelos participantes foram:

“Inesperada”, “Traçar de um caminho para alcançar um objetivo”, “Novos Conhecimentos”, “O desafio da procura de emprego”, “O conhecimento do nosso Ser”, “À Procura dum futuro melhor”, “Ultrapassar medos e ansiedades”, “O grupo dos inseguros”, “A descoberta”, “A Mudança”, “Os corajosos”, “Aventureiros”, “O grupo dos aventureiros”, “Os Dianeiros”, “Interessante”, “Oportunidade para o futuro”, “Os traquinas”, “Triunfante”, “Muito positiva”, “A descoberta do caminho numa união fantástica”, “Aventura de vencedores”, “Enriquecedora”, “Inesquecível”, “Locus Amenus (a paisagem ideal)”, “O Puzzle”, “Caminhada de autoconhecimento”, “Uma

aventura especial”, “*Bem-estar social*”, “*Caminhos cruzados*”, “*Não há diferenças nem igualdades*”, “*A descoberta de outro “mundo”*”.

A escolha de um nome para a intervenção reflete a vivência e o sentimento de cada participante em relação à mesma. No geral, pode afirmar-se, que esta experiência em grupo parece ter sido bastante importante e significativa para os participantes.

2. Quem eras quando entraste para cá? (Como te sentias?)

“Quando entrei para este grupo era uma pessoa com objetivos, mas com algum receio em realiza-los, pois pensava que não conseguia ultrapassar certos obstáculos que me poderiam vir a surgir. Era um pouco pessimista, pois para mim, tudo o que fazia tinha algum erro.”

(P6GOV1)

Ainda que alguns participantes considerem que quando entraram no grupo eram a mesma pessoa, outros referem ter ido da “*Escuridão para a Luz*” (P31GOV5), considerando que, quando entraram neste grupo eram uma pessoa completamente diferente daquela que saiu, referindo principalmente, que quando entraram tinham menos autonomia e eram pessoas desiludidas com elas próprias e com os outros, desmotivadas, controladas por medos que as incapacitavam de sonhar e traçar objetivos. Relativamente à questão “*Como te sentias?*”, na generalidade, os participantes referiram sentimentos de timidez, vergonha, ansiedade, curiosidade, nervosismo, falta de autoconfiança, falta de vontade, insegurança acerca das capacidades pessoais e profissionais, insegurança e indecisão quanto ao futuro, desânimo face à vida, alguma reserva e medo de expressar opiniões.

3. Quais as expectativas que trazias quando entraste?

“As minhas expectativas não eram as melhores porque eu próprio não sabia como iria reagir ao passar a conviver mais frequentemente com pessoas com a mesma limitação que eu, uma vez que no meio em que eu estava inserido a única pessoa “diferente” era eu....” (P1GOV1)

No início da intervenção, os participantes questionaram: “*Será que vai valer a pena? O que irá acontecer? Será que vai ser bom para mim?*” (P29GOV5) e, ainda que não tivessem as melhores expectativas quando entraram para o grupo, ou porque não

estavam habituados a frequentar a Associação, porque lhes era difícil o confronto com pessoas com as mesmas limitações que eles próprios, porque já tinham participado noutras intervenções em grupo, que não tinham corrido da melhor forma, ou até mesmo, porque nunca tinham participado numa intervenção em grupo; os participantes referem a surpresa que foram tendo com a intervenção, à medida que o tempo foi passando. No geral, esperavam poder encontrar um emprego ou aprender como fazê-lo; partilhar experiências, objetivos e ideias; ter orientações para o futuro; serem ajudados na definição e alcance dos seus objetivos; ganhar autoconfiança; fazer novos amigos; sentirem-se compreendidos; melhorar certos aspetos da sua vida; vencer alguns dos seus problemas, tais como medos e depressão, e evoluir em termos pessoais.

4. As atividades que mais me ajudaram na elaboração do meu objetivo...

“Não consigo enumerar as atividades mais importantes, pois para mim todas foram bastante importantes e todas me tocaram de forma diferente. Todas as sessões serviram para amadurecer, para combater receios, para fazer partilha de experiências, para me enriquecer e para, aos poucos e poucos, com o avançar do tempo, ir evoluindo. Todas possibilitaram uma experiência inesquecível. Só o conjunto de todas as sessões permitiu o meu crescimento.” (P30GOV5)

Relativamente às atividades que mais ajudaram na elaboração do seu objetivo, os participantes reconhecem o contributo de todas as atividades para a construção do seu percurso, bem como para a facilitação do seu crescimento. Ainda assim, referem como atividades essenciais a visualização do excerto da série e da reportagem, bem como a sua reflexão; a ficha de trabalho “*Os meus objetivos*”; a elaboração do Currículo *Vitae* e de uma Carta de Apresentação; as simulações; o relaxamento e os mecanismos de controlo de ansiedade; bem como todos os momentos de partilha de experiências e reflexão.

5. As atividades que menos me ajudaram na elaboração do meu objetivo...

“Todas as atividades, na sua medida, contribuíram não só para a elaboração do meu objetivo, mas também construíram novas aprendizagens que permitiram uma evolução e autoconhecimento.” (P32GOV6)

Ainda que lhes seja difícil especificar as atividades que menos ajudaram na elaboração do seu objetivo, os participantes referem as dinâmicas de quebra-gelo e de avaliação como menos úteis para a elaboração do seu projeto. Houve, também, quem referisse a reportagem e o relaxamento.

6. Que outros caminhos gostarias de ter percorrido?

“Acho se me dessem a oportunidade de mudar os caminhos percorridos durante esta aventura, não o faria. O que vivi durante as sessões desta aventura foi único e levou-me a um crescimento bastante significativo quer ao nível pessoal, quer ao nível do meu futuro profissional”. (P27GOV5)

Em geral, os participantes referem que não mudariam os caminhos percorridos. No entanto, gostariam de ter visitado empresas, conhecer e falar com os responsáveis; aprender mais; ter assistido a mais sessões e partilhar mais com os outros; perseguir o seu objetivo com mais energia; ter escolhido outro objetivo para trabalhar nas sessões; ter mais sessões; e explorar mais temas da vida diária.

7. Como foi andar cá? O que sentiste?

“Para mim, cada sessão era uma grande surpresa, uma aprendizagem para a vida. Com o decorrer das sessões, senti-me cada vez mais à vontade com os meus colegas e psicóloga, senti uma grande amizade por todos (incluindo a psicóloga) e uma grande admiração pela grande competência profissional e humana da psicóloga. Observei, também, que a cada sessão que passava sentia mudanças concretas na forma como me vejo relativamente a ser portadora de Paralisia Cerebral.”
(P25GOV5)

No início foi difícil, por não conhecerem ninguém, mas os participantes consideram que ao longo das sessões, foram ganhando mais à vontade e confiança e sentiam-se muito bem no grupo, referindo que *“a vontade de aparecer em cada semana, a cada intervenção aumentou até à última sessão”* (P1GOV1). Consideram, então, que foi uma experiência muito boa, enriquecedora, divertida e única; que a pertença e este

grupo serviu para conhecer pessoas novas, interagir e fazer novas amizades; perceber que há mais pessoas como eles e com mais ou menos os mesmos problemas; serviu, também, para aprender e para aumentar o seu autoconhecimento. Os participantes referem sentir-se, agora, realizados, mais confiantes e mais adultos, considerando que as coisas não são tão difíceis como parecem:

“Cresci enquanto pessoa e combati alguns dos meus medos, aprendi a lidar melhor com aquilo que sou, aprendi que nem sempre o desconhecido é mau, aprendi a confiar mais em mim e naquilo que faço. Ao longo das sessões fui-me sentindo mais confiante e com mais força para enfrentar o que se avizinha.” (P30GOV5)

8. Os momentos mais marcantes e significativos da intervenção foram...

“Os momentos mais marcantes e significativos foram a partilha de experiências entre todos os elementos do grupo, o que permitiu aprendizagem, reflexão, ajuda e nos fez perceber que quando queremos e nos esforçamos somos tão capazes! A partilha de experiências penso que foi útil para os elementos do grupo que por ventura venham a passar por situações idênticas, percebam que tudo se ultrapassa com mais ou menos esforço.” (P30GOV5)

Para alguns dos participantes, um dos momentos mais marcantes foi a primeira sessão, onde conheceram o grupo, e onde surgiram alguns receios por não saber como reagir ao lidar diretamente com pessoas com questões e dúvidas idênticas às suas. Outros momentos significativos referem-se a certas atividades como, por exemplo, a visualização da reportagem, a elaboração da carta de apresentação, a simulação de uma entrevista e o relaxamento.

Foi notória a importância atribuída à partilha de experiências pessoais e profissionais de cada um: *“Falar com eles e conhecer que a vida de alguns era parecida com a minha, ajudou-me muito; porque afinal não sou só eu que tenho o mesmo problema.” (P4GOV1)*; bem como ao apoio prestado pelos colegas de grupo, a entreatjada de todos, a união e amizade do grupo. Por si só, o estar em grupo e conviver foi muito valorizado pelos participantes, referindo, também, como marcante, o sentimento de pertença ao grupo.

9. Considero que a psicóloga foi...

“O tronco da árvore essencial para que nós, folhas, pudéssemos desabrochar”. (P28GOV5)

“Espetacular, mostrou ser bastante original nalgumas atividades que fizemos, proporcionou momentos algo divertidos mas, ao mesmo tempo, sérios.” (P29GOV5)

Em geral, os participantes consideram que a psicóloga foi atenciosa, interessada, boa ouvinte e compreensiva; atenta, organizada, dedicada e empenhada; exigente; muito acessível, sempre disposta a ajudar e elucidar sobre os caminhos que deveriam tomar; uma ajuda para descobrir os objetivos. Consideram, ainda, que a psicóloga:

“(...) demonstrou durante todo este processo ser (..) excepcional, especial, inigualável. Com enorme profissionalismo, notava-se que sabia o que estava a fazer, demonstrou enorme empenho para que as sessões fossem as melhores, conseguiu com que trabalhássemos assuntos sérios de uma forma concreta, simples, rigorosa, por um lado, e descontraída por outro. Teve sempre o cuidado que nas sessões reinasse a boa disposição (...) É um exemplo para todos nós, no sentido em que vive o seu trabalho de forma apaixonada, com empenho e dedicação inesgotável. Conseguiu tocar na minha vida!!!” (P25GOV5)

Relativamente ao papel da psicóloga, pensa-se que foi adotada com sucesso a postura de liderança defendida por Yalom (1995).

10. O que sentes relativamente ao final do processo de intervenção?

“Acho que mais cedo ou mais tarde tinha de ter um fim. Apesar de ser doloroso e deixar imensas saudades. No entanto, acho que todos os elementos são agora capazes de seguir em frente sozinhos. O término das sessões foi feito numa altura apropriada pois os objetivos iniciais já tinham sido conseguidos.” (P30GOV5)

Os participantes referem sentimentos de pena, tristeza, nostalgia e saudades por ter chegado ao fim. No entanto, mostram-se satisfeitos com os resultados obtidos e consideram que o término das sessões teve lugar na altura apropriada; sentem-se agora

capazes de resolver os seus problemas, de saber quais os caminhos que têm que percorrer até alcançar o seu objetivo, mais realizados e com melhor autoestima, mais confiantes. No final deste processo, sentem que o esforço valeu a pena, que conseguiram evoluir pessoalmente, alcançar os seus objetivos, melhorar certos aspetos, aumentar o seu BEP, fazer novas amizades, aprender coisas novas. Consideram que foi uma experiência divertida e que foi positivo trocar ideias e conhecer outras experiências de vida. Há quem refira que deveriam existir mais sessões. No geral, os resultados sugerem que a duração e *timing* da intervenção foram apropriados e adequados às necessidades dos grupos.

11. Fazendo um balanço final, a intervenção foi...

“...muito importante para mim na medida em que me “abriu os olhos” quanto ao caminho a tomar depois de deixar a escola. Aprendi passo-a-passo o que fazer e isso ajudou-me a agir e hoje, talvez graças a isso, estou empregado.” (RO)

Todos os participantes consideraram que a intervenção foi útil e positiva, tendo contribuído para que percebessem que, apesar das dificuldades, não devem desistir daquilo que querem; para o estabelecimento de novas amizades e para novas aprendizagens; e tendo funcionado como uma ajuda para o alcance dos seus objetivos. Consideram que a intervenção foi enriquecedora a nível pessoal e profissional; tendo superado as expectativas iniciais.

12. Para que o processo de intervenção corra cada vez melhor sugiro que...

“(...) se tente conciliar o mais possível a presença de todos os elementos de cada grupo, no maior número de sessões possível, para que o trabalho levado a cabo tenha resultados ainda mais efetivos do que teve nesta intervenção, em todos os elementos do grupo e não só em alguns, como acabou por acontecer algumas vezes.” (PIGOV1)

Para que o processo de intervenção corra cada vez melhor, no geral, os participantes sugerem que se continue a fazer este tipo de trabalho em grupo, que se utilizem atividades de quebra-gelo, atividades dinâmicas e mais sessões de relaxamento; que os participantes sejam sempre interessados, empenhados e assíduos. Sugerem,

também, que se faça este trabalho em populações mais jovens e que se trabalhem nas sessões mais assuntos da vida diária. Os participantes sugerem, ainda, algumas melhorias no espaço físico, nomeadamente, uma sala maior, com refrigeração do ar e cadeiras mais confortáveis.

13. Com a intervenção aprendi...

“Que sou bem mais capaz do que aquilo que julgo ser. Aprendi a confiar mais em mim e a não me menosprezar. Aprendi que cada coisa tem o seu tempo e que não vale a pena sofrer por antecipação. Aprendi igualmente que todos os obstáculos ultrapassados são grandes vitórias e constituem sempre uma experiência com a qual aprendemos, e que nem sempre damos o devido valor às coisas que conseguimos. Aprendi também que nem sempre o desconhecido é mau.” (P30GOV5)

Sumariamente, os participantes referem terem aprendido que *“há mais pessoas que já passaram ou passam pelos mesmos problemas”* (P24GOV5) que eles próprios, e que não são os únicos *“a pensar de uma determinada maneira”* (P24GOV5); aprenderam, também, a ser responsáveis e a adotar novas formas de encarar os problemas e obstáculos que surgem no seu dia a dia; a serem otimistas e confiantes; a *“deixar os pensamentos negativos de lado e a superar certos medos”* (P6GOV1). Aprenderam, ainda, a serem mais participativos, a expressar a sua opinião e ouvir a dos outros. Outra das aprendizagens que este grupo lhes proporcionou foi que não devem desistir dos seus objetivos; que estes devem ser elaborados de uma forma organizada, clara, precisa, consciente e responsável; que para os atingirem não existe apenas um caminho; e que apenas há uma forma eficaz de percorrer esses caminhos que é percorrê-lo eles próprios porque ninguém o fará por eles. Há quem considere que, no geral, aprendeu a *“ser feliz.”* (P31GOV5).

14. Quais foram as principais mudanças que ocorreram em ti durante o processo?

“Fiquei com mais consciência dos obstáculos que me aparecem pela frente e sei que, por mais difíceis que possam ser, vou enfrentá-los com toda a minha força e coragem, e tenho cada vez mais a certeza daquilo que quero para a minha vida.” (P28GOV5)

Os participantes referem, principalmente, mudanças no seu modo de ser, pensar, agir e de estar na vida. Referem que se tornaram mais pacientes, calmos e tranquilos; que se sentem com maior autoestima e autoconfiança, que não se deixam dominar por medos, e enfrentam os obstáculos de forma diferente, não desistindo à primeira contrariedade. Sentem, também, que cresceram e são, agora, mais autónomos. Neste momento, acreditam que vale a pena sonhar, lutar por aquilo que querem e os entusiasma, sentem maior vontade de viver a vida.

