

**ÍNDICE**

**ARTIGOS:**

Afasia: Problemas conceituais e de terminologia . . . . .	5
<b>Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral</b>	
O stress infantil . . . . .	42
<b>Dra. Marilda Novaes Lipp e Ana Silvia P. Fiore Romano</b>	
Outros aspectos criativos em psicoterapia . . . . .	55
<b>Dr. John K. Wood</b>	
Psiquiatria comunitária e epidemiologia . . . . .	69
<b>Cláudio Vital de Lima Ferreira</b>	

**COMUNICAÇÕES:**

A família do farmacodependente . . . . .	83
<b>Prof. Saulo Monte Serrat</b>	
Afinal, o que pode fazer o psicólogo escolar? . . . . .	88
<b>Paulo Rennes M. Ribeiro e Raquel Souza Lobo Guzzo</b>	
Reflexões sobre a relação de supervisão na prática clínica . . . . .	94
<b>Maria das Graças Nascimento</b>	

**RESENHAS:**

Vestígio de espanto. . . . .	99
<b>Ana Cristina César Zamberlan</b>	
O lado feminino da mulher . . . . .	101
<b>Mani Álvares</b>	
Educação especial. . . . .	106
<b>Rita de Cássia Ferramola</b>	
A mulher e o "outro gozo" . . . . .	108
<b>Mani Álvares</b>	
Modificação do comportamento infantil. . . . .	112
<b>Jorge Darini</b>	
A escolarização do Leitor: a didática da destruição da leitura. . . . .	115
<b>Geraldina Porto Witter</b>	

<b>COMUNICAÇÕES BREVES . . . . .</b>	<b>119</b>
<b>NOTÍCIAS UNIVERSITÁRIAS . . . . .</b>	<b>123</b>
<b>INFORMATIVO . . . . .</b>	<b>129</b>

## ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Revista Semestral do Instituto de Psicologia da PUCAMP\*

Diretora: Glória Elisa B. P. Von Buettner

Editora-Executiva: Marilda Novaes Lipp

### Conselho Editorial:

Alice Maria de Carvalho Delitti	(PUC-São Paulo)
Anita Liberalesso Neri	(UNICAMP)
Antonio Têrzi	(PUCAMP)
Cláudio Simon Hutz	(UFRGS)
Geraldine Porto Witter	(PUCAMP)
Harold Lettner	(PUC-RJ)
Jefferson Morris Fish	(St. John's University - N.York)
John K. Wood	(PUCAMP)
Júlia Ferro Bucher	(UnB)
Maria Emília Lino da Silva	(PUCAMP)
Maurício Knobel	(PUCAMP)
Regina Maria L. L. Carvalho	(PUCAMP)
Saulo Monte Serrat	(PUCAMP)
Vera Lúcia A. Raposo do Amaral	(PUCAMP)
Walter Trinca	(USP)

### Conselho Consultivo:

Antonia Maria de Almeida Camargo  
Elizabete Marinelli de Camargo Pacheco  
Luzia Aparecida Martins Yoshida  
Nelson José Nazaré Rocha  
Yara Bittante Oliveira

Capa: João Daniel de Araújo

### Redação:

A/c Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUCAMP  
Rua Benjamim Constant, 1963 – Cambuí  
CEP 13013 – Campinas – SP

“Estudos de Psicologia” tem uma tiragem de 1.500 exemplares. É distribuída gratuitamente às bibliotecas de todas as instituições brasileiras que mantêm Cursos de Psicologia, às bibliotecas ligadas a instituições científicas que nos solicitam e a algumas bibliotecas de Universidades estrangeiras.

(\*) A partir do presente número “Estudos de Psicologia” passa a ser semestral.



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

# estudos de **Psicologia**

# estudos de **Psicologia**

Revista do Instituto de Psicologia da PUCCAMP

VOL. 4	Nº 2	JULHO/DEZEMBRO/1987
--------	------	---------------------

## ÍNDICE

**CLINICA PSICOLOGICA**  
Instituto de Psicologia

### ARTIGOS:

- Afasia: Problemas conceituais e de terminologia ..... 5  
**Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral**
- O stress infantil. .... 42  
**Dra. Marilda Novaes Lipp e Ana Silvia P. Fiore Romano**
- Outros aspectos criativos em psicoterapia. .... 55  
**Dr. John K. Wood**
- Psiquiatria comunitária e epidemiologia. .... 69  
**Cláudio Vital de Lima Ferreira**

### COMUNICAÇÕES:

- A família do farmacodependente ..... 83  
**Prof. Saulo Monte Serrat**
- Afinal, o que pode fazer o psicólogo escolar? ..... 88  
**Paulo Rennes M. Ribeiro e Raquel Souza Lobo Guzzo**
- Reflexões sobre a relação de supervisão na prática clínica ..... 94  
**Maria das Graças Nascimento**

### RESENHAS:

- Vestígio de espanto ..... 99  
**Ana Cristina César Zamberlan**

O lado feminino da mulher . . . . .	101
<b>Mani Álvares</b>	
Educação especial . . . . .	106
<b>Rita de Cássia Ferramola</b>	
A mulher e o "outro gozo" . . . . .	108
<b>Mani Álvares</b>	
Modificação do comportamento infantil . . . . .	112
<b>Jorge Darini</b>	
A escolarização do Leitor: a didática da destruição da leitura. . . . .	115
<b>Geraldina Porto Witter</b>	

### COMUNICAÇÕES BREVES

Resumos das dissertações de Mestrado defendidas no 2º semestre de 1987 no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUCAMP.