15. Os meus objetivos são...

“Ser feliz, e isso engloba, constituir família e atingir o sucesso profissional que tanto anseio.” (P31GOV5)

Globalmente, os objetivos selecionados pelos participantes são: concluir o ensino secundário, tirar um novo curso, entrar na universidade, concluir a licenciatura e o mestrado, encontrar um emprego e ter realização profissional, conseguir um emprego melhor, ser mais autónomo e independente, constituir família. Especificamente, outros objetivos são: terminar um livro autobiográfico e construir uma casa adaptada; manter a ligação a todos os membros do grupo; manter tudo aquilo que alcançaram nas sessões; melhorar o país; ter uma boa forma física e um estilo de vida saudável; e ser Campeão Paralímpico.

No que respeita à avaliação da intervenção, os comentários dos participantes falam por si.

Em geral, pode afirmar-se que os **objetivos** de qualquer IPG foram atingidos, uma vez que os participantes, após a intervenção, referem não se sentirem sós e únicos nos seus problemas; valorizam a partilha pessoal que foi promovida no grupo; e reconhecem o seu crescimento e mudança. De facto, o grupo funcionou como um espaço privilegiado de interação e partilha de experiências, o que permitiu aumentar o conhecimento dos indivíduos acerca de si próprios e dos outros.

Nesta intervenção, foram, ainda, evidenciados alguns dos **fatores terapêuticos** propostos por Yalom (1995), nomeadamente, o incutir da esperança [*“o sentimento que predomina no final das sessões é de esperança, de uma grande vontade de agir para que o meu futuro aconteça de forma a que me sinta apaixonada pela vida.”* (P25GOV5)], a universalidade [*“Senti que há mais pessoas como eu e com mais ou*

menos os mesmos problemas.” (P9GOV2)], a informação participada [“As atividades que mais me ajudaram na elaboração do meu objetivo foram principalmente as atividades iniciais, onde aprendemos os passos para a elaboração do nosso objetivo de forma correta e, também, aprender os mecanismos de controlo de ansiedade.” (P1GOV1)], o altruísmo [“Os momentos mais marcantes e significativos da intervenção foram a entreatajuda de todos.” (P24GOV5)], o desenvolvimento de competências sociais [“Ao longo deste processo modifiquei, sobretudo, a minha forma de estar em sociedade. Sinto-me mais confiante, mais à vontade, mais natural na convivência com os outros. Tenho menos receios do que possa vir a encontrar no futuro, ou melhor, tenho vontade de lutar e de dar a volta a todos os obstáculos que for encontrar, por mais difíceis que possam ser.” (P27GOV5)], a modelagem [“As atividades que mais me ajudaram na elaboração do meu objetivo foram ver um filme de um rapaz que o objetivo dele era pôr uma carrinha a andar e, de tanto insistir, conseguiu; e eu tenho que conseguir arranjar um emprego e nunca desistir do meu objetivo.” (P4GOV1)], a catarse [“Os momentos mais marcantes e significativos da intervenção foram a discussão pessoal de certos aspetos da minha vida, sempre com o apoio total dos meus colegas, que achei sempre fantástico surpreendeu-me bastante.” (P31GOV5)], os fatores existenciais [“Aprendi que sou único e feliz à minha maneira e que não devo ter receio do que possa vir a encontrar no futuro de forma a agarrar a vida da melhor forma possível.” (P27GOV5)], a coesão do grupo [“Os momentos mais marcantes e significativos da intervenção foram a união do grupo.” (P26GOV5)] e a aprendizagem interpessoal [“Os momentos mais marcantes e significativos da intervenção foram a partilha de experiências entre todos os elementos do grupo, que permitiu aprendizagem, reflexão, ajuda e nos fez perceber que quando queremos e nos esforçamos somos tão capazes! Penso que a partilha de experiências que foi útil para que os elementos do grupo que, por ventura, venham a passar por situações idênticas, percebam que tudo se ultrapassa com maior ou menor esforço.” (P30GOV5)]; o que contribuiu para a eficácia desta intervenção.

Na avaliação dos participantes existem evidências de que os **objetivos específicos** da intervenção foram cumpridos, nomeadamente, no que respeita à promoção da Satisfação com a Vida, do BEP, da Auto-Eficácia, do Suporte Social e da Esperança. Assim, encontram-se, comentários acerca dos efeitos da intervenção ao nível:

- da **Satisfação com a Vida** - “Andar no grupo foi bom, achei importante e senti-me bem e satisfeito ao longo de todo este tempo.” (P3GOV1);

- do **Bem-Estar Psicológico** - “Consegui evoluir pessoalmente, alcançar o meu bem-estar psicológico, fazer novas amizades, aprender novas coisas” (P27GOV5));

- da **Auto-Eficácia** - “Aprendi que sou bem mais capaz do que aquilo que julgo ser. Fiquei com mais consciência dos obstáculos que me aparecem pela frente e sei que, por mais difíceis que possam ser, vou enfrentá-los com toda a minha força e coragem.” (P30GOV5);

- do **Suporte Social** - “A discussão pessoal de certos aspetos da minha vida, sempre com o apoio total dos meus colegas, que achei sempre fantástico surpreendeu-me bastante.” (P31GOV5); “Conheci pessoas que jamais quero deixar de as conhecer, partilhei experiências e senti que os meus problemas e as minhas dificuldades não são únicos.” (P27GOV5); e

- da **Esperança** - “Aprendi que quando traçamos objetivos estes devem ser elaborados de uma forma organizada, clara, precisa, consciente e responsável; que para atingirmos um objetivo não existe necessariamente apenas um caminho para lá chegarmos mas sim vários; que apenas há uma forma eficaz de fazer o nosso caminho que é percorrê-lo nós mesmos porque ninguém fará por nós; a elaborar objetivos que nos entusiasmem verdadeiramente; a não deixar para amanhã o que se pode fazer hoje.” (P25GOV5).

Os resultados desta avaliação permitem concluir que esta intervenção foi extremamente positiva para os indivíduos com Paralisia Cerebral e que cumpriu, com êxito, os objetivos inicialmente propostos.

2. GRUPO DE APOIO PARA CUIDADORES

Resumo geral do funcionamento dos grupos

Em todos os grupos de cuidadores, nas sessões, inicialmente havia um grande silêncio e era necessário incentivar bastante os cuidadores para que começassem a falar. Depois, começavam a conversar naturalmente e, quando eram avisados que faltavam 15 minutos para o final e era a altura de fazer uma avaliação da sessão, os cuidadores começavam a falar quase que compulsivamente, tentando aproveitar todos os últimos minutos. Neste sentido, pensa-se que, apesar da dificuldade em iniciar, estes cuidadores

tinham a necessidade de participar neste tipo de intervenção, pois manifestavam alguma necessidade de falar e desabafar no grupo.

No início da intervenção, ninguém queria ser o primeiro a falar e, como foi referido anteriormente, era preciso um grande incentivo por parte da psicóloga. Com o avançar da intervenção, alguns cuidadores já iniciavam a sessão a afirmar: *“Cá estamos nós aqui outra vez, para desabafar um pouco e sairmos daqui mais leves. Aqui todos nos compreendem, pois passamos todas pelo mesmo...”*. Este era o reconhecimento por parte dos cuidadores de que o grupo era importante para as suas vidas.

Pensa-se que a IPG tenha constituído uma mais-valia a nível terapêutico, pois pretendeu que os cuidadores se envolvessem com outras pessoas que partilhavam a mesma condição, vivenciando situações semelhantes, pressupondo que os outros cuidadores poderiam constituir uma resposta e um elemento apaziguador perante as dúvidas que os inquietavam.

É de salientar que, nestes grupos, a coesão emergiu de forma muito intensa, pela vivência de um problema semelhante, à margem da restante sociedade. Neste sentido, o grupo parece ter cumprido a sua função de grupo de apoio, tendo-se verificado a emergência de algumas características próprias do funcionamento grupal: aceitação incondicional, expressão de sentimentos autênticos e segurança.

Relativamente aos temas abordados nas sessões, inicialmente, os pais revelaram as suas preocupações relativamente ao presente e futuro dos filhos, tendo esta sido uma temática transversal a toda a intervenção. Com o decorrer das sessões, os pais remeteram para o passado, centrando os seus relatos na sua experiência de vida, relativamente ao seu filho. Nestes diálogos, os pais, começaram a falar dos seus sentimentos, angústias e revoltas; e, também, encontraram pontos comuns, identificando-se com os outros pais, referindo que, aos poucos e poucos isso os fez sentir-se bem. Passando esta fase, os pais começaram a centrar-se em si e na sua vida atual, revelando os seus sentimentos e preocupações em relação a si próprios.

De seguida, discute-se o funcionamento específico de cada um dos grupos.

O Grupo 1 não foi muito consistente ao longo do tempo e das sessões, devido ao elevado nº de faltas por parte de algumas mães. No entanto, este grupo correu bem, sendo que as mães se entrosaram bem e funcionaram bem em conjunto, estando atentas à partilha de experiências e às opiniões umas das outras. Neste grupo era sempre necessário muito incentivo para iniciar a sessão, mas depois, ela decorria naturalmente

com os relatos das experiências de vida das mães. Foi um grupo que se conseguiu apoiar mutuamente.

O Grupo 2 foi muito centrado na história de vida da P10GAC2. Esta mãe precisava realmente de desabafar e, sobretudo, necessitava de sentir-se compreendida e apoiada nas suas decisões, não dando, muitas vezes, espaço para as outras mães falarem. As outras mães ouviam-na atentamente e tentavam fornecer-lhe soluções, e não pareciam importar-se com o facto de P10GAC2 ocupar toda a sessão com as suas experiências; aliás, as outras mães aproveitavam os seus relatos, para exemplificarem com as suas histórias de vida também. Apesar de ter sido um grupo bastante intenso, pela história de vida de P10GAC2, foi um grupo que acabou por funcionar bastante bem para todas as mães. Também este grupo não foi muito consistente ao longo do tempo e das sessões, devido ao elevado nº de faltas por parte de algumas mães. Neste grupo não era necessário grande incentivo para iniciar a sessão, pois P10GAC2 estava sempre disposta a começar. Solicitava, frequentemente, a opinião da psicóloga, mas em vez de ser ela a fornecê-la, eram as outras mães.

O Grupo 3 foi um grupo bastante consistente e estável ao longo do tempo e da intervenção, não tendo havido um significativo nº de faltas. Neste grupo era necessário algum incentivo para iniciar a sessão, mas depois, ela decorria naturalmente com os relatos das experiências de vida das mães. Foi um grupo muito apoiante e até desafiador, no sentido em que as mães apresentavam várias soluções e alternativas para alguns dos problemas apresentados. Estas mães estavam bastante satisfeitas com o impacto que a IPG estava a ter nos filhos e, por isso, estavam bastante motivadas para a sua própria intervenção.

O Grupo 4, apesar de ser um grupo pequeno, foi um grupo bastante consistente e estável ao longo do tempo e da intervenção, não tendo havido um nº significativo de faltas. Neste grupo era, também, necessário algum incentivo para iniciar a sessão, mas depois, ela decorria naturalmente com os relatos das experiências de vida dos cuidadores.

Salienta-se, neste grupo, o papel fundamental da P20GAC4 que teve sempre uma opinião e solução a dar aos problemas apresentados, e que os pais tão bem aceitavam. No entanto, foi interessante perceber que, quando esta mãe ficou um pouco

mais debilitada por questões relativas à sua doença e tratamentos, os restantes pais uniram-se a prestaram-lhe o apoio que até então, era ela a fornecer. Tentaram animá-la e desafiá-la a não desistir, pois consideravam-na uma pessoa bastante forte.

Neste grupo, era relativamente consensual que não deveriam fazer planos a longo prazo, porque de um dia para o outro, tudo muda. Foram aconselhados pela psicóloga a pelo menos tentarem antecipar algumas situações relativas ao seu futuro; para que o futuro dos filhos não estivesse ameaçado; e foram, também, aconselhados a prepararem os filhos para que sejam mais autónomos e independentes sem os pais.

Neste grupo, tínhamos duas mães que foram consideradas exemplos positivos de vida, P18GAC4, por ter conseguido ultrapassar positivamente a fase da doença da sua filha e por se ter adaptado à nova condição; e a P20GAC4, por continuar a lutar contra a sua própria doença de uma forma positiva e a tentar lidar com a mesma da melhor forma possível. Os restantes cuidadores consideravam-nas exemplos positivos e referiam mesmo que elas os faziam ver a vida de outra forma e sentir-se felizes com o que tinham. O mesmo aconteceu entre estas duas mães, uma em relação à outra. Neste grupo, verificou-se uma grande empatia entre todos os pais, e este grupo foi capaz de dar e receber bastante apoio.

O Grupo 5 não foi muito consistente ao longo do tempo e das sessões, devido ao elevado nº de faltas por parte de alguns cuidadores. Neste grupo era sempre necessário muito incentivo para iniciar a sessão, mas depois, ela decorria naturalmente com os relatos das experiências de vida dos cuidadores. Uma das mães ficava praticamente a ouvir, mas quando chegava a altura de avaliar a sessão, dizia que aquilo de que mais gostava era de ficar a ouvir os outros pais, e sentia-se bem por isso. As sessões deste grupo foram quase sempre mais pequenas em relação às dos outros grupos, pois o grupo anterior (Grupo “Objetivos para a Vida”), quase sempre atrasava.

Neste grupo, foram apresentadas várias queixas relativamente às faltas de apoio para os seus filhos nesta fase adulta da sua vida, quer ao nível dos serviços, quer ao nível institucional. Os pais estavam pouco esclarecidos quanto aos recursos que estavam disponíveis para os seus filhos. De facto, na APCB, o apoio prestado a adultos é muito esporádico, e os pais sentiam-se quase como que abandonados. Esta situação fez com que aproveitassem ao máximo o grupo e com que solicitassem mais iniciativas do género.

Os resultados sugerem que, no geral, a IPG teve um impacto positivo nestes Cuidadores. De facto, o espaço da IPG permitiu que os Cuidadores, pelo confronto com as experiências de vida uns dos outros, tivessem a noção de que não são os únicos com problemas, dúvidas e angústias. Pensa-se que o apoio prestado no grupo, fornecido tanto pelos cuidadores como pela psicóloga, permitiu, por um lado, desenvolver a noção que os cuidadores são capazes de gerirem, eles próprios, satisfatoriamente a sua vida, enfrentar e responder eficazmente às exigências externas; e por outro, diminuir a sensação de sobrecarga e de implicações na sua vida associados ao cuidar dos seus filhos.

Avaliação da Intervenção

Apresenta-se, de seguida, uma análise da ficha de avaliação da intervenção.

1. Como foi participar neste grupo?

“Participar neste grupo foi diferente. (...) Tomei conhecimento que, apesar de haver alguém pior que a minha filha, eles conseguem encarar a vida com um sorriso e sem vergonhas ou preconceitos. Ao participar neste grupo, consegui compreender melhor a minha filha.”