Sexualidade Masculina e Atendimento Psicológico na Reabilitação de Pessoas Portadoras de Lesão Medular: Um Estudo Exploratório. . . . .	119
<b>Maria Celina Peixoto Lima</b>	

Estudo do Desenvolvimento Psicosexual e o Fator de Dependência de Adolescentes Toxicômanos em Psicoterapia Analítica . . . . .	120
<b>Heloisa de Souza Camargo Pieri</b>	

Estudo Epidemiológico das doenças Mentais em Amostra Hospitalar no Sul de Santa Catarina. . . . .	121
<b>Cláudio Vital Lima Ferreira</b>	

NOTÍCIAS UNIVERSITÁRIAS . . . . .	123
-----------------------------------	-----

INFORMATIVO . . . . .	129
-----------------------	-----

# AFASIA: PROBLEMAS CONCEITUAIS E DE TERMINOLOGIA

Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral\*

## RESUMO

O presente trabalho visou a descrever tópicos relacionados à afasia, tentando unificar pontos em comum em relação à terminologia, etiologia, diagnóstico e prognóstico das afasias.

Estes temas são considerados, pela autora, como de máxima importância, porque desta conceituação dependerá a direção que será dada ao processo de remediação de linguagem dos distúrbios afásicos.

Poucos trabalhos teóricos escritos em língua portuguesa, têm sido feitos, tendo como objetivo revisões críticas da literatura disponível sobre um determinado tema. Em Psicologia, esta tarefa é particularmente complexa devido à extensão e à complexidade dos assuntos de interesse e, em nosso meio, devido à dificuldade que se visualiza ao realizar-se uma extensiva compilação bibliográfica.

Entretanto, como afirma STAATS, 1987 (In BAKER e col., 1987), trabalhos de revisão de pesquisas e teorias constituem um dos poucos mecanismos que visam a estabelecer um conhecimento unificado em Psicologia.

Em relação ao tópico Afasia, esta tarefa pode parecer, ao pesquisador, de início, quase impossível de ser realizada, dada a complexidade e a variedade de modelos e abordagens utilizadas.

O presente trabalho teve como objetivo descrever tópicos relacionados à afasia, na tentativa de unificar pontos em

---

(\* ) Pós-Graduação em Psicologia - PUCAMP

comum e analisar algumas das mais significativas contribuições em relação à terminologia, conceituação, etiologia, diagnóstico e prognóstico das afasias.

## TERMINOLOGIA E DEFINIÇÃO

Qualquer texto introdutório ao estudo das afasias contém referências à polêmica em torno da terminologia e definição, principalmente por se tratar de fenômeno observado ao longo dos tempos.

De acordo com SIES (1974), a afasia foi descrita, pela primeira vez, por IMHOTEP. Tal descrição foi encontrada no "Papiro Cirúrgico de Edwin Smith", considerado como tendo sido escrito em 3.000 a.C., o qual, em hieróglifos, relata dois casos cujas características são extremamente semelhantes às que hoje são incluídas no quadro nosológico denominado afasia.

ROCHFORD (1869, apud WILLIAMS, 1969), em um breve histórico sobre afasia, escreveu que o Barão Leary, cirurgião de Napoleão Bonaparte, descreveu o caso de um soldado que, após traumatismo craniano, ficou intelectualmente comprometido, não podendo se lembrar de nomes próprios ou substantivos comuns.

O problema da definição, terminologia e claro delimitamento dos limites da afasia tem sido discutidos por diversos pesquisadores (SHUELL, 1966; SCHUELL & JENKINS, 1959, 1961, 1961a; SCHUELL et al., 1961, 1969; GOODGLASS & KAPLAN, 1976; inter alia).

De acordo com SCHIMIDT (in Buck, 1968), os termos afasia e disfasia se referem a distúrbios de linguagem ou de fala nos seus mais altos níveis de integração nervosa. Uma pessoa pode ficar quase sem fala, devido à paralisia da língua e, nem por isso, ser afásica. Por afasia e disfasia entendem-se diferentes graus da mesma desordem (LEFÈVRE, 1971).

Embora disfasia seja um termo mais específico e tecnicamente mais descritivo, afasia tem sido convencionalmente usado e fica implícito que, com ele, não se está fazendo referência a uma completa perda das funções da linguagem.

Apesar de haver concordância quanto à terminologia e utilização do termo afasia, em um sentido genérico, encontram-se na literatura definições diferentes para o mesmo.

Uma clara definição do fenômeno afásico é muito importante, porque o que se faz a respeito da afasia depende do que se pensa que ela seja e de como ela é caracterizada.

Em meados do século XIX, Broca e Wernicke estabeleceram que problemas em certas áreas do cérebro causavam defeitos de linguagem denominados afasia. Na afasia de Broca, lesões em parte do lobo frontal esquerdo geram uma fala hesitante e quebrada, embora compreensível. Na afasia de Wernicke, lesões na parte mais posterior do hemisfério esquerdo resulta em fala fluente, mas sem sentido (GARNHAM, 1985).

SCHUELL e colaboradores, em um período de vinte anos, desenvolveram uma bateria de testes de afasia, analisaram os resultados e demonstraram uma dimensão unitária, ordenada nos déficits de linguagem refletida em todas as suas modalidades: audição, leitura, fala e escrita. Conseqüentemente SCHUELL & JENKINS (1959) definiram afasia como sendo um déficit geral de linguagem que abrange todas as suas modalidades. Tais déficits são caracterizados por distúrbios na capacidade de retenção verbal, redução do vocabulário funcional e distúrbios na percepção e produção de mensagens. Acrescente, também, que a afasia pode vir associada ou ser complicada por outras seqüelas decorrentes do dano cerebral.

DARLEY (1977), em uma visão retrospectiva sobre afasia, relata que SMITH, em 1972, estudando longitudinalmente um grupo de 126 pacientes, também observou que medidas standardizadas das funções da linguagem revelaram distúrbio em todas as quatro modalidades de linguagem, e que a extensão do comprometimento em uma das modalidades é proporcional à extensão do comprometimento em outra modalidade.

Vários autores<sup>1</sup> encontraram dados que concordam com os resultados das investigações anteriormente citadas. Cabe considerar, no entanto, que muitos destes pesquisadores lidaram apenas com pacientes com severos distúrbios de comunicação.



GOODGLASS & KAPLAN (1976) e seus associados estudaram uma população mais vasta e estenderam seu interesse aos pacientes portadores de pequenas lesões, que produziam desordens mais específicas. Desta forma, procuraram definir afasia de uma forma mais ampla, abrangendo nesta definição alguns distúrbios considerados por outros investigadores como sendo separados da afasia, embora relacionados a ela. Demonstraram, também, as características correspondentes aos diferentes tipos de síndromes afásicas — a de BROCA, WERNICKE, afasia anômica, afasia de condução e afasia transcortical.

WEPMAN et alii (1980), em contraposição, consideraram que os distúrbios a que GOODGLASS & KAPLAN denominaram afasia, não podem ser assim considerados. Essa oposição decorre de uma postura mais favorável à aceitação de constructos teóricos, defendida por WEPMAN, uma vez que este autor filia-se, conceitualmente, ao modelo cibernético. Nestas circunstâncias, coerentemente com o enfoque assumido, consideram que os aspectos referidos pelos outros dois autores são distúrbios de linguagem, referentes específicos aos canais de entrada e saída, diferentes da afasia. Esta última foi definida pelo autor como sendo uma desordem integrativa central. Portanto, a afasia é, em sua opinião, antes um problema de integração dos componentes (memória, centro de cálculo, centro de processamento) e dos programas de funcionamento do sistema central. Agnosia auditiva, cegueira para palavras, surdez para palavras, alexia sem agrafia e apraxia da fala são, por exemplo, distúrbios não afásicos da linguagem. Tal diferenciação segundo os autores é extremamente importante, pois disto depende a forma de manipular o problema, com implicações para a terapia. Os autores definiram afasia, também, como distúrbio no processo simbólico da linguagem. Utilizam o modelo de análise fatorial e descrevem afasia como uma falha no processo integrativo "depois que o estímulo está livre de sua modalidade de entrada" (p. 328). O distúrbio da linguagem pode ocorrer em qualquer ponto do processo; na estimulação de estados significativos, no processo semântico de seleção de palavras ou no processo sintático.

Distúrbios nos canais de entrada e saída produzirão, simultaneamente, limitação dos estímulos que atingem o córtex

cerebral e limitações em respostas motoras particulares, assim como empobrecimento no nível perceptual, que afetará o comportamento em sua totalidade.

A realimentação exerce, em sua teoria, papel de grande importância, pois, tanto interna quanto externamente, seu controle é primordial. O paciente afásico, por exemplo, portador da agnosia auditiva, não pode monitorar seu comportamento verbal oral; o indivíduo portador da afasia com comprometimento visual tem grande dificuldade na leitura e escrita. Um banco de memória e suas interconexões com todos os níveis perceptuais e conceituais exercem importante papel em todo o mecanismo da linguagem. Toda afasia pode ser descrita, de alguma forma, como um distúrbio de memória uma vez que é típico da afasia a incapacidade de utilizar construtos verbais anteriormente aprendidos.

Segundo BERRY & EISENSON (1962), um distúrbio afásico se resume basicamente em uma inabilidade para lidar com símbolos; conseqüentemente, todas as funções que envolvem o uso da linguagem, um processo simbólico, estão perturbadas. Estão incluídas aí as funções de leitura, escrita, produção e compreensão de linguagem oral. Em alguns casos, algumas destas funções estão mais comprometidas do que outras; entretanto, na maioria das vezes, todas estas funções encontram-se comprometidas em graus semelhantes. O indivíduo afásico tem dificuldade na linguagem porque perdeu a capacidade de associar experiências com símbolos representativos, como o fazem os indivíduos não afásicos. Ainda, segundo estes autores, afasia não é uma doença em si mesma, mas um sintoma complexo relacionado a distúrbios fisiológicos envolvendo mecanismos cerebrais. O distúrbio de linguagem é apenas um dos sintomas da afasia. Mudanças comportamentais, emocionais, intelectuais e de personalidade se processam e, para que possamos ter um retrato fiel do indivíduo afásico, devemos levar em conta a complexidade de tais sintomas.

CHAPEY, RIGRODSKI & MORRISON (1976) apresentaram uma nova definição de afasia, baseando-se nos componentes divergentes e convergentes do modelo da "estrutura do intelecto" proposto por GUILFORD.

Afasia seria não apenas um distúrbio semântico convergente, mas também teria um componente divergente.

Afasia se refere, então, a uma diminuição da habilidade de prover idéias em situações em que um número grande de idéias sobre determinado assunto se faz necessário. Portanto, o indivíduo portador de um distúrbio semântico divergente teria uma incapacidade para produzir diversas idéias relevantes e uma variedade de formas ou categorias de respostas.

JACKOBSON (1966) analisa afasia como uma desordem que envolve seleção e arranjo. Distúrbios na seleção dos elementos lingüísticos referem-se a uma seleção deficiente ou distúrbios na similaridade. Distúrbios que envolvem a habilidade de arranjar ou combinar elementos lingüísticos dizem respeito a distúrbios de contigüidade.

É importante notar que, em todas as definições, parece haver sempre uma preocupação em reafirmar que afasia é um distúrbio de linguagem e não um distúrbio de fala, querendo com isto significar que os déficits se referem aos processos mais complexos compreendidos no comportamento verbal, e não aos mecanismos periféricos responsáveis pela produção da fala.

De VITO (apud SIES, 1974, p. 3) anota que:

**"Afasia é antes uma patologia da linguagem do que da fala e deve ser claramente distinta dos distúrbios cujas manifestações observáveis possam ser similares, tais como o funcionamento intelectual anormal ou paralisia da musculatura da fala. Afasia, como é considerada aqui, e como é vista pela maior parte dos pesquisadores contemporâneos, envolve distúrbios de linguagem ao que concerne à decodificação, manipulação e/ou codificação dos símbolos, cuja etiologia deve ser encontrada no dano cerebral"**.