(PIGAC1)

No geral, os cuidadores consideram que a participação neste grupo foi uma grande experiência, muito positiva, interessante e enriquecedora. Refletiram acerca de como o grupo lhes permitiu conhecer outras pessoas que tinham experimentado as mesmas dificuldades que eles mesmos, e como isso os fez não se sentirem sós e únicos nos seus problemas, raivas, dúvidas e angústias. Consideraram, também, que a partilha de opiniões, experiências e ansiedades, constituiu uma fonte de aprendizagem, que contribuiu para resolver os problemas nas relações com os outros e com seus filhos, e, também, permitiu uma melhor compreensão dos seus filhos.

2. A Psicóloga foi...

“Uma pessoa bastante sensível e compreensiva. Porque nem sempre é fácil ouvir desabaços de estranhos. Teve capacidade crítica, levando-nos a pensar que tudo acaba por correr bem. Desempenhou bem o seu papel, pois além de ter sido capaz de nos aturar, conseguiu, ao mesmo

tempo, pôr-nos à vontade para aliviar o stress, pelo menos durante a hora da sessão.” (P1GAC1)

“... conseguiu ser o alpendre de uma casa que se começa a construir, a dar força numa casa e numa família para que nunca se vá abaixo.” (P14GAC3)

Em geral, os participantes consideram que a psicóloga foi ótima, impecável, excecional e amiga; uma pessoa calma, simpática e atenciosa; atenta às situações, elucidativa, prestável, acessível e muito próxima de todos; sempre disposta a ajudar; profissional. Os cuidadores consideram, ainda, que a psicóloga foi promotora de partilhas, sendo capaz de ouvir, ajudar e fornecer ferramentas para lidar com determinadas situações; foi apoiante, compreensiva, orientadora, motivadora e promotora de novos conhecimentos.

Relativamente ao papel da psicóloga, pensa-se que, uma vez mais, foi adotada com sucesso a postura de liderança defendida por Yalom (1995).

Uma vez mais, no que respeita à avaliação da intervenção, os comentários dos participantes falam por si.

Em geral, pode afirmar-se que os **objetivos** de qualquer IPG foram atingidos, uma vez que, à semelhança do que ocorreu nos grupos “Objetivos para a Vida”, após a intervenção, os cuidadores referem não sentir-se sós e únicos nos seus problemas; valorizam a partilha pessoal que foi promovida no grupo; e reconhecem o seu crescimento e mudança. Este grupo funcionou, também, como um espaço privilegiado de interação e partilha de experiências, o que permitiu aumentar o conhecimento dos cuidadores acerca de si próprios e dos outros.

Nestes grupos, foram, também, evidenciados alguns dos **fatores terapêuticos** propostos por Yalom (1995), nomeadamente, o inculir da esperança [*“Foi importante verificar que existem pais com situações mais graves e sentir que se eles conseguiram, eu também serei capaz.” (P20GAC4)*]; a universalidade [*“Participar neste grupo foi partilhar experiências, medos e angústias. Com isto não me senti só visto todos sentirem o mesmo.” (P20GAC4)*]; a informação participada [*“Foi bom falar com a psicóloga para nos orientar mais um pouco e para termos novos conhecimentos.” (P2GAC1)*]; o altruísmo [*“Participar no grupo foi bom; falar, trocar opiniões, aprender a lidar com a minha filha, o apoio.” (P10GAC2)*]; o desenvolvimento de competências

sociais [*“Participar neste grupo foi diferente. Aprendi a ter outra realidade em relação a pessoas especiais. Porque não há pessoas diferentes, mas sim especiais. Tomei conhecimento que, apesar de haver alguém pior que a minha filha, eles conseguem encarar a vida com um sorriso e sem vergonhas ou preconceitos. Ao participar neste grupo, consegui compreender melhor a minha filha.”* (P1GAC1)]; a modelagem [*“Foi interessante na medida em que muitos dos problemas apresentados são comuns, podendo desta forma aprender com as experiências dos outros pais.”* (P8GAC2)]; a catarse [*“Tudo foi bom, porque é um local onde podemos desabafar as nossas mágoas.”* (P10GAC2)]; os fatores existenciais [*“Foi ótimo, conhecer outras pessoas que vivem com o mesmo problema que eu; faz-nos sentir fortes; conseguimos perceber que estamos todos no mesmo barco e que a vida é para ser vivida conforme as possibilidades de cada um e tentar nunca desistir.”* (P14GAC3)]; a coesão do grupo [*“Para mim, participar neste grupo foi bom, porque conheci pessoas que passaram pelo mesmo que eu e partilhámos as nossas vidas ao longo destas semanas. Gostava que isto não ficasse por aqui.”* (P23GAC5)]; e a aprendizagem interpessoal [*“Foi bom partilhar experiências com os demais pais; o que veio enriquecer os nossos conhecimentos.”* (P25GAC5)]; o que contribuiu para a eficácia desta intervenção.

Na avaliação dos cuidadores existem, ainda, evidências de que os **objetivos específicos** da intervenção foram cumpridos, nomeadamente, no que respeita à promoção da Satisfação com a Vida, do BEP e à diminuição da Sobrecarga. Assim, encontram-se, comentários acerca dos efeitos da intervenção ao nível da **Satisfação com a Vida** - *“Participar neste grupo foi bom para me ajudar a viver a realidade que a vida nos dá.”* (FM); do **Bem-Estar Psicológico** - *“Foi interessante, uma experiência nova onde se falava do que quiséssemos e onde se conheceu pessoas novas. Foi muito positivo; umas horas bem passadas.”* (P15GAC3); e da **Sobrecarga do Cuidador** - *“Foi muito gratificante e bom ter participado neste grupo. Gostei muito e, por momentos, esqueci o meu problema; ouvindo as outras mães e pais.”* (P18GAC4).

Os resultados desta avaliação sugerem que esta intervenção foi muito positiva para os Cuidadores de indivíduos com PC e que cumpriu com êxito os objetivos inicialmente propostos.

SECÇÃO 5

DISCUSSÃO GERAL

Nesta secção, pretende-se elaborar uma discussão geral dos resultados obtidos neste projeto.

Em primeiro lugar, no que concerne à comparação entre **Indivíduos com e sem PC**, os resultados obtidos sugerem que, ao contrário do que muitas vezes é assumido, os indivíduos com PC não se encontram em défice relativamente aos indivíduos sem PC, podendo apresentar vantagens em alguns constructos psicológicos. Assim, este trabalho vem desmistificar algumas crenças e estereótipos do senso comum: a Satisfação com a Vida, o BEP, a Auto-Eficácia, o Suporte Social e a Esperança não são menores nos indivíduos com PC. No entanto, no que se refere à comparação entre **Cuidadores de indivíduos com e sem PC**, os resultados salientam que os Cuidadores de indivíduos com PC reportam mais implicações na sua vida e percecionam-se como possuindo menos mecanismos de eficácia e de controlo do que os Cuidadores de indivíduos sem PC, o que vem confirmar a noção de que cuidar de um indivíduo adulto com PC aporta dificuldades ao prestador de cuidados, trazendo implicações para a sua vida.

Em segundo lugar, relativamente à IPG “**Objetivos para a Vida**”, os resultados salientam um impacto positivo da IPG, na promoção do BEP, Crescimento Pessoal, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência, Satisfação com as Atividades Sociais, Esperança e Iniciativa, nos participantes, indicando, ainda, que estas mudanças se mantêm ao longo do tempo. Para além disso, após a IPG verifica-se que algumas das variáveis mostram um crescimento contínuo (e.g., BEP, Auto-Eficácia, Iniciação e Persistência, Esperança e Iniciativa), o que sugere que a IPG tem efeitos a curto e médio prazo, na introdução de mudanças na vida dos participantes.

A inexistência de diferenças, estatisticamente significativas, ao nível da variável Satisfação com a Vida, pensa-se estar relacionada com o instrumento utilizado na sua avaliação. De facto, este constructo foi avaliado apenas por um item, sob a forma de uma questão (“*Qual o seu grau de satisfação com a sua vida em geral?*”), no qual a resposta seria assinalada numa escala que varia de 0 a 10, pelo que se julga que poderá não traduzir corretamente a Satisfação com a Vida dos indivíduos, nem ser sensível a mudanças. Por outro lado, uma vez que a Satisfação com a Vida se trata de uma

avaliação global estável que a pessoa faz acerca da sua própria vida (Galinha, 2008; Pavot et al., 1991), pensa-se, também, que seja menos suscetível a mudanças.

De igual modo, no que se refere à inexistência de diferenças, estatisticamente significativas, ao nível da variável Satisfação com o Suporte Social, pensa-se estar relacionada com o instrumento utilizado na sua avaliação. Este avalia a Satisfação com o Suporte Social através de quatro dimensões, nomeadamente, a Intimidade, a Satisfação com a família, a Satisfação com os amigos e as Atividades Sociais. Nesta intervenção era esperado que o grupo funcionasse como uma rede de suporte social alternativa, pelo aumento do número de elementos, que poderia levar a um aumento da satisfação com o suporte social. No entanto, considerando as quatro dimensões constituintes da Satisfação com o Suporte Social, facilmente se depreende que na IPG as únicas que poderiam ter sido potenciadas, ainda que de forma indireta, seriam a Satisfação com os amigos e as Atividades Sociais. Por um lado, pela inclusão de novos elementos na rede social de apoio, que poderiam vir a ser considerados amigos; e, por outro, pelo aumento das atividades sociais significativas. A participação na IPG, por si só, poderia constituir uma das atividades sociais significativas; ou, a IPG ao promover a participação social, podia potenciar o aumento dessas atividades. Na verdade, apenas se verificaram mudanças nas Atividades Sociais, o que vai de encontro ao que era esperado. No entanto, estas alterações parecem não ser em magnitude suficiente para alterar a Satisfação com o Suporte Social.

Numa análise mais descritiva dos grupos de intervenção, verificou-se que em todos eles, à exceção de um, todos os participantes se encontravam numa situação diferente da que tinham quando entraram na IPG, estando mais próximos do seu objetivo; tendo, inclusivamente, muitos deles conseguido alcançá-lo. Desta forma, analisados conjuntamente os resultados da análise estatística, da análise descritiva dos grupos, bem como da avaliação da intervenção pelos participantes, permitem concluir que esta intervenção foi extremamente positiva para os indivíduos com PC.

Considera-se que este tipo de iniciativas é de extrema importância para os indivíduos com PC. Efetivamente, após a intervenção, os participantes sentem-se mais autónomos, mais capazes de traçar objetivos e de ultrapassar os obstáculos que possam surgir, mais capazes de viver plenamente a sua vida. Pensa-se que, tal facto, permitirá aumentar a sua participação ativa na sociedade, levando, progressivamente, a uma integração plena.

Por último, no que se refere ao **Grupo de Apoio para Cuidadores**, os resultados sugerem um impacto positivo da IPG, apenas na promoção do Domínio do Meio e na diminuição das Implicações na vida pessoal dos Cuidadores, ainda que não se possam inferir conclusões acerca da manutenção das mudanças.

Para os cuidadores, a IPG parece ter sido curta para que se pudessem observar muitas mudanças, pois só para o final da intervenção é que eles começaram a falar de si próprios e dos seus problemas. Na verdade, não podemos ter a pretensão de mudar os Cuidadores em 8 meses, relativamente a situações que vivenciam há 20-30 anos, tão intensamente. De facto, os cuidadores demonstraram, ainda, muita revolta e angústia relativamente a questões do passado (tais como o parto, o diagnóstico, entre outras), o que nos sugere que estas questões não foram devidamente trabalhadas ao longo da vida. Na realidade, muitos dos cuidadores que participaram neste projeto chamaram a atenção para o facto deste tipo de IPG ter sido necessário no passado, para lidar com muitas das questões que lhes surgiram; considerando que agora seria mais difícil, senão impossível, promover mudanças.

Para além disso, pensa-se que a falta de mudanças, estatisticamente significativas, ao nível da Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga, possa estar relacionada com outros fatores. Por um lado, conforme referido anteriormente, a avaliação da Satisfação com a Vida através de uma única questão, pode não representar uma medida fiável da Satisfação com a Vida dos indivíduos. Por outro lado, a Satisfação com a Vida e o Bem-Estar Psicológico são características relativamente estáveis e, por isso, não tão suscetíveis a alterações, pelo menos num curto espaço de tempo. Por último, relativamente à Sobrecarga dos Cuidadores que participaram na IPG, o facto de ela ser inicialmente muito baixa, revela a dificuldade em diminuí-la através da intervenção, podendo, até questionar-se se faria sentido tentar modificá-la. De qualquer forma, este resultado vai de encontro ao esperado, uma vez que, conforme verificamos anteriormente, a investigação sugere-nos que a Sobrecarga do Cuidador vai diminuindo ao longo do tempo, o que reforça a necessidade de se intervir mais cedo.

Independentemente de tudo isso, justifica-se o investimento numa IPG com Cuidadores de jovens adultos com PC, pois verifica-se que, conforme referido anteriormente, estes ainda manifestam muita revolta e angústia relativamente a questões do passado.

De qualquer forma, considera-se que a IPG para cuidadores deveria ter sido um pouco mais prolongada. Não havendo possibilidade de prolongar a intervenção, esta poderia ter sido mais estruturada, uma vez que tudo o que é referente aos indivíduos com PC segue uma estruturação. Os cuidadores estão habituados a seguir uma regra, sejam os conselhos dos médicos, terapeutas ou, até mesmo, de professores. Durante quase toda a vida dos filhos, os cuidadores não têm grande voz ativa, limitando-se a seguir indicações quase que inquestionáveis. Frequentemente, a opinião dos cuidadores é pedida, mas como a linguagem técnica é tão complicada e confusa, estes acabam por seguir os conselhos dos profissionais, por medo de dizer algo de errado ou de falhar com o seu filho.

A investigação sugere que as famílias de indivíduos com PC continuam a experienciar frustrações com a prestação de serviços nas áreas de saúde, educação, recreação, emprego, transporte e habitação; sendo que a falta de sistemas simplificados e a burocracia excessiva contribuem para estas experiências negativas das famílias e, para além disso, as famílias, geralmente, sentem que não são ouvidas, que as suas opiniões e perguntas não são valorizadas e que é difícil obter informações completas (Darrah et al., 2002). Por sua vez, para os prestadores de serviços, muitas vezes, é mais simples e rápido apresentar apenas uma única opção às famílias, do que explorar com elas o leque de alternativas (ibid.). Desta forma, muitas vezes, as famílias acabam por seguir as suas sugestões, não tendo uma voz ativa nas tomadas de decisão acerca dos seus filhos.

Na realidade, nesta intervenção, não havia grande estruturação. Os cuidadores falavam do que quisessem, quando quisessem, havendo apenas uma pequena introdução à sessão, para não ser tão difícil o seu início. Para os cuidadores, esta foi uma situação nova que gerou algum desconforto, e que demorou algum tempo a ser ultrapassada; daí que fosse necessário um pouco mais de tempo de intervenção para promover maiores mudanças. Alternativamente, uma intervenção mais estruturada seria, por exemplo, uma intervenção em que se lançassem tópicos, que seriam discutidos durante 2 ou 3 sessões, conforme a necessidade. No início da intervenção, poder-se-ia questionar os pais, sobre quais os assuntos que gostariam de ver abordados. Pensa-se que qualquer uma destas alternativas poderia promover maiores mudanças ao nível da Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Sobrecarga dos Cuidadores.