Também, há concordância entre a maioria dos autores de que outros sintomas não relacionados à linguagem frequentemente acompanham a afasia. WEPMAN (1951) relacionou trinta e quatro manifestações não lingüísticas que, frequentemente, podem vir associadas à afasia.

São elas: perda da atenção e concentração; perda da memória; associação de idéias reduzida; perda da habilidade de abstração; capacidade de organização empobrecida; julgamento também reduzido; perseveração; constrição de pensamento e in-

teresse; redução da habilidade para generalizar, categorizar, agrupar e planejar ação futura; redução do nível geral de inteligência; redução na habilidade para inibir emoções que perturbam ações do intelecto; inabilidade para tergiversar; retardamento psicomotor; sentimentos de inadequação; egocentrismo; aumento de irritabilidade e fadigabilidade; euforia; rejeição social e isolamento; reduzida habilidade para se ajustar a novas situações; reações catastróficas; redução de iniciativa; desinteresse pelo ambiente, tanto do ponto de vista físico quanto humano; externalização de comportamentos, isto é, falta de introspecção e autocrítica; redução da espontaneidade; perplexidade (desconfiança de sua própria habilidade); verbalização automática; comportamento impulsivo; comportamento regressivo, infantil; inabilidade para corrigir um comportamento que se sabe errado; comportamento psicótico pós-traumático, evidenciando ilusões, alucinações, e comportamentos extravagantes; ansiedade e tensão; convulsões; mudança do perfil de personalidade e hemiplegia.

BERRY (1962) cita e comenta, também, algumas mudanças comportamentais associadas à afasia, fazendo referência a um aumento de egocentrismo; modificação nas atitudes abstratas; perseveração; distúrbios no comportamento emocional; comportamento catastrófico, comprometimento da atenção e da memória; inconsistência nas respostas, além de outros distúrbios.

BUCK, em seu livro *Dysphasia* (1968), relata sua própria experiência como portador deste problema e fornece excelente guia para orientação comportamental da família e do paciente. Ele também faz referência a alguns distúrbios associados, freqüentemente, à afasia tais como: aumento da fadigabilidade, hiper-irritabilidade, confusão, lapsos de memória, dificuldade de reajustamento social e mudanças de caráter.

GOODGLASS & KAPLAN (1963) relatam distúrbios nos gestos e pantomimas que acompanham a afasia e que prejudicam, ainda mais, a comunicação afetiva. BENSON (1973) aponta outras características tais como frustração, atitudes negativas, hostilidade física, depressão, reações catastróficas, habilidade da expressão emocional, falta de respostas emocionais em certos tipos de afasia, etc...

Tais manifestações comportamentais associadas, freqüentemente, à afasia são de grande valor para o clínico, que deverá estar atento a elas, pois destes fatores poderão depender parte dos resultados obtidos no processo terapêutico.

## CLASSIFICAÇÃO

Embora na literatura se encontre uma vasta gama de definições de afasia, sistemas classificatórios têm sido amplamente discutidos e utilizados na prática com relação aos diagnósticos diferenciais. Evidentemente, tais classificações estão relacionadas aos construtos teóricos em que se baseia o pesquisador, incluindo aí as diferentes teorias acerca das funções do cérebro.

A mais simples das classificações da afasia é a que se baseia na dicotomia expressão-recepção. Neste esquema o paciente que tem dificuldade para falar é portador de uma afasia expressiva, e aquele que não pode compreender a linguagem é portador de uma afasia receptiva.

Este tipo de classificação é extremamente insuficiente e nada diz a respeito do fenômeno e das características diferenciais do comportamento verbal do afásico.

BAY (1962) & MARIE (apud BORDAS, 1974) mantêm pontos de vista semelhantes. Segundo eles, existe somente um tipo de afasia pura. O primeiro autor considera a afasia "sensorial" ou de WERNICKE como tal; e o segundo considera a afasia "amnésica" como a única realmente genuína. Entretanto, a grande maioria dos autores não concorda com esta unicidade dos transtornos afásicos.

Na tentativa de revisão dos mais importantes sistemas classificatórios, aqui serão expostos, brevemente, os mais importantes, tanto dentro das escolas européias, quanto das americanas.

SCHUELL (1957) descreve sete grandes categorias de afasia: 1) Afasia Simples — é definida como uma redução da linguagem funcional em todas as modalidades, sem vir acompanhada de nenhum problema perceptual, sensorio motor ou di-

sartria; 2) Afasia com envolvimento visual — é caracterizada pela redução da linguagem funcional em todas as modalidades, acompanhada de redução na discriminação, reconhecimento e memorização de símbolos visuais aprendidos; 3) Afasia moderada — com persistente redução da fluência (ou linguagem disponível) é definida como semelhante à afasia simples, acompanhada de fala lenta e não fluente; 4) Afasia com dados compatíveis a comprometimento cerebral generalizado — é caracterizada por uma redução da linguagem funcional, incluindo envolvimento visual e disartria. O paciente é capaz de comunicar-se voluntariamente, falando ou escrevendo, embora tais comportamentos se achem comprometidos; 5) Afasia com envolvimento sensório-motor — é caracterizada por severo comprometimento da linguagem, em todas as suas modalidades, acompanhada pela dificuldade em discriminar, produzir e seqüenciar os fenômenos; 6) Afasia, com impercepção auditiva intermitente — é caracterizada por severos distúrbios na percepção auditiva, com alguma linguagem funcional mantida; 7) Síndrome afásica irreversível — é caracterizada pela perda, quase que completa, da habilidade de linguagem funcional em todas as suas modalidades.

Posteriormente, SCHUELL & JENKINS (1959) classificaram a afasia de acordo com os padrões de comprometimento, da seguinte forma: 1) GRUPO I — caracterizado pela perda quase total das funções da linguagem; 2) GRUPO II — somente os processo auditivos ficam comprometidos, refletindo na fala, leitura e escrita deficientes; 3) GRUPO III — apresenta as mesmas características do Grupo I, associadas a problemas visuais; 4) GRUPO IV — onde existe envolvimento do processo auditivo e sensório motor; 5) GRUPO V — apresenta comprometimento auditivo, visual e motor que parece estar associado a uma lesão cerebral generalizada.

A maior parte dos sistemas classificatórios do século passado e das primeiras décadas do século XX baseavam-se em esquemas que pressupõem uma dicotomia sensório-motora e as várias formas de afasia eram classificadas de acordo com as localizações anatômicas das lesões no cérebro. Ainda hoje, algumas classificações são feitas apoiando-se nesta concepção.

SCHUELL & JENKINS (1959) relatam que, somente a partir de HENRY HEAD, em 1926, teve início uma tentativa de classificação das afasias, baseando-se nas formas clínicas do

distúrbio, mas ainda associando-se a tipos de lesões localizadas no cérebro. Desta forma, afasia verbal se caracteriza pela perda da fala articulada, com distúrbios de compreensão, resultante de lesão nas circunvoluções pré e pós-central; afasia sintática se caracteriza por jargões, distúrbio no ritmo e memória frasal, resultante de lesão na circunvolução temporal superior; afasia nominal se caracteriza na incapacidade para nomear e compreender o sentido das palavras, resultante de lesão na região do girus angular; e afasia semântica se caracteriza pelo distúrbio de compreensão do significado de palavras e frases como um todo, resultante de lesão no girus supra-marginal.

BROWN (1972) classifica as afasias da seguinte forma: 1) anomia, na qual o paciente apresenta dificuldade para nomear objetos assim como de apontar objetos nomeados por si mesmo; 2) afasia semântica, na qual o paciente não consegue reconhecer a significação plena dos vocábulos e frases, acompanhada de inabilidade para formular claramente uma concepção geral; 3) afasia de WERNICKE, cujo comprometimento maior se encontra na esfera sensorial da linguagem; 4) afasia de condução, na qual o paciente não pode repetir o vocábulo mesmo que seja anunciado em sua totalidade; 5) afasia de BROCA, cujo comprometimento maior se encontra na esfera motora da linguagem; e 6) Surdez para palavras, noção esta amplamente discutida.

BORDAS (1974) fez uma ampla revisão dos sistemas classificatórios clássicos, propostos por ALAJOUANINE (1956); LURIA (1958); HÉCAEN & ANGELERGUES (1965), entre outros. Apenas são considerados aqui algumas destas classificações, cujos autores são, em geral, filiados às correntes européias, cujas tendências se apóiam ou em modelos médicos ou em modelos lingüísticos.

ALAJOUANINE (1956) deixa claro que sua classificação é a mesma usada por PIERRE MARIE, a qual não se refere a nenhuma consideração patogênica. Esta é a sua forma de classificação: 1) Afasia de WERNICKE, que é caracterizada por transtornos na compreensão verbal, expressão verbal, na leitura e escrita. É, formalmente, a afasia sensorial; 2) afasia de BROCA, que é caracterizada por transtornos articulatórios associados à dificuldade na leitura e escrita; 3) anartria e agnosia

visual e auditiva, que são alterações isoladas nos polos expressivos e receptivos da linguagem.

LURIA (1958) classifica as afasias em: 1) afasia sensorial, onde haveria uma desintegração da audição fonemática, resultante de lesão nas partes superiores do lobo temporal esquerdo; 2) afasia acústica — amnésica, que se refere à retenção defeituosa de registros audio-lingüísticos estáveis, resultantes de lesão nas partes médias do lobo temporal esquerdo; 3) afasia motora aferente ou cinestésica que se caracteriza por transtornos nos "articulemas", que são unidades fundamentais da linguagem motora, resultantes de lesões nas partes inferiores do córtex retrorrolândico esquerdo; 4) afasia motora eferente ou cinética é caracterizada por distúrbios articulatorios, resultantes de lesões na área de BROCA; 5) afasia semântica, na qual está comprometida a estrutura semântica, resultante de lesão no córtex parieto-temporo-occipital esquerdo; e 6) afasia dinâmica, que se caracteriza pela perda da linguagem espontânea, resultante de lesão na área frontal do hemisfério esquerdo.

HÉCAEN & ANGELERGUES (1965) tentaram uma integração da visão lingüística com as doutrinas clássicas da afa-siologia e propuseram uma classificação neurolingüística: 1) Afasia de expressão; 2) Afasia de BROCA; 3) Afasia de recepção ou de WERNICKE; 4) Afasia amnésica; 5) Desorganização do código escrito.

JONES et alii (1963) propõem um sistema de classificação psicolingüístico, onde descrevem três grandes categorias; 1) afasia semântica, que é a perda ou redução do vocabulário disponível, e simplificação na utilização das categorias gramaticais; 2) afasia sintática, que é caracterizada por uma redução na estrutura sintática; 3) afasia pragmática, que é caracterizada pela ausência de mensagens interpretáveis coerente e prontamente.

GOODGLASS & KAPLAN (1976) definem as grandes síndromes afásicas, relacionando-as a classificações feitas anteriormente por diferentes autores: 1) Afasia de BROCA (HEAD — Afasia Verbal; LURIA — Afasia Motora Eferente; WEISENBURG & McBRIDE — Afasia Expressiva); suas características essenciais são: problemas articulatorios, vocabulário restrito, restrição gramatical, relativa preservação de compreensão auditiva; 2) Afasia de WERNICKE (HEAD — Afasia Sintáti-



ca; LURIA – Afasia Acústica; WEISENBURG & McBRIDE – Afasia Receptiva), distúrbio na compreensão auditiva com transposição de sons e/ou substituição de palavras, dificuldade em encontrar palavras, com comprometimento severo, também, na leitura e na escrita; 3) Anomia (HEAD – Afasia Nominal; WEPMAN – Afasia Semântica), dificuldade em encontrar palavras no contexto da fala fluente; 4) Afasia de Condução (LURIA – Afasia Motora Aferente), aqui a capacidade de repetição é desproporcionalmente afetada em relação ao nível de fluência, com compreensão auditiva quase normal; 5) Afasia Sensorial Transcortical é caracterizada por preservação e repetição semelhante às características da afasia de WERNICKE severa; 6) Afasia Transcortical Motora (LURIA – Afasia Dinâmica) ausência da fala espontânea.