Outra das razões que se pensa estar relacionada com a falta de mudanças, estatisticamente significativas, ao nível das variáveis equacionadas, prende-se com o

facto de, muitos dos cuidadores que participaram na IPG, não estarem verdadeiramente motivados para a para a mudança. Na prática verificou-se que alguns dos cuidadores apenas aceitaram participar, porque os filhos participaram, e lhes foi dito que era uma das condições do projeto; outros, participavam pois, uma vez que tinham de se deslocar à instituição, aproveitavam para ocupar o seu tempo; e outros participavam, ainda, na expectativa de que isso pudesse ajudar os filhos, mas afirmavam não acreditar que os pudesse ajudar a eles próprios. Qualquer uma destas situações acabou por ser desmistificada no decurso da intervenção, mas, como se verificou anteriormente, foi necessário algum tempo até que os cuidadores compreendessem realmente que podiam aproveitar aquele espaço para si próprios. Esta situação, uma vez mais, sugere a necessidade de se efetuarem IPG de maior duração.

De qualquer forma, numa análise mais descritiva dos grupos, os resultados sugerem que, no geral, a IPG teve um impacto positivo nestes Cuidadores, uma vez que o espaço da intervenção permitiu que os Cuidadores, pelo confronto com as experiências de vida uns dos outros, tivessem a noção de que não são os únicos com problemas, dúvidas e angústias. Desta forma, o apoio prestado no grupo, fornecido tanto pelos cuidadores como pela psicóloga, permitiu, por um lado, desenvolver a noção que os cuidadores são capazes de eles próprios gerirem satisfatoriamente a sua vida, enfrentar e responder eficazmente às exigências externas; e por outro, diminuir a sensação de sobrecarga e de implicações na sua vida associados ao cuidar dos seus filhos.

Analisados conjuntamente os resultados da análise estatística, da análise descritiva dos grupos, bem como da avaliação da intervenção pelos participantes, permitem concluir que esta intervenção teve efeitos positivos para os Cuidadores de indivíduos com PC.

Em conclusão, pode considerar-se que a IPG, dirigida quer a indivíduos com PC, quer aos seus cuidadores, potenciou o funcionamento psicológico positivo, pelo que se pode assumir que foram atingidos os objetivos inicialmente propostos para este projeto.

CAPITULO V
CONCLUSÃO

No presente capítulo, pretende-se apresentar uma reflexão geral acerca do projeto, das suas implicações para a prática, potencialidades e limitações, fornecendo-se, também, algumas sugestões para futuras investigações.

O presente projeto pretendeu desenvolver uma IPG para promover o BEP e a Satisfação com a Vida em indivíduos com Paralisia Cerebral e respetivos Cuidadores, e avaliar a sua eficácia.

A IPG desenvolvida pretendeu ser inovadora, pois ao inserir-se no âmbito da Psicologia Positiva, enfatizou a prevenção e promoção da saúde ao invés da remediação da doença; assentando, sobretudo, nas potencialidades e fatores dos indivíduos, comunidades e sociedades que fazem com que a sua vida valha a pena ser vivida (Aspinwall & Staudinger, 2003). Tendo em conta que o principal objetivo da psicologia positiva é facilitar o desenvolvimento dos indivíduos para um funcionamento ótimo, na intervenção adotou-se uma postura de facilitação com o intuito de ajudar os indivíduos a alcançar os seus próprios objetivos (Linley & Joseph, 2004). Assumiu-se, então, uma postura de *empowerment*, no sentido de promover a mestria e o controlo dos indivíduos sobre as suas próprias vidas, e a ter uma postura pró-ativa face à vida (Zimmerman, 1995). Pretendeu-se, assim, dar poder às pessoas, fornecendo-lhes as “ferramentas” para que elas próprias consigam efetuar mudanças na sua vida e crescer.

Para além dos efeitos positivos demonstrados nas variáveis de interesse, considera-se que este tipo de intervenção abarca outro tipo de potencialidades:

- A intervenção representa uma rentabilização de tempo e recursos para as instituições de reabilitação, uma vez que reúne, no mesmo espaço e ao mesmo tempo, cerca de dez indivíduos.

- Na intervenção permite-se a possibilidade de se trabalharem objetivos individuais, para além dos objetivos grupais, no seio do grupo, aproveitando-se o *feedback* dos participantes a cada passo do percurso. Isto transmite segurança e, ao mesmo tempo, motivação aos participantes.

- A intervenção é liderada com alguma exigência, contrabalançada com apoio, para ser mais semelhante à realidade social, pois defende-se a noção de que o facilitismo não é solução para a mudança, antes, perpetua a passividade e a falta de motivação dos indivíduos.

- Esta intervenção pode, ainda, ser implementada noutro tipo de associações e/ou instituições, e com indivíduos com outras incapacidades físicas (e.g., doenças neuro-

musculares, esclerose múltipla, acidentados, traumatismos crânio-encefálicos, entre outros).

- Esta intervenção, para além das mudanças que, diretamente, é capaz de introduzir na vida dos participantes, tem em si o potencial para gerar mudanças sociais; pois, ao promover a participação ativa das pessoas com deficiência na sociedade, conseqüentemente, altera a percepção que a sociedade, em geral, tem acerca das pessoas com deficiência, potenciando a sua integração plena.

Em qualquer investigação existem sempre alguns entraves, que se constituem limitações para o investigador.

Em primeiro lugar, o facto de se ter recorrido a uma amostra de conveniência, não garante a representatividade desta população.

Salienta-se, também, a dificuldade na recolha de dados, tanto em indivíduos com PC e seus cuidadores, como em indivíduos sem PC e seus cuidadores, o que condicionou o tamanho da amostra. A amostra era reduzida, o que pode ter enviesado os resultados, não permitindo afirmar que as conclusões sejam válidas e generalizáveis à população.

A dificuldade na recolha de dados em indivíduos com PC e seus cuidadores reflete a dificuldade em trazer alguns jovens e suas famílias às instituições.

Por diversas razões, frequentemente, há uma insatisfação com as instituições de saúde e reabilitação, ainda que as famílias quase sempre reconheçam a sua importância na recuperação dos seus filhos. Como foi referido anteriormente, o apoio nas instituições de reabilitação é muito intensivo até aos 8-10 anos, diminuindo depois à medida que a criança cresce. Para os cuidadores esta quebra de apoio é vista como um desinvestimento e desistência dos profissionais no seu filho, o que gera alguma revolta e descrédito na instituição.

Em ambas as instituições deste projeto fez-se a transição de um modelo de funcionamento que privilegiava o apoio a crianças e jovens até aos 18 anos, não apresentando respostas após essa idade; para um modelo que apoia todas as idades, ainda que o apoio para adultos seja menos frequente e menos intensivo. Não é de estranhar, então, que muitas das famílias que participaram neste projeto, tenham passado por esta transição, tendo ficado alguns anos sem apoio por parte da instituição, o que gerou algum descontentamento. Para este projeto foram, ainda, convocadas algumas famílias que já não recorriam às instituições há quase 10 anos, e muitas delas

não estavam conscientes das mudanças de funcionamento e dos apoios que poderiam ali encontrar. Por estas razões, tivemos várias reações por parte das famílias. Por um lado, houve famílias que recusaram de imediato, verbalizando uma falta de confiança na instituição, uma vez que já tinham sido excluídos do apoio uma vez e nada lhes garantia que não o fossem uma segunda vez; e, por outro houve famílias que aceitaram participar, demonstrando agradecimento por terem novamente direito ao apoio. Nestas, puderam verificar-se três tipos de atitude distintas: algumas famílias apenas aceitaram por medo de serem novamente excluídas, se não o fizessem; outras aceitaram participar, mas apresentavam dúvidas em relação à duração do apoio prestado, receando que ele fosse retirado a qualquer altura, revelando uma postura de desconfiança e insegurança; e outras famílias, no entanto, aceitaram participar, manifestando uma postura de abertura e aceitação.

Também os indivíduos com PC, em certas fases da sua vida, recusam ir às instituições de reabilitação pois não conseguem aceitar a sua incapacidade. Isto ocorre, geralmente, em indivíduos mais funcionais, mais independentes, que se encontram mais adaptados na sociedade; em que o facto de recorrerem à instituição os relembra que tem PC. Para além disso, esta situação ocorre, principalmente, durante os anos de escola, em que os jovens se sentem parte integrante de uma turma, e, muitas vezes, fazem iguais aprendizagens.

A prática clínica tem demonstrado que é muito frequente nestas idades mais adultas serem os jovens com maior funcionalidade os que apresentam maiores problemas psicológicos, tais como ansiedade, depressão, baixa autoestima, maiores dificuldades de adaptação, menor aceitação das incapacidades e frustração; enquanto os jovens mais dependentes se encontram mais adaptados à sua condição e às suas dificuldades. De facto, estes últimos, ao longo de toda a sua vida, foram encontrando e desenvolvendo estratégias para lidar eficazmente com as suas dificuldades e limitações. Assim, são os indivíduos mais independentes os que apresentam maiores dificuldades em aceitar a sua condição, em visitar a instituição, em contactar com outras pessoas com PC e em aceitar apoios e intervenções psicológicas. No geral, apresentam maiores dificuldades de adaptação. A proximidade da “normalidade” e, ao mesmo tempo, a certeza da sua condição “diferente”, gera incongruência emocional, e faz com que estes indivíduos não sejam, muitas vezes, capazes de se aceitarem como são. A maior parte dos indivíduos que se encontravam nesta situação, recusaram participar neste projeto.

No entanto, a prática clínica tem, também, revelado que, usualmente, existe uma viragem a partir do momento em que acaba a escolaridade obrigatória e se transita para o ensino superior ou para o mercado de trabalho. Nesta fase da vida, muitos destes jovens manifestam dificuldades de adaptação a estes contextos, em primeiro lugar, pela falta de apoio e, em segundo, pela competitividade dos mesmos. Nesta altura, muitos dos jovens com PC, por mais funcionais que sejam, começam a questionar as suas capacidades, quase sempre atribuindo os falhanços à sua incapacidade física e não à falta de esforço ou dedicação. Por isso, nesta fase da vida, alguns jovens, por intermédio dos pais, voltam a frequentar a instituição recorrendo, muitas vezes, ao apoio psicológico para lidar com as frustrações, inseguranças e medos.

A dificuldade na recolha de dados em indivíduos sem PC e respetivos cuidadores foi, sobretudo, devida à recusa dos cuidadores em participar.

Considera-se não ter havido uniformidade na recolha de dados, uma vez que, na população de indivíduos com PC e respetivos cuidadores, alguns elementos preencheram os questionários sozinhos, na presença da investigadora; outros, foi a investigadora que leu e anotou a resposta pretendida; e outros preencheram em casa, sem a presença da investigadora. Por sua vez, na população de indivíduos sem PC e respetivos cuidadores, todos os questionários foram preenchidos em casa, sem a presença da investigadora. Uma dificuldade acrescida na recolha de dados, em indivíduos com PC e respetivos cuidadores, foi a grande quantidade de faltas, sem justificação, que levou a atrasos em todo o projeto.

A distribuição dos participantes no GI e no GC, tanto para indivíduos com PC como para cuidadores, não foi aleatória, tendo sido efetuada mediante o interesse e disponibilidade em participar, o que pode ter enviesado os resultados, uma vez que se pressupõe que os participantes que aceitaram participar na intervenção possam estar mais motivados para a mudança.

Ainda relativamente à IPG, salienta-se que alguns grupos eram muito pequenos, tendo um número reduzido de elementos, o que pode ter dificultado a promoção de mudanças. De acordo com Yalom (1995), quando um grupo é reduzido, normalmente, deixa de operar enquanto grupo, a interação entre os membros diminui, e o líder, frequentemente, encontra-se envolvido numa terapia individual no seio do grupo. Muitas das vantagens do grupo, tais como a oportunidade de validação alargada, a interação e análise de interações dos outros, estão comprometidas quando o tamanho do

grupo diminui (ibd.). Estes são, portanto, grupos não produtivos e de fraco funcionamento (ibd.).

No que concerne à IPG dirigida a indivíduos com PC, em alguns grupos os objetivos selecionados eram muito díspares, o que dificultou a sua exploração e, por sua vez, criou a necessidade de se efetuarem mais sessões, pelo que se considera que, neste caso, a intervenção não foi totalmente homogénea para todos os grupos.

Como sugestão para futuras investigações, considera-se que seria interessante alargar a amostra, incluindo mais participantes, e uniformizar os procedimentos de recolha de dados, informatizando os questionários, para facilitar a acessibilidade.

Sugere-se, ainda, a possibilidade de se alargar o âmbito da Intervenção “Objetivos para a Vida” a indivíduos com outras incapacidades físicas, sejam elas inatas ou adquiridas; e, também, a possibilidade de se incluir participantes mais jovens, por exemplo, a partir dos 13 anos, pois crê-se que nesta idade já se começam a definir objetivos de vida.

Uma outra sugestão, já referida anteriormente, é a de se prolongar a duração do Grupo de Apoio para Cuidadores, incluindo mais sessões. Por outro lado, sugere-se, também, a criação de Grupos de Apoio para Cuidadores em fases mais precoces, como por exemplo, quando os filhos são ainda crianças ou adolescentes.

Ficou provado neste projeto que intervir com cuidadores de indivíduos PC não é uma tarefa fácil, pois a sua única prioridade é a reabilitação e habilitação do seu filho; delegando a sua saúde (física e mental) para segundo ou terceiro plano. Os cuidadores quase que esquecem que são pessoas e que necessitam, também eles, de apoio. Como vimos anteriormente, muitas vezes, são cuidadores que apresentam problemas de saúde, mas que os desvalorizam por considerarem não serem tão importantes quanto os dos seus filhos.

Para facilitar a intervenção com estes cuidadores, sugere-se a inclusão da Intervenção Psicológica para estes na reabilitação dos seus filhos; preferencialmente, em grupo, para promover o contacto com outros cuidadores e a troca de experiências de vida e ideias, de uma forma supervisionada, que traz mais benefícios do que as impressões trocadas na sala de espera que, muitas vezes, trazem informações erradas aos cuidadores. Sugere-se, por exemplo, a criação de grupos de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala com cuidadores e filhos, com a presença de um psicólogo, nos quais, no final, houvesse um espaço de partilha para os cuidadores poderem

desabafar os seus sentimentos e angústias e esclarecer as suas dúvidas, relativamente à reabilitação e a outros aspetos da vida dos filhos. Este tipo de intervenção pode ser implementado logo em fases precoces do desenvolvimento, mas também, mais tarde.

Sugere-se, ainda, que seria importante e interessante criar Grupos de Apoio com liderança terapêutica, em que se juntassem cuidadores de crianças, com cuidadores de adolescentes e/ou jovens adultos com PC, para que trocassem experiências de vida e ideias acerca de variadas questões. Considera-se que este tipo de grupo acaba por ser muito mais eficaz para os cuidadores do que as recomendações isoladas dos profissionais que, frequentemente, os cuidadores descredibilizam, por não terem eles próprios, filhos com PC. Neste contexto, as opiniões dos pares são extremamente valorizadas e, sobretudo, para além de se fornecer suporte, poder-se-á, por um lado, sensibilizar os cuidadores para visualizarem melhores futuros para si e para os seus filhos, através do conhecimento de histórias de vida de sucesso; e, por outro, sensibilizá-los para os efeitos negativos que a superproteção dos seus filhos tem a longo prazo.

Como foi referido anteriormente, este projeto teve um impacto abrangente na vida dos participantes e, como curiosidade, apresentam-se, agora, alguns desses efeitos.

A participação neste projeto gerou a necessidade de, no final da intervenção, se realizar um convívio que juntasse todos os participantes de todos os grupos, para que se pudessem conhecer e trocar experiências. Dada esta necessidade, organizou-se o primeiro Piquenique Pais e Filhos que, desde então, tem sido um evento anual, da responsabilidade dos jovens; mais recentemente alargado a famílias que não participaram no projeto.