No Brasil, temos a classificação descrita por LEFÈVRE (1971) que relata quatro tipos de afasia: 1) Afasia expressiva; 2) Afasia receptiva; 3) Afasia amnésica; e 4) Afasia mista.

Estas são, em suma, algumas das mais importantes classificações de afasia. Analisando todos esses sistemas classificatórios cabe ressaltar que, sob nosso ponto de vista a forma proposta por SCHUELL (1957); SCHUELL & JENKINS, (1959); SCHUELL et alii (1964) parece ser a mais adequada, uma vez que se refere sempre à descrição de comportamentos abertos ou observáveis, e não propõe uma classificação baseada em danos cerebrais localizados ou difusos. Sua forma de classificar o fenômeno permite uma manipulação e análise experimental dos dados, uma vez que não se refere a construtos hipotéticos.

Entretanto é discutível a própria necessidade de sistemas classificatórios tão complexos, caso tenhamos em vista o processo terapêutico e não o estudo do caso para fins didáticos ou acadêmicos.

## MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE

Em analogia aos dois enfoques no estudo do comportamento verbal sugerido por WITTER (1974) pode-se considerar

que, também, em relação ao estudo do comportamento verbal afásico poder-se-iam distinguir dois polos opostos. Em um extremo estariam colocados os pesquisadores que estudam tal problema do ponto de vista predominantemente behaviorista ou operacional, não estando preocupados com as funções neurais ou, pelo menos, com a localização correlacional, considerando mesmo que este problema é da alçada de outras ciências ou de estudos interdisciplinares. No outro extremo, estariam os pesquisadores que procuram localizar precisamente as funções de linguagem, em áreas cerebrais circunscritas. Neste caso, tais pesquisadores tentariam descrever as perdas funcionais como um dano específico em área determinada do cérebro.

SIES (1974) apresenta um interessante histórico bibliográfico dos grandes autores pioneiros da teoria da localização das funções cerebrais, assim como dos maiores autores não localizacionistas. Como escreve o autor, foi HENRY HEAD (1861-1940) o primeiro a afirmar que a linguagem deve ser descrita somente em termos de comportamento lingüístico e não em termos anatômicos, e que os sintomas afásicos podem diferir sem estarem relacionados ao lugar específico da lesão.

BAY (1962) acredita que o "caos" existente sobre certos temas relativos à afasia na literatura científica se deve principalmente a dois motivos: a confusão é devida, parcialmente, a teorias antecipatórias; também ao fato de que a atividade de linguagem "danificada" na afasia é uma realização altamente complexa. Por teorias antecipatórias quer-se significar que os dados ficam sujeitos a explicações pré-concebidas, sendo distorcidos para adaptá-los a "teorias clássicas". As questões são respondidas de acordo com a forma como são colocadas. Os erros aumentam quando a evolução dos fatos empíricos é feita de acordo com as teorias preconceituosas. Essa "miopia de hipótese" (BACHARACH, 1969) pode ser evitada usando-se métodos adequados de investigação e evitando-se ter um amplo corpo teórico subjacente à pesquisa.

Para JACKSON (1878, apud SIDMAN et alii, 1971) a fonte de confusão reside na mistura de conceitos psicológicos, fisiológicos e/ou anatômicos e à falta de uma crítica adequada.

Entretanto, grande impulso em relação à metodologia sobre afasia foi dado por WEISENBURG e McBRIDE, em 1935

(apud SIES, 1974). Tais autores utilizaram, pela primeira vez, um grupo de controle e outro de indivíduos normais; compararam o desempenho de sujeitos afásicos com não afásicos; e usaram técnicas estandardizadas de exame.

Posteriormente, inúmeras pesquisas utilizaram a mesma metodologia. Entre elas cabe citar os trabalhos de SPREEN & VACHAL (1973), que analisaram a linguagem de cinquenta adultos afásicos e compararam com cinquenta adultos normais. Procedimentos foram desenvolvidos para registrar, transcrever e codificar as amostras de linguagem em relação à medida da diversificação léxica, complexidade morfológica, o uso de classes e formas gramaticais, complexidade generativo – sintática, comprimento da sentença, produção anormal e paralinguagem (pausas, gestos). Nesta mesma abordagem, recentemente, CAPLAN, BACKER, DEHAUT (1985) estudaram os determinantes sintáticos na compreensão de sentenças nas afasias. Também GRAMIGNA (1980) utilizou-se de uma abordagem lingüística no estudo das afasias.

Também SCHUELL et alii, (1969) estudaram, em uma abordagem lingüística os déficits de linguagem afásica, usando protocolos de dois sujeitos afásicos, contendo trezentas vocalizações eliciadas ao instruir os sujeitos a lerem palavras e usá-las em sentenças, e comparando tais vocalizações às de doze sujeitos não afásicos sob as dimensões da sintaxe e semântica. Foram SCHUELL (1953, 1953a, 1954, 1957); novamente SCHUELL & JENKINS (1961, 1961a); SCHUELL et alii (1961, 1964, 1969) e WEPMAN et alii (1960); FILLENBAUM et alii (1961); JONES et alii (1963); os pioneiros nos Estados Unidos a estudarem a afasia como um comportamento lingüístico e a utilizarem técnicas psicolingüísticas para o estudo das desordens afásicas. JAKOBSON (1968 apud SIES, 1974) proveu, no entanto, durante anos, um número razoável de hipóteses lingüísticas sobre o tema que tem suscitado considerável trabalho experimental.