A participação neste projeto permitiu que os jovens redescobrissem as suas capacidades, potenciando a sua orientação para a ação. Neste sentido, surgiu a vontade de se realizarem atividades em que se pusessem à prova tais capacidades, pelo que se sugeriu a prática de atividades desportivas em conjunto, reunindo participantes de vários grupos. Assim, realizaram-se várias Atividades Radicais, sendo que uma delas, o dia de Surf, se tornou um evento anual, também da responsabilidade dos jovens.

Pela sua relevância social, saliento, ainda, algumas grandes conquistas.

- Integrar a Seleção Nacional de *Boccia* foi o objetivo pessoal do P23GOV4 para a IPG. De momento, não só conseguiu concretizá-lo, como também, foi Campeão do

Mundo de *Boccia*, garantindo, assim, a sua presença nos Jogos Paralímpicos de Londres, em 2012.

- O aumento da participação social de alguns dos participantes, potenciado pela participação nesta IPG, levou à reativação do Grupo de Jovens da APPC, projeto este estimulado e desafiado pelo Presidente da APPC, cuja coordenação está a cargo de uma das participantes desta intervenção (P25GOV5).

- A elaboração de uma autobiografia surgiu como o objetivo pessoal da P28GOV5 na IPG. Neste momento, esse objetivo foi cumprido e a P28GOV5 encontra-se a promover o seu livro, estando já a caminho da 3ª edição.

- Num projeto universitário, a turma da P29GOV5, teria que visitar um Museu na cidade do Porto. Rapidamente se colocou a questão da P29GOV5 não participar, pois o Museu não possuía acessibilidades para pessoas com deficiência. No entanto, apoiada pela professora responsável, colegas de turma, de grupo e psicóloga, P29GOV5 decidiu participar. A visita decorreu com algumas dificuldades para P29GOV5, mas que, com a ajuda da professora e colegas, foram ultrapassadas. Posteriormente, a direção do museu contactou a professora responsável, para comunicar que iriam iniciar o plano de adaptações e acessibilidades, que tinham aprovado já há uns anos, mas que nunca tinham visto a necessidade de o fazer. Felicitaram a coragem da P29GOV5 e salientaram que a sua visita deu origem a um processo que permitirá que muitas outras pessoas com deficiência possam aceder ao museu sem dificuldades.

- A atribuição de uma Menção Honrosa no Prémio Maria Cândida da Cunha 2009 do Instituto Nacional para a Reabilitação - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, ao trabalho “*Objetivos para a Vida: Contributos de uma Intervenção Psicológica em Grupo em indivíduos com Paralisia Cerebral*”, que relata os resultados preliminares obtidos com a IPG, é o reconhecimento institucional da relevância e mérito desta intervenção. Num concurso, na altura, aberto a todas as áreas científicas, e cuja vencedora do prémio e restantes vencedores de Menções Honrosas foram engenheiros que apresentaram soluções técnicas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência; a atribuição da Menção Honrosa a este trabalho reflete o reconhecimento de que, para além das condições físicas, as condições psicológicas podem afetar a participação social e a integração das pessoas com deficiência. Pensa-se que este facto representa uma alteração de mentalidades acerca das pessoas com deficiência.

No final de todo este projeto, a sensação que permanece é a de missão cumprida!

BIBLIOGRAFIA

- Andrada, M.G., Batalha, I., Calado, E., Carvalhão, I., Duarte, J., Ferreira, C., Folha, T., Gaia, T., Loff, C., & Nunes, F. (2005). *Estudo Europeu da Etiologia da Paralisia Cerebral Região de Lisboa – Estudo Multicêntrico Europeu*. Lisboa: Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.
- Andrén, E., & Grimby, G. (2003). Dependence in daily activities and life satisfaction in adults subjects with cerebral palsy or spina bifida: A follow-up study. *Disability and Rehabilitation*, 26 (9), 528-536.
- Andrews, F.M., & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: American's perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.
- Araújo, F, Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C.(2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Aspinwall, L.G.; & Staudinger, U.M. (2003). A Psychology of Human Strengths: some central issues of an emerging field. In L.G.Aspinwall, & U.M. Staudinger (Edts.). *A Psychology of Human Strengths – fundamental questions and future directions for a Positive Psychology* (pp. 9-21). Washington: APA.
- Badawi, N., Natson, L., Pettersen, B., Blair, E., Slee, J., Haan, E., Stanley, F. (1998). What constitutes cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40, 520-527.
- Bailey, T.C., & Snyder, C. R. (2007). Satisfaction with Life and Hope: a look at age and marital status. *The Psychological Record*, 57, 233-240.
- Balandin, S., Morgan, J. (1997). Adults with cerebral palsy: what's happening? *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 22 (2), 109-124.
- Bandura, A. (1995). *Auto-eficácia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. (trad.). Bilbao: Desclée de brouwer.
- Barlow, J.H., Cullen-Powell, L.A., & Cheshire, A. (2006). Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy. *Early Child Development and Care*, 176 (3-4), 421–428.
- Barlow, J.H., Williams, B., & Wright, C. (1996). The Generalized Self-Efficacy Scale in people with arthritis. *Arthritis care and research: the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 9 (3), 189-96.

- Berkenbrock, V.J. (2002). *Brincadeiras e dinâmicas para grupos – diversões para dentro e fora da sala de aula, encontros de grupos, festas de família, reuniões de trabalho e muitas outras ocasiões*. Brasil: Editora Vozes, Lda.
- Blair, E., & Stanley, F.J. (1997). Issues in the classification and epidemiology of cerebral palsy. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 3, 184-193.
- Botha, P.N. (1996). Cerebral Palsy. In J.A. Kapp (Ed.). *Children with problems – an orthopedagogical perspective* (3rd Ed.) (pp. 270-287). Pretoria: J.L.van Schaik editors.
- Braithwaite, V. (1992). Caregiver burden, making the concept scientifically useful and policy relevant. *Research on Aging*, 14 (1), 3-27.
- Brehaut, J.C., Kohen, D.E., Raina, P., Walter, S.D., Russell, D.J., Swinton, M., O'Donnell, M., & Rosenbaum, P. (2004). The Health of Primary Caregivers of Children With Cerebral Palsy: How Does It Compare With That of Other Canadian Caregivers?. *Pediatrics*, 114 (2), 182-191.
- Canning, R. D., Harris, E. S., & Kelleher, K. J. (1996). Factors predicting distress among caregivers to children with chronic medical conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 735–749.
- Cans, C., McManus, V., Crowley, M., Guillem, P., Platt, M.J., Johnson, A., & Arnaud, C. (2004). Cerebral palsy of post-natal origin: characteristics and risk factors. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 18, 214-220.
- Chang, E. (1998). Hope, problem-solving ability, and coping in a college student population: Some implications for theory and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 953–962.
- Chang, E.C. (2003). A critical appraisal and extension of hope theory in middle-aged men and women: Is it important to distinguish agency and pathways components? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 121-143.
- Chen, R.K., Crewe, N.M. (2009). Life Satisfaction among People with Progressive Disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 75 (2), 50-58.
- Cicone, C.M. (2003). Hope and optimism: Impact on burnout, satisfaction with life and psychological well-being in psychotherapists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(4-B), 1896.
- Clark, A., & Hirst, M. (1989). Disability in Adulthood: tem-year follow-up study of young people with disabilities. *Disability, Handicap & Society*, 4 (3), 271-283.

- Darrah, J., Magil-Evans, J., & Adkins, R. (2002). How well are we doing? Families of adolescents or young adults with cerebral palsy share their perceptions of service delivery. *Disability & Rehabilitation*, 24 (10), 542-549.
- Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Boyd, R., Cook, K., & Davern, M. (2009). The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child: care, health and development*, 36 (1), 63–73.
- Departamento do Ensino Secundário [et al.] (2002). *Rosa-dos-Ventos - Guia do profissional de orientação* (1ª ed.). Lisboa: Ministério da Educação.
- DeVivo, M. J. (2004). Aging with a Neurodisability: Morbidity and Life Expectancy Issues. *NeuroRehabilitation*, 19, 1-2.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–76.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.
- Donkervoort, M., Roebroek, M.E., Wiegerink, D., Van Der Heijden-Maessen, H., Stam, H.J., & Transition Research Group South West Netherlands (2007). Determinants of functioning of adolescents and young adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 29 (6), 453 - 463.
- Donkervoort, M., Wiegerink, D., Van Meeteren, J., Stam, H.J., Roebroek, M.E., & Transition Research Group South West Netherlands (2008). Transition to adulthood: validation of the Rotterdam Transition Profile for young adults with cerebral palsy and normal intelligence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51, 53-62.
- Duckworth, A.L., Steen, T.A., & Seligman, M. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Dunst, C. & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Maisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New-York: Cambridge University Press.
- Dzienkowski, R.C., Smith, K.K., Dillow, K.A., & Yucha, C.B. (1996). Cerebral palsy: a comprehensive review. *Nurse Practitioner*, 21 (2), 45-48.
- Eker, L. & Tuzun, E.H. (2004). An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy. *Disability & Rehabilitation*, 26 (23), 1354–1359.
- Fennell, E.B., & Dikel, T.N. (2001). Cognitive and neuropsychological functioning in children with cerebral palsy. *Journal of Child Neurology*, 16 (1), 58-63.

- Fernandes, H.M., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C.M. (2010). Preliminary Analysis of the Psychometric Properties of Ryff's Scales of Psychological Well-Being in Portuguese Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 1032-1043.
- Florian, V., & Findler, L. (2001). Mental Health and Marital Adaptation Among Mothers of Children with Cerebral Palsy. *American journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 358-367.
- Freeman, J.M., & Nelson, K.B. (1988). Intrapartum Asphyxia and Cerebral Palsy. *Pediatrics*, 82 (2), 240-249.
- Freitas, K. (2009). *Medo de Desafios* [on-line]. Disponível em: www.cdof.com.br. [Consultado em 03/03/2009].
- Galambos, N.L., Barker, E.T., & Krahn, H.J. (2006). Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: seven-year trajectories. *Developmental psychology*, 42 (2), 350-65.
- Galinha, I. (2008). *Bem-Estar Subjectivo: Factores cognitivos, afetivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Gooden-Ledbetter, M.J., Coleb, M.T., Maherb, J.K., & Condeluci, A. (2007). Self-efficacy and interdependence as predictors of life satisfaction for people with disabilities: Implications for independent living programs. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 153–161.
- Griffin, H.C., Fitch, C.I., & Griffin, L.W. (2002). Causes and interventions in the area of cerebral palsy. *Infants and Young Children*, 14 (3), 18-23.
- Guerra, M.P., & Lima, L. (Eds.) (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Guerreiro, M., Silva, R.L., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1993). *Adaptação Portuguesa da Mini-Mental State - MMS*. Lisboa: Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz.
- Haak, P., Lenski, M., Hidecker, M.J., Li, M., & Paneth, N. (2009). Cerebral palsy and aging. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51 (4), 16-23.
- Hallum, A. (1995). Disability and the transition to adulthood: issues for the disabled child, the family, and the pediatrician. *Current Problems in Pediatrics*, 25, 12–50.
- Hampton, N. (2000). Self-efficacy and quality of life in people with spinal cord injuries in China. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43, 66–74.

- Heller, T., Caldwell, J., & Factor, A. (2007). Aging Family Caregivers: Policies and Practices. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, *13*, 136-142.
- Hergenroder, H., Blank, R. (2009). Subjective well-being and satisfaction with life in adults with spastic cerebral palsy: a pilot study of a randomized sample. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *51*, 389-396.
- Horton, T.V., & Wallander, J.L. (2001). Hope and Social Support as Resilience Factors against Psychological Distress of Mothers Who Care for Children with Chronic Physical Conditions. *Rehabilitation Psychology*, *46* (4), 382-399.
- Howard, J., Soo, B., Graham, H.K., Boyd, R.N., Reid, S., Lanigan, A., Wolfe, R., & Reddihough, D. S. (2005). Cerebral palsy in Victoria: motor types, topography and gross motor function. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *41*, 479-483.
- Jiménez, E.D. (2001). *Hago una Viage* [on-line]. Disponível em: www.paralideres.org. [Consultado em 03/03/2009].
- Joekes, K., Van Elderen, T., & Schreurs, K. (2007). Self-efficacy and overprotection are related to quality of life, psychological well-being and self-management in cardiac patients. *Journal of health psychology*, *12* (1), 4-16.
- Keyes, C.L., & Ryff, C.D. (1998). Generativity in Adult Lives: social structural contours and quality of life consequences. In D.P. McAdams, & E. de St. Aubin (Edts.), *Generativity and Adult Development: how and why we care for the next generation* (pp.227-264). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C.L., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82* (6), 1007-1022.
- King, G., King, S., Rosenbaum, P., & Goffin, R. (1999). Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: linking process with outcome. *Journal of Pediatric Psychology*, *24*, 41-53.
- Linley, P.A., & Joseph, S. (2004). Applied Positive Psychology: a new perspective for Professional Practice. In P.A. Linley, & S. Joseph (Edts.). *Positive Psychology in Practice* (pp.3-12). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Livingston, M.H., Rosenbaum, P.L., Russell, D.J., & Palisano, R.J. (2007). Quality of life among adolescents with cerebral palsy: what does the literature tell us?. *Developmental medicine and child neurology*, *49* (3), 225-31.

- Lopez, S.J., Floyd, R.K., Ulven, J.C., & Snyder, C.R. (2000). Hope Theory: Helping Clients Build a House of Hope. In Snyder, C.R. (Edt.). *Handbook of Hope – Theory, Measures, and Applications* (pp 123-150). San Diego: Academic Press.
- Maddux, J. (2002). Self-Efficacy: The Power of Believing You Can. In Snyder, C.R. & Lopez, S. (Edts). *Handbook of Positive Psychology* (pp277-287). Oxford: University Press.
- Magill-Evans, J., Wiart, L., Darrah, J., & Kratochvil, M. (2005). Beginning the transition to adulthood: the experiences of six families with youths with cerebral palsy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 25, 19–36.
- Manuel, J., Naughton, M.J., Balkrishnan, R., Smith, B.P., & Koman, L.A. (2003). Stress and Adaptation in Mothers of Children With Cerebral Palsy. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (3), 197-201.
- Marks, R. (2001). Efficacy theory and its utility in arthritis rehabilitation: review and recommendations. *Disability and rehabilitation*, 23(7), 271-80.
- Marn, L.M., & Koch, L.C. (1999). The major tasks of adolescence: Implications for transition planning with youths with cerebral palsy. *Work*, 13, 51–58.
- Marques-Teixeira, J. (2005). *Manual da Avaliação da Disfunção Cognitiva na Esquizofrenia*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores.
- Martins, A.C. (2008). *Indicadores da Qualidade de Vida nas Pessoas Utilizadores de Cadeiras de Rodas – Uma análise exploratória dos hábitos de vida, características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com as tecnologias de apoio*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- Martins, T., Pais-Ribeiro, J.L.& Garret, C. (2003a). Estudo de Adaptação do Frenchay Activities Index numa amostra de doentes com baixa escolaridade afectados por Acidente Vascular Cerebral. *Arquivos de Medicina*, 17 (1/2/3), 88-91.
- Martins, T., Pais-Ribeiro, J.L.& Garret, C. (2003b). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148.
- Michell, J. (1997). Quantitative science and the definition of measurement in psychology. *British Journal of Psychology*, 88, 355-383.
- Michell, J. (2000). Normal Science, Pathological Science and Psychometrics. *Theory & Psychology*, 10 (5), 639–667.