WEPMAN et alii (1960) & JONES et alii (1963) estabeleceram duas linhas de investigação de grande importância. A primeira, que explorava a relação estímulo-resposta, na afasia, de acordo com as modalidades de entrada (visual, auditiva) e saída (verbal e gráfica). A segunda lidava com a análise psicolin-

güística de saída verbal do adulto afásico em resposta a uma situação específica como, por exemplo, respostas diante das pranchas do T.A.T. (Thematic Apperception Test). Nessa fase foram selecionados um grupo de sujeitos afásicos e outro de não afásicos e, analisada estatisticamente, a fala normal livre, transcrita, de ambos os grupos, a fim de ser determinada a relativa incidência de certos elementos de linguagem que poderiam ser definidos em termos lingüísticos. Dessa forma, os defeitos encontrados na linguagem dos sujeitos afásicos foram caracterizados em termos dos desvios de distribuição do esperado para sujeitos normais.

Foi caracterizada também a linguagem de pacientes com defeitos menos severos.

De acordo com os autores, estas linhas de pesquisa têm importantes implicações: 1) deve ser definido e desenvolvido um instrumento e uma metodologia de pesquisa a fim de que se possam estudar todas as formas de distúrbio da linguagem, quer ele seja orgânico quer psicogênico; 2) deve ser estabelecido um início de entendimento em relação ao comportamento lingüístico normal, através de um conhecimento maior e definição mais refinada da organização do processo da linguagem; 3) deve ser estabelecido um método para categorizar a linguagem afásica baseada na fala residual assim como nas áreas cerebrais danificadas<sup>2</sup>; 4) o estudo da fala residual do adulto afásico mais o estudo das relações estímulo-resposta da linguagem residual ou perturbada ajudarão a prover informações relativas aos distúrbios afásicos específicos.

VANTREEN (1975) descreveu algumas das mais significativas abordagens para a avaliação lingüística de linguagem afásica. Para o autor, há alguma confusão quando pesquisadores de diferentes áreas (neurologistas, lingüistas, psicólogos, entre outros) tentam incorporar em suas próprias teorias, teorias de outras disciplinas. Por exemplo, quando os neurologistas buscam os "centros de linguagem", a teoria gramatical na qual baseiam suas idéias é muito simples. Os modelos lingüísticos de linguagem são mais complexos. É, portanto, muito difícil combinar dois ou mais modelos, por exemplo, um modelo neurológico a um lingüístico até que as abordagens lingüísticas tenham sido satisfatoriamente estudadas, em separado. Dentro dos estudos

lingüísticos existem inúmeras teorias sobre a linguagem afásica, mas, devido à complexidade do tema, não receberão aqui maiores considerações<sup>3</sup>.

SIDMAN et alii (1971); SIDMAN (1971); & LEICESTER et alii (1971) têm tentado fazer uma análise comportamental compreensível da afasia, com grandes implicações teórico-práticas.

Tais autores desenvolveram métodos de testagem e análise dos déficits comportamentais na afasia derivados de análise funcional das relações estímulo-resposta ou do controle do estímulo sobre o comportamento. Tais déficits foram classificados como uma ruptura das relações de controle entre estímulo e resposta.

Para SIDMAN (1971, pp. 413) uma vez que lesões no sistema nervoso central não constituem operações empíricas nas quais as diferentes disciplinas possam basear suas teorias, "o efeito de tais lesões provê um teste independente de formulações teóricas". Coloca, desta forma, que, no que concerne à afasia, duas formulações teóricas devem ser consideradas: primeira, a definição da linguagem em si mesma; segunda, os métodos de exame e classificação dos déficits lingüísticos. Para o autor o primeiro problema tem sido um obstáculo desnecessário, porque, necessariamente, não precisamos ter bem definido o termo linguagem para que possamos estudar o fenômeno da afasia e, também, porque tais definições têm influenciado a forma pela qual se examina o comportamento afásico, e determinado as observações que devem ser feitas ou aceitas. O fenômeno afasia deve ser classificado empiricamente, sem que tais observações sejam viesadas por preconceitos sobre o que a linguagem "realmente" é. Conseqüentemente, os dados seriam disponíveis para qualquer teoria.

Prosseguindo, SIDMAN (1971) observou muito bem que qualquer pessoa que tenha feito uma revisão da literatura sobre afasia defronta-se com inevitável frustração ao visualizar a situação confusa em relação ao problema metodológico. Muitos afasiologistas acharam relevante descrever condições de testagem, materiais, procedimentos e mesmo o comportamento de seus pacientes, classificaram as desordens como "expressiva" ou "receptiva", sem nenhuma especificação sobre a tarefa atual e

sobre as respostas requeridas ao sujeito afásico e assim por diante. A situação não mudou ao longo dos últimos anos em quase nada.

SIDMAN (1971) e SIDMAN et alii (1971) propuseram uma análise de segmentos do comportamento verbal em termos das relações estímulo-resposta através, principalmente, de dois conceitos comportamentais básicos: reforçamento e controle de estímulos. Um dos mais poderosos princípios empíricos é o de que conseqüências controlam o comportamento. Um determinado comportamento tem probabilidade de tornar a ocorrer se produzir conseqüências reforçadoras (como, por exemplo, alimento). Ao contrário, se um comportamento consistentemente não produz nenhum reforçamento, a tendência é vê-lo declinar de freqüência. GESCHWIND (1965, apud SIDMAN et alii (1971), observou alguns distúrbios em animais com lesões as quais destruíam a relação de controle entre o estímulo e o reforço, mas, relatou, também, que tal tipo de perda é menos comum no homem. SIDMAN et alii (1971) discutem esses dados, notando que isso pode ser devido ao fato de que os reforçadores generalizados têm maior força no controle do comportamento humano do que no comportamento dos outros seres infra-humanos. "Se uma lesão destrói uma relação entre um comportamento e um reforçador particular, os reforçadores generalizados poderão permanecer efetivos e os comportamentos podem manter-se sem perturbações" (SIDMAN et alii, 1971, pp. 120).