- Miranda, S. (2003). *Novas dinâmicas para grupos – A aprendizagem do conviver*. Porto: Edições ASA.
- Munoz, A.M. (2007). Familias ante la parálisis cerebral. *Intervención Psicosocial*, 16 (1), 55-68.
- Myers, S., & Shapiro, G. (1999). Origins and causes of cerebral palsy: symptoms and diagnosis. *The Exceptional Parent*, 29, 28-33.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2009). *Cerebral Palsy: Hope Through Research* [on-line]. Disponível: <http://www.ninds.nih.gov>.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O Bem-Estar Psicológico em Mulheres de Idade Adulta avançada*. Coimbra: Dinalivro.
- Novo, R., Duarte-Silva, M., & Peralta, E. (2004). Escalas de BEP: Versão reduzida. Manuscrito não publicado. Lisboa: FPCE-UL.
- O’Leary, A. (1992). Self-Efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229-245.
- O’Shea, T.M. (2008). Diagnosis, treatment, and prevention of cerebral palsy in near-term/term infants. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 51 (4), 816-828.
- O’Sullivan, G. (2011). The Relationship Between Hope, Eustress, Self-Efficacy, and Life Satisfaction Among Undergraduates. *Social Indicators Research*, 101, 155–172.
- Pais-Ribeiro, J., Pedro, L. & Marques, S. (2006). Contribuição para o Estudo Psicométrico e Estrutural da Escala de Esperança (de futuro). In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, & S. Neves, (Edts.). *Actas do V Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp 75-81). Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1995). Adaptação de uma Escala de Avaliação de Auto-Eficácia Geral. In Almeida, L. S., & Ribeiro, I., (Edts). *Actas da III Conferência Internacional: Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp 163-176). Braga: APPORT.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1999). Escala da Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, (17), 547-558.
- Pallant, J. (2002). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)*. New South Wales: Allen & Unwin.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the Cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149–161.

- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2000). *Análise de Dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimm, P. L. (1996). Some of the implications of caring for a child or adult with cerebral palsy. *British Journal of Occupational Therapy*, 59 (7), 335–340.
- Pountney, D. (2010). Identifying and managing cerebral palsy. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 6 (1), 20-23.
- Powell, T.J., & Enright, J.S. (1990). *Anxiety and stress management*. Routledge: London.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S.D., Russell, D., Swinton, M., Zhu, B., & Wood, E. (2005). The Health and Well-Being of Caregivers of Children with Cerebral Palsy. *Pediatrics*, 115 (6), 626-636.
- Reichman, N.E., Corman, H., & Noonan, K. (2008). Impact of Child Disability on the Family. *Maternal and Child Health Journal*, 12, 679–683.
- Rimmerman, A., Muraver, M. (2001). Undesired life events, life satisfaction and well-being of ageing mothers of adult offspring with intellectual disability living at home or out-of-home. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26 (3), 195–204.
- Rintala, D.H., Robinson-Whelen, S., & Matamoros, R. (2005). Subjective stress in male veterans with spinal cord injury. *Journal of rehabilitation research and development*, 42 (3), 291-304.
- Rose, G., Kumlin, L., Dimberg, L., Bengtsson, C., Orth-Gomer, K., & Cai, X. (2006). Work-related life events, psychological well-being and cardiovascular risk factors in male Swedish automotive workers. *Occupational medicine*, 56 (6), 386-92.
- Rosenbaum, P. (2009). Cerebral palsy in the 21st century: is there anything left to say?. *Neuropediatrics*, 40 (2), 56-60.
- Ryff, C.D. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D. (1989b). In the Eye of the Beholder: Views of Psychological Well-Being Among Middle-Aged and Older Adults. *Psychology and Aging*, 2 (4), 195-210.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in psychological Science*, 4 (4), 99-104.

- Ryff, C.D., & Keyes, C.L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Sandström, K. (2007). The lived body – experiences from adults with cerebral palsy. *Clinical Rehabilitation*, 21, 432–441.
- Sandström, K., Alinder, J., & Öberg, B. (2004). Descriptions of functioning and health and relations to a gross motor classification in adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 26 (17), 1023–1031.
- Sarason, I.G., Levine, H. M., Basham, R., B., & Sarason, B., R. (1983). Assessing Social Support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social psychology*, 44 (1), 127-139.
- Saunders, B. (1995). *Smoke Signals - a guide to training youth workers in smoking education*. Bristol: HEA HELIOS.
- Schuling, J., de Hann, R., Limburg, M., & Groenier, K.H. (1993). The Frenchay Activities Index – Assessment of Functional Status in Stroke Patients. *Stroke*, 24 (8), 1173-1177.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercadante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51, 663-671.
- Shikako-Thomas, K., Lach, L., Majnemer, A., Nimigon, J., Cameron, K., & Shevell, M. (2009). Quality of life from the perspective of adolescents with cerebral palsy: “I just think I’m a normal kid, I just happen to have a disability”. *Quality of Life Research*, 18, 825–832.
- Shu, B.-C., Lung, F.-W. , & Huang, C. (2002). Mental health of primary family caregivers with children with intellectual disability who receive a home care programme. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (3), 257-263.
- Skok, A., Harvey, D., & Reddihough, D. (2006). Perceived stress, perceived social support, and wellbeing among mothers of school-aged children with cerebral palsy. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(1), 53–57.
- Snyder, C.R. (2000). Hypothesis: There is Hope. In Snyder, C.R. (Edt.). *Handbook of Hope – Theory, Measures, and Applications* (pp 3-23). San Diego: Academic Press.

- Snyder, C.R. (2004). *Hope and Depression: a light in the darkness*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 347-351.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J., Holleran, S., Irving, I., Sigmon, S., et al. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Snyder, C.R., Rand, K.L. & Sigmon, D.R. (2002). Hope Theory: A Member of the Positive Psychology Family. In Snyder, C.R. & Lopez, S. (Edts). *Handbook of Positive Psychology* (pp277-287). Oxford: University Press.
- Straub, K., & Obrzut, J.E. (2009). Effects of cerebral palsy on neuropsychological function. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21 (2), 153-167.
- Stuart, R. (2000). *Jogos para formadores - Desenvolvimento de Equipas*. Edições Monitor: Lisboa.
- Suldo, S.M., & Huebner, E.S. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behaviour in adolescence? *School Psychology Quarterly*, 19, 93–105.
- Torres, S. (2005). Programa de intervenção em grupo para grávidas toxicodependentes. In M. P. Guerra, & L. Lima (Edts.), *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp.121-154). Lisboa: Climepsi.
- United Cerebral Palsy (2001). *Cerebral palsy - facts & figures* [on-line]. Disponível: www.ucp.org
- Valle, M.F., Huebner, E.S., & Suldo, S.M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology*, 44(5), 393-406.
- Van der Dussen, L., Nieuwstraten, W., Roebroek, M., & Stam, H.J. (2001). Functional level of young adults with cerebral palsy. *Clinical Rehabilitation*, 15, 84–91.
- Vaux, A. (1988). *Social support: theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Wade, D.T., Collin, C. (1988). The Barthel Index: a standard measure of physical disability? *International Disability Studies*, 10 (2), 64-67.
- Wanamaker, C. & Glenwick, D. (1998). Stress, coping and perceptions of child behaviour in parents of preschoolers with cerebral palsy. *Rehabilitation Psychology*, 43(4), 297–312.
- Wiegerink, D.J., Roebroek, M.E., Donkervoort, M., Stam, H.J., Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Social and sexual relationships of adolescents and young adults with cerebral palsy: a review. *Clinical Rehabilitation*, 20 (12), 1023–1031.

- Wiwanitkit, V. (2008). Sexuality and Rehabilitation for Individuals with Cerebral Palsy. *Sexuality and disability*, 26, 175–177.
- World Health Organization – Rehabilitation Unit (1993). *Promoting the Development of Young Children with Cerebral Palsy – a Guide for Mid-Level Rehabilitation Workers* [on-line]. Disponível: <http://www.who.int/disabilities/publications/care/en/index.html>
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Yalom, I.D. (1995). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. (4ªEd.). Nova Iorque: BasicBooks.
- Yoon, D.P., & Lee, E.K. (2007). The impact of religiousness, spirituality, and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. *Journal of gerontological social work*, 48 (3-4), 281-98.
- Zhu, B., Walter, S.D., Rosenbaum, P.L., Russell, D.J., & Raina, P. (2006). Structural equation and log-linear modeling: a comparison of methods in the analysis of a study on caregivers' health. *BMC Medical Research Methodology*, 12, 6-49.
- Zimmerman, M.A. (1995). Psychological empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 581-599.

ANEXOS

Anexo 1
Protocolo 1

Estes questionários pretendem avaliar a funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Os questionários são anónimos e os dados são confidenciais.

Leia atentamente e responda de forma sincera, tendo em conta que não existem respostas certas nem erradas. Ao terminar o preenchimento dos questionários, verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.

Desde já agradeço a sua colaboração.

1. Dados Pessoais:

Sexo: M F

Idade: _____

Estado civil: _____

Anos de escolaridade (assinale apenas uma opção):

1 a 4 anos _____

5 a 9 anos _____

10 a 12 anos _____

Mais de 12 anos _____

Situação Profissional (atual): _____

Considera o seu Nível Sócio-Económico:

Baixo

Médio

Elevado

Quadro clínico: _____

2. Atividades instrumentais da vida diária:

Indique em que medida sente ou não capacidade para desempenhar cada uma das seguintes atividades.

Atividades instrumentais da vida diária	Totalmente incapacitado	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Nenhuma dificuldade
Governar a casa				
Trabalhar				
Jardinar				
Ir às compras perto de casa				
Divertir, fazer passatempos				
Viajar de autocarro ou de carro				
Fazer trabalhos domésticos mais pesados				
Ler livros				
Cozinhar refeições ligeiras				
Lavar a roupa				
Lavar a louça				
Sair e fazer viagens distantes				
Fazer trabalhos domésticos ligeiros				
Andar fora de casa mais de 15 minutos				
Visitar amigos e familiares				

3. Atividades básicas da vida diária:

Para cada uma das afirmações, selecione, com uma cruz, uma das opções:

A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal:	
Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho	
Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
B. Atualmente, consegue tomar banho:	
Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro	
Não consegue tomar banho sozinho	
C. Atualmente, consegue vestir-se:	
Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores)	
Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar)	
Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	

D. Atualmente, consegue alimentar-se:	
Alimenta-se sozinho	
Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho	
Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.	
Não consegue alimentar-se sozinho	
E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho?	
Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade	
Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física)	
Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira	
Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
F. Atualmente, consegue subir e descer escadas	
Consegue subir e descer escadas	
Precisa de ajuda para subir e descer escadas	
Não consegue subir ou descer escadas	
G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se	
Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, etc.)	
Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa	
Consegue andar sozinho em cadeira de rodas	
Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
H. Atualmente, tem controlo na função intestinal	
Controla bem esta função	
Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes	
Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
I Atualmente, controla a função urinária	
Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos	
Perde urina acidentalmente	
Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	
J Atualmente, consegue ir à casa de banho	
Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho	
Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho	
Não consegue ir à casa de banho sozinho	

MINI-MENTAL STATE - MMS

NOME: _____

IDADE: _____ Anos

DATA: _____ de _____ de _____

1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta).

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cór".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __

Nota: _____

4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____
Dobra ao meio _____
Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto ler-se a frase.

Fechou os olhos _____

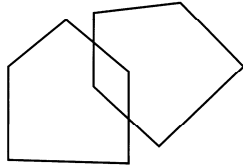
Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: _____

6. **HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela cópia correcta.)
Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos)

TOTAL:

**Pontos de Corte
(População Portuguesa)**

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

FECHE OS OLHOS

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 2
Protocolo 2

Estes questionários pretendem avaliar o seu Bem-Estar Psicológico.

Os questionários são anónimos e os dados são confidenciais.

Leia atentamente e responda de forma sincera, tendo em conta que não existem respostas certas nem erradas.

Ao terminar o preenchimento dos questionários, verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.

Desde já agradeço a sua colaboração.

1. Indique com uma cruz (X) qual o seu grau de satisfação com a sua vida em geral:
 Pensando acerca da sua vida pessoal e das suas condições, qual o seu grau de satisfação com a sua vida em geral?

Totalmente insatisfeito					Neutro					Totalmente satisfeito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. As afirmações que a seguir se apresentam pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a). Leia cuidadosamente cada uma delas e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a).

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.						
Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.						
Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.						
Manter relações estreitas com os outros tem sido difícil e frustrante.						
Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.						
Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.						
Tenho tendência para me preocupar com o que as						

outras pessoas pensam de mim.						
Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.						
Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.						
Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.						
Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.						
Gosto da maior parte dos aspetos da minha personalidade.						
Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.						
Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.						
Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhorias na minha vida.						
Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.						
Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.						
Em muitos aspetos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.						

3. Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor expressa a sua maneira de pensar.

	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los.					
Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir.					
Tenho dificuldade em fazer novos amigos.					
Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la.					
Quando estabeleço objetivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar.					
Sou uma pessoa autoconfiante.					
Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida.					
Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado.					
Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente.					
Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa.					
Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar.					
Desisto facilmente das coisas.					
As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos.					
Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas.					

Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia.					
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.					
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.					
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.					
Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.					
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.					
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.					
Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.					
Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).					
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.					
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.					
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.					
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.					
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.					
Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.					
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.					

4. Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor o(a) descreve.

	Totalmente falsa	Em grande parte falsa	Em grande parte verdadeira	Totalmente verdadeira
Consigo pensar em muitas maneiras de me livrar de enrascadas.				
Persigo os meus objetivos com muita energia.				
Sinto-me cansado(a) a maior parte do tempo.				
Qualquer problema tem muitas soluções.				
Vou-me abaixo facilmente com uma discussão.				
Consigo pensar em muitas maneiras para alcançar as coisas da vida que são importantes para mim.				
Preocupo-me com a minha saúde.				
Mesmo quando os outros perdem a coragem, eu sei que consigo encontrar uma maneira de resolver o problema.				
A minha experiência de vida preparou-me bem para o futuro.				
Tenho tido bastante sucesso na vida.				
Normalmente ando preocupado/a com alguma coisa.				
Alcanço os objetivos que defini para mim próprio(a).				

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 3
Protocolo 3

Estes questionários pretendem avaliar o seu Bem-Estar Psicológico.

Os questionários são anónimos e os dados são confidenciais.

Leia atentamente e responda de forma sincera, tendo em conta que não existem respostas certas nem erradas. Ao terminar o preenchimento dos questionários, verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.

Desde já agradeço a sua colaboração.

1. Dados Pessoais:

Sexo: M F

Idade: _____

Estado civil: _____

Anos de escolaridade (assinale apenas uma opção):

1 a 4 anos _____

5 a 9 anos _____

10 a 12 anos _____

Mais de 12 anos _____

Situação Profissional (atual): _____

Considera o seu Nível Sócio-Económico:

Baixo

Médio

Elevado

2. Por favor indique, com uma cruz (X), a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre /Sim
Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?					
Considera que, tomar conta do seu filho(a), é psicologicamente difícil?					
Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu filho(a)?					
Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu filho(a)?					
Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu filho(a)?					
Cuidar do seu filho(a) tem exigido um grande esforço físico?					
Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu filho(a) nasceu?					
Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu filho(a)?					
Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu filho(a) e que o tempo é insuficiente para si?					
Sente que a vida lhe pregou uma partida?					
É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu filho(a) não se podem prever (são imprevisíveis)?					
Tomar conta do seu filho(a) dá-lhe a sensação de estar presa(o)?					
Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu filho(a)?					
A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com filho(a)es e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu filho(a)?					
Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu filho(a)?					
Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu filho(a)?					
Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu filho(a)?					
Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu filho(a)?					
Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu filho(a)?					

Sente que o seu filho(a) a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?					
Sente-se manipulada(o) pelo seu filho(a)?					
Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu filho(a)?					
Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu filho(a)?					
Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu filho(a) por muito mais tempo?					
Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu filho(a)?					
A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu filho(a)?					
Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?					
Sente-se bem por estar a tomar conta do seu filho(a)?					
O seu filho(a) mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?					
Fica satisfeita(o), quando o seu filho(a) mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?					
Sente-se mais próxima(o) do seu filho(a) por estar a cuidar dele?					
Cuidar do seu filho(a) tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?					

3. Indique com uma cruz (X) qual o seu grau de satisfação com a sua vida em geral:

Pensando acerca da sua vida pessoal e das suas condições, qual o seu grau de satisfação com a sua vida em geral?

Totalmente insatisfeito					Neutro					Totalmente satisfeito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. As afirmações que a seguir se apresentam pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a). Leia cuidadosamente cada uma delas e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a).

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.						
Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.						
Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.						
Manter relações estreitas com os outros tem sido difícil e frustrante.						
Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.						
Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.						
Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.						
Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso.						
Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.						
Sinto que tiro imenso						

partido das minhas amizades.						
Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.						
Gosto da maior parte dos aspetos da minha personalidade.						
Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.						
Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.						
Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhorias na minha vida.						
Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.						
Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.						
Em muitos aspetos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.						

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 4

Pedido de autorização à Direção do CRPCP

Exma. Dr.^a Manuela Bastos

No seguimento do meu estágio curricular realizado no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do Porto (CRPCP), sob orientação da Dr.^a Ana Isabel Machado (CRPCP) e da Dr.^a Sandra Torres (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto - FPCEUP), venho por este meio solicitar a autorização para elaborar o meu projeto de Doutoramento com a população do CRPCP. Este projeto, elaborado sob orientação do Prof. Dr. Pais-Ribeiro (Professor Associado da FPCEUP), foi aprovado pela FPCEUP e será financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).

O objetivo do projeto é identificar e relacionar as variáveis psicossociais associadas ao Bem-Estar Psicológico do indivíduo com Paralisia Cerebral e seus cuidadores, e desenvolver um programa de intervenção psicológica para melhorar o Bem-Estar Psicológico de ambos.

A população deste estudo será de 240 sujeitos: 40 indivíduos com Paralisia Cerebral (grupo de intervenção) e respetivos cuidadores (N=40); 40 indivíduos com Paralisia Cerebral (grupo de comparação) e respetivos cuidadores (N=40); e 40 indivíduos sem Paralisia Cerebral (grupo da comunidade) e respetivos cuidadores (N=40). Os elementos da amostra serão selecionados tendo em conta a idade, optando-se por indivíduos com mais de 16 anos; a fala perceptível e a ausência de défices cognitivos severos.

O projeto terá a duração de três anos, iniciando em novembro de 2007, e dividir-se-á em três fases: avaliação, intervenção e reavaliação.

Durante os primeiros 6 meses (de novembro de 2007 a abril de 2008) realiza-se a **PRÉ-SELEÇÃO**, na qual se procede à seleção dos participantes do estudo. Inicialmente, efetua-se a consulta de processos, no sentido de encontrar sujeitos que cumpram os critérios de seleção definidos para a amostra, efetuando-se um levantamento da listagem de candidatos possíveis. Posteriormente, convocam-se os possíveis participantes para uma reunião geral de esclarecimento e explicação dos objetivos do programa, duração e métodos de trabalho, na qual se faz a inscrição de candidatos.

Todos os interessados realizam uma avaliação da deterioração física e cognitiva, no sentido de se proceder à seleção dos participantes. Posteriormente, procede-se à construção do protocolo a administrar e realiza-se o pré-teste.

Nos 6 meses seguintes (maio a setembro de 2008), efetua-se a **FASE DE AVALIAÇÃO**, na qual será realizada a recolha de dados e posterior análise estatística.

Convocam-se todos os participantes para a administração do protocolo. O preenchimento é individual, no computador, na presença do investigador. Após a recolha de dados procede-se à análise estatística e, com base nos resultados obtidos, formam-se os grupos de intervenção, convocando-se os participantes para uma reunião de esclarecimento acerca dos objetivos específicos do grupo e das atividades a desenvolver.

No segundo ano (de outubro de 2008 a outubro de 2009), procede-se à **FASE DE INTERVENÇÃO**. O objetivo da intervenção é melhorar o Bem-Estar Psicológico dos sujeitos: através de um grupo terapêutico, dirigido aos indivíduos com Paralisia Cerebral, centrado nas dimensões do Bem-Estar Psicológico e em variáveis psicossociais específicas como a Esperança, a Auto-Eficácia e o Suporte Social; e, simultaneamente, através de um grupo de apoio para cuidadores. Serão formados 4 grupos de 10 indivíduos com Paralisia Cerebral e 4 grupos de 10 cuidadores. Para cada grupo, realizar-se-ão 15 sessões quinzenais, de 1h30 minutos de duração.

No terceiro ano (de novembro de 2009 a novembro de 2010), efetua-se a **FASE DE AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO**. Esta avaliação será quantitativa e qualitativa, sendo realizado um *follow-up* 3, 6 e 12 meses após a intervenção. Seguidamente, efetua-se a análise estatística dos dados, comparando os resultados do grupo de intervenção com o grupo de comparação e com o grupo da comunidade. Posteriormente, procede-se à redação final do trabalho.

A importância deste projeto prende-se com o facto da Paralisia Cerebral ser uma incapacidade bastante frequente em Portugal, que acarreta sérias implicações ao nível individual e familiar, requerendo um ajustamento e adaptação de todos os membros da família, no sentido de ultrapassarem positivamente as dificuldades inerentes à perturbação, bem como de promover o seu bem-estar, físico e psicológico. Por outro lado, verifica-se a falta de estudos, em Portugal e no estrangeiro, que incluam as cinco variáveis equacionadas – Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Esperança, Suporte Social e Paralisia Cerebral, pelo que se pode afirmar que este projeto pretende ser inovador. Tendo em conta que toda a investigação científica é sinónimo de evolução creio que este projeto pode apresentar-se como uma mais-valia para todos os envolvidos.

Os recursos essenciais para a implementação do projeto serão, maioritariamente, suportados por mim, no entanto, serão necessárias algumas condições físicas, tais como, um gabinete para a recolha de dados e uma sala para a intervenção em grupo. O usufruto destas salas estará, obviamente, condicionado à sua disponibilidade, e os horários serão acordados com os restantes profissionais, bem como com os clientes, de forma a ser mais conveniente para ambas as partes.

Para além da elaboração e implementação deste projeto, saliento que estarei disponível para prestar apoio psicológico aos clientes do CRPCP.

Considerando que já possuo aprovação da FPCEUP, bem como da FCT, aguardo atentamente uma resposta, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

(Diana Brandão)

Anexo 5

Carta aos clientes do CRPCP e respetivas famílias

Caros clientes do CRPCP e respetivas famílias:

Venho por este meio solicitar a vossa comparência para uma reunião a decorrer no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do Porto (CRPCP), no âmbito do projeto de Doutoramento intitulado “O Bem-estar Psicológico em Indivíduos com Paralisia Cerebral e seus Cuidadores: Contributos da Esperança, Auto-Eficácia e Suporte Social”, desenvolvido na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), em parceria com o CRPCP.

O objetivo deste projeto é identificar e relacionar as variáveis psicossociais associadas ao Bem-Estar Psicológico do indivíduo com Paralisia Cerebral e seus cuidadores, e desenvolver um programa de intervenção psicológica para melhorar o Bem-Estar Psicológico de ambos.

A reunião de esclarecimento pretende dar a conhecer o projeto, explicitando e clarificando os seus objetivos, duração e métodos de trabalho; bem como proceder ao levantamento de eventuais interessados.

A participação neste projeto é voluntária e todos os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais.

Desde já agradeço a vossa colaboração.

A Psicóloga

A Direção

(Dr.^a Diana Brandão)

(Dr.^a Manuela Bastos)

Anexo 6
Consentimento Informado

Todos os dados fornecidos serão confidenciais e, se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo.

Muito obrigada por aceitar dar a sua contribuição.

Tomei conhecimento do objetivo do estudo e do que tenho de fazer para participar nele. Fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura:

Data:

Anexo 7

Modelo de Pedido de autorização à Direção das Instituições

A/C Direção

O meu nome é Diana Brandão, sou licenciada em Psicologia, na área de pré-especialização de Psicologia e Saúde, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP). Realizei o meu estágio curricular no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do Porto (CRPCP), sob orientação da Dr.^a Ana Isabel Machado (CRPCP) e da Prof. Dr.^a Sandra Torres (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto - FPCEUP), tendo obtido a classificação final de 18 valores. No âmbito da disciplina “Seminário de Investigação em Psicologia da Saúde”, elaborei um projeto de investigação, no CRPCP, intitulado “Resiliência na Paralisia Cerebral: estudo comparativo de jovens com e sem Paralisia Cerebral e suas famílias”, que foi alvo de várias apresentações em congressos e reuniões científicas (cf. *Curriculum Vitae* em anexo).

Dado o meu interesse em efetuar investigação na área da Paralisia Cerebral, sobretudo com jovens adultos, elaborei um projeto de Doutoramento, intitulado “O Bem-estar Psicológico em Indivíduos com Paralisia Cerebral e seus Cuidadores: Contributos da Esperança, Auto-Eficácia e Suporte Social”. Este projeto, elaborado sob orientação do Prof. Dr. Pais-Ribeiro (Professor Associado da FPCEUP), foi aprovado pela FPCEUP e está a ser financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT). Desta forma, venho por este meio solicitar a autorização para recorrer à população da/o (nome da instituição) no sentido de elaborar o meu projeto de Doutoramento.

O objetivo deste projeto é identificar e relacionar as variáveis psicossociais associadas ao Bem-Estar Psicológico do indivíduo com Paralisia Cerebral e seus cuidadores, e desenvolver um programa de intervenção psicológica para melhorar o Bem-Estar Psicológico de ambos.

A população deste estudo será de 240 sujeitos: 40 indivíduos com Paralisia Cerebral (grupo de intervenção) e respetivos cuidadores (N=40); 40 indivíduos com Paralisia Cerebral (grupo de comparação) e respetivos cuidadores (N=40); e 40 indivíduos sem Paralisia Cerebral (grupo da comunidade) e respetivos cuidadores (N=40). Os elementos da amostra serão selecionados tendo em conta a idade, optando-se por indivíduos com mais de 16 anos; a fala perceptível e a ausência de défices cognitivos severos. Dada a dificuldade em obter população suficiente para o projeto num só local, optei por recorrer às várias Associações de Paralisia Cerebral, fazendo uma seleção de clientes consoante a sua disponibilidade.

O projeto terá a duração de três anos (tendo já iniciado em novembro de 2007, junto da população do CRPCP) e dividir-se-á em três fases: avaliação, intervenção e reavaliação.

Durante os primeiros 6 meses realiza-se a **PRÉ-SELEÇÃO**, na qual se procede à seleção dos participantes do estudo. Inicialmente, efetua-se a consulta de processos, no sentido de encontrar sujeitos que cumpram os critérios de seleção definidos para a amostra, efetuando-se um levantamento da listagem de candidatos possíveis. Posteriormente, convocam-se os possíveis participantes para uma reunião geral de esclarecimento e explicação dos objetivos do programa, duração e métodos de trabalho, na qual se faz a inscrição de candidatos.

Todos os interessados realizam uma avaliação da deterioração física e cognitiva, no sentido de se proceder à seleção dos participantes. Posteriormente, procede-se à construção do protocolo a administrar e realiza-se o pré-teste.

Nos 6 meses seguintes, efetua-se a **FASE DE AVALIAÇÃO**, na qual será realizada a recolha de dados e posterior análise estatística.

Convocam-se todos os participantes para a administração do protocolo. O preenchimento é individual na presença do investigador. Após a recolha de dados procede-se à análise estatística e, com base nos resultados obtidos, formam-se os grupos de intervenção, convocando-se os participantes para uma reunião de esclarecimento acerca dos objetivos específicos do grupo e das atividades a desenvolver.

No segundo ano, procede-se à **FASE DE INTERVENÇÃO**. O objetivo da intervenção é melhorar o Bem-Estar Psicológico dos sujeitos: através de um grupo terapêutico, dirigido aos indivíduos com Paralisia Cerebral, centrado nas dimensões do Bem-Estar Psicológico e em variáveis psicossociais específicas como a Esperança, a Auto-Eficácia e o Suporte Social; e, simultaneamente, através de um grupo de apoio para cuidadores. Serão formados 4 grupos de 10 indivíduos com Paralisia Cerebral e 4 grupos de 10 cuidadores. Para cada grupo, realizar-se-ão 15 sessões quinzenais, de 1h30 minutos de duração.

No terceiro ano, efetua-se a **FASE DE AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO**. Esta avaliação será quantitativa e qualitativa, sendo realizado um follow-up 3, 6 e 12 meses após a intervenção. Seguidamente, efetua-se a análise estatística dos dados, comparando os resultados do grupo de intervenção com o grupo de comparação e com o grupo da comunidade. Posteriormente, procede-se à redação final do trabalho, que será entregue na instituição.

A importância deste projeto prende-se com o facto da Paralisia Cerebral ser uma incapacidade bastante frequente em Portugal, que acarreta sérias implicações ao nível individual e familiar, requerendo um ajustamento e adaptação de todos os membros da família, no sentido de ultrapassarem positivamente as dificuldades inerentes à perturbação, bem como de promover o seu

bem-estar, físico e psicológico. Por outro lado, verifica-se a falta de estudos, em Portugal e no estrangeiro, que incluam as cinco variáveis equacionadas – Bem-Estar Psicológico, Auto-Eficácia, Esperança, Suporte Social e Paralisia Cerebral, pelo que se pode afirmar que este projeto pretende ser inovador. Tendo em conta que toda a investigação científica é sinónimo de evolução creio que este projeto pode apresentar-se como uma mais-valia para todos os envolvidos.

Os recursos essenciais para a implementação do projeto serão, maioritariamente, suportados por mim, no entanto, serão necessárias algumas condições físicas, tais como, um gabinete para a recolha de dados e uma sala para a intervenção em grupo. O usufruto destas salas estará, obviamente, condicionado à sua disponibilidade, e os horários serão acordados com os restantes profissionais, bem como com os clientes, de forma a ser mais conveniente para ambas as partes.

Para além da elaboração e implementação deste projeto, saliento que estarei disponível para prestar apoio psicológico voluntário aos clientes da/o (nome da instituição).

Considerando que possuo aprovação da FPCEUP, da FCT, bem como do CRPCP, aguardo atentamente uma resposta, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

(Diana Brandão)

Anexo 8

Pedido de autorização ao Conselho Diretivo da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Ex.^a Presidente do Conselho Diretivo da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Diana Andreia Oliveira Brandão, estudante de Doutoramento em Psicologia na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a orientação do Prof. Dr. José Luis Pais-Ribeiro, vem por este meio solicitar a autorização para efetuar uma recolha de dados junto dos estudantes desta instituição.

Esta recolha de dados insere-se no projeto de Doutoramento intitulado “O Bem-estar Psicológico em Indivíduos com Paralisia Cerebral e seus Cuidadores: Contributos da Esperança, Auto-Eficácia e Suporte Social”, cujo objetivo é identificar e relacionar as variáveis psicossociais associadas ao Bem-Estar Psicológico do indivíduo com Paralisia Cerebral e seus cuidadores, e desenvolver um programa de intervenção psicológica para melhorar o Bem-Estar Psicológico de ambos.

A população deste estudo será de 240 sujeitos: 40 indivíduos com Paralisia Cerebral (grupo de intervenção) e respetivos cuidadores (N=40); 40 indivíduos com Paralisia Cerebral (grupo de comparação) e respetivos cuidadores (N=40); e 40 indivíduos sem Paralisia Cerebral (grupo da comunidade) e respetivos cuidadores (N=40). Os elementos da amostra serão selecionados tendo em conta a idade, optando-se por indivíduos com mais de 16 anos; a fala perceptível e a ausência de défices cognitivos severos. Neste sentido, para recolher os dados relativos aos indivíduos sem Paralisia Cerebral recorrerá à população universitária, por questões de acessibilidade. A recolha de dados será efetuada através do preenchimento de questionários, tendo a duração máxima de 30 minutos, para os jovens estudantes. No que se refere aos protocolos dos seus cuidadores, estes serão entregues aos jovens em envelope previamente selado e com a morada, para levarem para casa, preencherem e enviarem pelo correio.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada.

(Diana Brandão)

Anexo 9
Letra da Música

É p'rá amanhã (António Variações)

É p'rá amanhã

Bem podias fazer hoje

Porque amanhã sei que voltas a adiar

E tu bem sabes como o tempo foge

Mas nada fazes para o agarrar

Foi mais um dia e tu nada fizeste

Um dia a mais tu pensas que não faz mal

Vem outro dia e tudo se repete

E vais deixando ficar tudo igual

É p'rá amanhã

Bem podias viver hoje

Porque amanhã quem sabe se vais cá estar

Ai tu bem sabes como a vida foge

Mesmo de quem diz que está p'ra durar

Foi mais um dia e tu nada viveste

Deixas passar os dias sempre iguais

Quando pensares no tempo que perdeste

Então tu queres mas é tarde demais

É p'rá amanhã

Deixa lá, não faças hoje

Porque amanhã tudo se há de arranjar

Ai tu bem sabes que o trabalho foge

Mesmo de quem diz que quer trabalhar

Eu sei que tu andas a procurar

Esse lugar que acerte bem contigo

Do que aparece não consegues gostar

E do que gostas já está preenchido.

Anexo 10

Conhecer-se a si mesmo – Ficha de trabalho

LISTA DE PALAVRAS

	Mãe	Pai	Amigos	Eu
Pessimista				
Cuidadoso				
Fraco				
Confiante				
Amigável				
Obediente				
Descarado				
Pouco Colaborador				
Atrevido				
Enérgico				
Preguiçoso				
Desconfiado				
Valente				
Desobediente				
Feliz				
Aborrecido				
Sincero				
Disponível				
Colaborador				
Inseguro				
Orgulhoso				
Estúpido				
Irrequieto				

Cobarde				
Prestável				
Generoso				
Imaginativo				
Desonesto				
Bom				
Engenhoso				
Agressivo				
Inteligente				
Alegre				
Grosseiro				
Popular				
Forte				
Infeliz				
Cauteloso				
Honesto				
Otimista				
Egoísta				
Impopular				
Educado				
Sensato				
Asseado				
Desmazelado				
Caprichoso				

Anexo 11

Eu no Grupo - Cartões

Quando entro num grupo novo, eu sinto...

Quando um grupo começa, eu...

Quando estou num grupo novo, sinto-me mais à vontade quando...

Quando os outros permanecem em silêncio, eu...

Quando alguém fala o tempo todo, eu...

Tenho vontade de me retirar quando...

Num grupo, sinto mais medo de...

Quando alguém fica magoado, eu...

Fico magoado facilmente, quando...

Sinto-me mais solitário num grupo quando...

Aqueles que realmente me conhecem, acham que eu sou...

Eu confio nas pessoas que...

Sinto-me mais próximo dos outros quando...

As pessoas gostam de mim quando...

A minha maior força é...

Anexo 12

Exploração da Reportagem - Ficha de trabalho

Para cada um dos jovens da reportagem:

a) Identificar objetivos, caminhos e iniciativa.

b) Explorar:

- como foram gerados os objetivos,
- qual a motivação,
- quão realizável e realista era o objetivo,
- como foram percebidos os objetivos,
- qual a disposição e atitude durante o processo,
- como foi iniciado e mantido o movimento para os objetivos,
- os objetivos foram ou não atingidos.

Anexo 13

“A Feira”

Procuero alguém que...

1. Tenha os mesmos gostos musicais que eu.
2. Goste de cozido à portuguesa.
3. Tenha a mão do mesmo tamanho que a minha.
4. Já tenha feito teatro.
5. Saiba andar de patins em linha.
6. Tenha lido um livro que eu adorei.
7. Seja a favor da proibição de fumar em locais públicos.
8. Tenha um irmão de olhos azuis.
9. Nunca tenha copiado nos testes.
10. Seja natural de um local situado a mais de 130km do Porto.
11. Seja benfiquista.
12. Goste de estudar.
13. Pratique um desporto com bola.
14. Me faça uma careta.
15. Saiba a tabuada toda de cor.

Anexo 14

Exploração de Histórias de Esperança - Ficha de trabalho

a) Identificar

Objetivos

Iniciativa

Caminhos

b) Explorar

Como foram percebidos e gerados os objetivos?

Os objetivos eram realistas? Porquê?

Qual era a motivação para concretizar o objetivo?

Como foi iniciado e mantido o percurso para os objetivos?

Qual foi a disposição e atitude durante este percurso?

Anexo 15

Cartões de avaliação da sessão

1. Nesta sessão, o que mais gostei...
2. Nesta sessão descobri que...
3. Nesta sessão, achei que...
4. Penso que seria importante...
5. Nesta sessão, senti que...
6. Fazia falta...
7. Nesta sessão, o que menos gostei...
8. Gostaria de...
9. Nesta sessão, refleti sobre...
10. Esta sessão serviu para...

Anexo 16

Domínios da Vida – Ficha de trabalho

Domínios da Vida	Importância (0-10)	Satisfação (0-10)
Académico/Escolar		
Familiar		
Lazer		
Crescimento Pessoal		
Saúde/Forma física		
Romântico		
Relações Sociais		
Espiritualidade		
Profissional		

Seleciono o domínio: _____

Para aumentar a minha satisfação neste domínio devo:

Neste domínio, o meu objetivo é:

Os principais passos a dar para alcançar o meu objetivo são:

Anexo 17

Banda desenhada *Calvin & Hobbes* - Avaliação da sessão



Banda desenhada do Calvin & Hobbes: “O meu papel é...”

Anexo 18

Os meus objetivos - Ficha de trabalho

Qual é o meu objetivo?

Qual o percurso para o meu objetivo?

Quanto é que acredito que vou conseguir (0-10)?

Quanta energia vou gastar a perseguir o meu objetivo (0-10)?

O que me faz pensar que vou alcançar o meu objetivo?

O que irá atrasar ou impedir-me de alcançar o meu objetivo?

O que irá acontecer se eu mantiver este percurso para o meu objetivo?

O que acontecerá se mudar o meu caminho?

Qual é o meu Plano B (plano alternativo)?

O que diria a um amigo que tivesse definido, para ele próprio, o mesmo objetivo e percurso que eu?

Quais são os três primeiros passos para o meu objetivo?

1.

2.

3.

Neste momento, quanto é que acredito que vou alcançar o meu objetivo (0-10)?

Anexo 19

Banda desenhada *Mafaldinha* - Avaliação da sessão



Banda desenhada da Mafalda: "Programar a minha vida"

Anexo 20
Código Secreto

£ ΦΠ♠χ♦♠Π£ •ΠΨΦ£ * ♣♦Σα♦δ♣*Π ♦ΣΩ♦ ♦δ♠•χ* Ω♦χ ♣♠Π♦♠Ω£ *
Ψχ ΦΠ♦χ♠£ !

α	*	Ψ	♣	Ω	♦	Σ	•	Π	♠	Φ	χ	£	δ
V					E			R					

Letras possíveis:

A	D	E	G	I	M	N	O	P	R	S	T	U	V
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Solução:

O PRIMEIRO GRUPO A DESVENDAR ESTE ENIGMA TEM DIREITO A UM PRÉMIO!

*	♣	♦	♥	♠	χ	δ	£	Φ	Π	Σ	Ω	Ψ	α
A	D	E	G	I	M	N	O	P	R	S	T	U	V

Anexo 21
Livro dos Sucessos

LIVRO DOS SUCESSOS



Vencer a si próprio é a maior das vitórias!

Anexo 22

Cartas de Apresentação

1. Define o teu objetivo, identificando aquilo a que te pretendes candidatar (estágio de formação, experiência de trabalho, trabalho de verão, etc.), que tipo de atividades gostarias de executar e que tipo de empresa/instituição preferirias para o efeito.
2. Seleciona empresas/instituições que correspondam às tuas preferências.
3. Escreve a carta e endereça-a ao empregador que escolheste.

Este tipo de carta deve ser convincente e cobrir os seguintes pontos:

- razões da tua candidatura àquela empresa/instituição em particular (por exemplo, pela sua reputação, imagem, atividades);
- trabalho que gostarias de desempenhar nessa empresa/instituição;
- informações sobre a tua educação/formação, experiência e competências nesse domínio e, ainda, características pessoais que possam interessar ao empregador;
- uma sugestão de reunião ou entrevista.

Anexo 23
Questões das Entrevistas

1. Fale-nos de si.
2. Porque motivo escolheu esta empresa para fazer estágio?
3. Como teve conhecimento da nossa empresa?
4. Que funções pensa vir a desempenhar aqui?
5. O que pensa do tipo de trabalho que desenvolvemos aqui?
6. Porque considera que seria uma mais valia para a nossa empresa?
7. Que tipo experiencia profissional possui?
8. Quais são os seus pontos fortes? E os fracos?
9. Acha que tem o perfil necessário para trabalhar connosco? Porquê?
10. Em termos de vencimento. Quanto pensa auferir neste trabalho?
11. Está disponível para efetuar deslocações, se necessário?
12. Tem uma deficiência física. Em que é que ela o limita no desempenho do seu papel profissional?

Anexo 24
A História do Paulo

Eu sou o Paulo. Sou um jovem de 27 anos e tenho Paralisia Cerebral.

Desde o início deste ano que participo num grupo de intervenção psicológica, no Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do Porto.

Este grupo conta com outros jovens que, como eu, têm Paralisia Cerebral e, também, um sonho: alcançar os seus objetivos de vida!

No início da intervenção foi difícil, pois não conhecia os outros jovens. Agora torna-se difícil terminar o grupo, pois já nos tornamos amigos.

Para finalizar a intervenção da melhor forma, o grupo de jovens com Paralisia Cerebral vai realizar um piquenique.

Palavras-Chave e respetivo comportamento:

- Grupo = dar um abraço a um colega;
- Jovem = trocar de lugar;
- Paralisia Cerebral = dar uma palmadinha nas costas a um colega;
- Intervenção = dar um aperto de mão a um colega;
- Piquenique = bater palmas.

Anexo 25
Balanço Final

1. Como chamarias a esta aventura?
2. Quem eras quando entraste para cá? (Como te sentias?)
3. Quais as expectativas que trazias quando entraste?
4. As atividades que mais me ajudaram na elaboração do meu objetivo...
5. As atividades que menos me ajudaram na elaboração do meu objetivo...
6. Que outros caminhos gostarias de ter percorrido?
7. Como foi andar cá? O que sentiste?
8. Os momentos mais marcantes e significativos da intervenção foram...
9. Considero que a psicóloga foi...
10. O que sentes relativamente ao final do processo de intervenção?
11. Fazendo um balanço final, a intervenção foi...
12. Para que o processo de intervenção corra cada vez melhor sugiro que...
13. Com a intervenção aprendi...
14. Quais foram as principais mudanças que ocorreram em ti durante o processo?
15. Os meus objetivos são...

Anexo 26

Prestações por deficiência e dependência concedidas a crianças e jovens através do regime geral de segurança social (decreto-lei n.º 133-b/97, de 30 de maio)

(Informação consultada em: <http://www2.seg-social.pt>)

Condições gerais de atribuição das prestações

Relativas ao beneficiário:

- Existência de registo de remunerações, em nome do beneficiário, nos 12 meses que precedem o 2.º mês, anterior ao da data de entrega do requerimento, ou da verificação do facto determinante da concessão.

Esta condição não é exigida aos pensionistas. Estão incluídos os titulares de pensões por riscos profissionais com incapacidade permanente, igual ou superior a 50%.

Relativas à criança/jovem:

- Estar a cargo do beneficiário;

- Não exercer atividade profissional abrangida por regime de proteção social obrigatório.

Para efeito da atribuição das prestações, consideram-se a cargo do beneficiário os seguintes familiares, que com ele vivam em comunhão de mesa e habitação:

- Descendentes solteiros;

- Descendentes e ascendentes casados, com rendimentos inferiores ao dobro do valor da pensão social;

- Descendentes e ascendentes viúvos, divorciados ou separados de pessoas e bens com rendimentos inferiores ao valor da pensão social.

Condições especiais de atribuição das prestações

Bonificação do abono de família para crianças e jovens portadores de deficiência

Ao abono de família para crianças e jovens é acrescida uma bonificação, no caso de descendentes de beneficiários, portadores de deficiência, com idade inferior a 24 anos e que se encontrem numa das seguintes situações:

- Frequentem ou estejam internados em estabelecimento especializado de reabilitação ou estejam em condições de frequência ou de internamento;

- Necessitem de apoio individualizado pedagógico e/ou terapêutico específico.

Subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial

Atribuído aos descendentes de beneficiários, portadores de deficiência, com idade inferior a 24 anos, que se encontrem numa das seguintes situações:

- Frequentem estabelecimentos de educação especial, particulares, com ou sem fins lucrativos ou cooperativos, tutelados pelo ministério da educação e que impliquem o pagamento de mensalidade;
- Tenham apoio educativo individual por entidade especializada;
- Necessitem de frequentar estabelecimento particular de ensino regular, após frequência de ensino especial;
- Frequentem creche ou jardim de infância normal, como meio específico de superar a deficiência e de obter, mais rapidamente, a integração social.

Subsídio mensal vitalício

Atribuído aos descendentes de beneficiários, maiores de 24 anos, portadores de deficiência de natureza física, orgânica, sensorial, motora ou mental, que os impossibilite de assegurar a sua subsistência através do exercício de uma atividade profissional.

Subsídio por assistência de 3.^a pessoa

Atribuído aos descendentes de beneficiários que:

- Sejam titulares do abono de família para crianças e jovens, com bonificação por deficiência ou do subsídio mensal vitalício;
- Dependam e tenham efetiva assistência de 3.^a pessoa de, pelo menos, 6 horas diárias, para assegurar as suas necessidades básicas.

Este subsídio não é atribuído nos casos em que a assistência permanente seja prestada em estabelecimentos de saúde ou de apoio social, oficial ou particular sem fins lucrativos, financiados pelo estado ou por outras pessoas coletivas de direito público ou de direito privado e de utilidade pública.

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.