É de se notar, no entanto, que uma resposta usualmente produz reforçamento somente quando um estímulo particular estiver presente. Essa tríplice contingência de comportamento tem, para SIDMAN (1971), SIDMAN et alii (1971) e LEICESTER et alii (1971), importância primordial tanto no exame do paciente afásico, na sua reeducação, quanto na própria análise dos déficits comportamentais. Para distinguir se o déficit reside no controle de estímulo ou na quebra da relação resposta-reforçamento, o examinador deve demonstrar se o reforçamento que está usando ainda mantém a sua eficácia. Para o autor os déficits decorrentes do controle de estímulo devem ser classificados separadamente dos causados pela perda das relações resposta-reforçamento.

Uma outra dimensão crítica das relações estímulo-resposta está no fato de que um único estímulo controla muitas

respostas, e que uma única resposta é controlada por diversos estímulos. As relações nas quais participam determinados estímulos e respostas podem não estar inteiramente danificadas, na afasia. Por exemplo, uma determinada lesão pode manter intactas as conexões S-R que permitem o paciente ler uma palavra e outras podem estar danificadas e o paciente não é capaz de entender o seu significado.

“Diferentes estímulos, respostas e relações estímulo-resposta podem ser afetados por diferentes variáveis, e de forma quantitativamente diferente pelas mesmas variáveis. A fim de se clarificarem os fatores responsáveis por tal variabilidade, testes devem ser feitos onde se mantenham tais variáveis constantes, mantenham a constância do estímulo, enquanto variam as respostas requeridas do paciente, e mantenham a constância da resposta, enquanto se varia o estímulo” (SIDMAN et alii 1971, pp. 120).

SIDMAN (1971), SIDMAN et alii (1971) & LEICESTER et alii (1971) fizeram descrições detalhadas das execuções intactas e deficientes de pacientes isolados, portadores de diferentes tipos de afasia, utilizando a metodologia proposta acima, a fim de demonstrar a eficiência e produtividade deste método de pesquisa. Arranjaram, portanto, situações nas quais as diferentes relações e manipulações estímulo-resposta fossem passíveis de serem analisadas.

Fizeram uma distinção entre tarefas de igualdade e não-igualdade, utilizando diferentes respostas, modalidades de estímulos e materiais-estímulo. O exame isolado desses dois tipos de tarefas possibilitou a classificação dos déficits em déficits de entrada, de saída e categorias relacionais e, cada um destes, em outros tipos específicos. Os dados demonstraram que a testagem constante do paciente afásico pode revelar mudanças na classificação dos déficits que poderiam passar despercebidos se uma única testagem fosse feita.

Naturalmente, esse dado tem implicações para a reeducação, uma vez que a testagem sistemática do paciente afásico permite ao terapeuta reestruturar a programação do restabelecimento de desempenho verbal funcional do paciente.

## ETIOLOGIA

A etiologia das afasias é um dos poucos tópicos sobre o assunto onde se pode encontrar boa concordância entre os autores. Os sintomas deste tipo de problema de linguagem encontram suas causas em lesões cerebrais, devido a acidentes vasculares cerebrais, tumores, malformações artério-venosas, etc. (CARTER, HOHENEGGER, SATZ, 1982).

Entretanto, há grande polêmica em relação ao problema da função e organização cerebrais, isto é, parece haver discordância quanto à forma pela qual o cérebro é responsável pelas funções da linguagem e, conseqüentemente, pelos problemas derivados.

Dois pontos de vista, diametralmente opostos, são encontrados, na literatura, em relação à possibilidade de localização das funções cerebrais. Um refere-se à crença de que as funções da linguagem têm localizações anatômicas correspondentes precisas no cérebro; e a outra que acredita ser a localização precisa de funções impossível e inadequada para descrever as operações do Sistema Nervoso Central<sup>4</sup>.

Outro problema levantado, na literatura, em relação ao tema, é o da dominância cerebral e sua relação com os déficits afásicos.

BROWN & HÉCAEN (1976) acreditam que o problema da dominância cerebral deve ser estudado tendo em vista dois elementos: a lateralização, que se refere à especificação inter-hemisférica da linguagem; e a localização, que diz respeito à especificação intra-hemisférica da linguagem. Para eles, cada tipo de afasia é determinado pelo grau de dominância cerebral (lateralidade e localização) existente no momento em que houve o dano cerebral.

Os autores tentam mostrar a evidência de tais conceitos através da comparação da afasia em pacientes canhotos e dextros, portadores de déficits análogos, utilizando dados de estudos anteriores e comparando-os a um estudo onde utilizaram trinta e nove afásicos dextros.

BROWN & JAFFE (1975) hipotetizam que a dominância cerebral é um processo contínuo que evolui com a idade.



Procuram demonstrar evidências clínicas de que aos cinco anos de idade a afasia é comum após uma lesão no hemisfério cerebral esquerdo e rara após lesão no hemisfério direito. Isto sugere que a lateralização da linguagem é eminentemente à esquerda. A progressiva lateralização da linguagem deve ter, também, uma especificação contínua, dentro de uma vasta zona no hemisfério esquerdo do cérebro, responsável pela linguagem.

A noção de dominância cerebral deve ser entendida como: dominância para qual função, qual idade e sob quais condições de testagem? Os autores argumentam que o hemisfério direito é dominante durante o período pré-lingüístico e que presumivelmente as habilidades do hemisfério esquerdo são progressivamente colocadas em ação, com o desenvolvimento da linguagem. Essas hipóteses têm as seguintes conseqüências testáveis (BROWN & JAFFE, 1975, pp. 109): 1) há um aumento do efeito ouvido-direito na audição dicótica com a idade, e conseqüentemente um desvio conjugado, mais consistente, dos olhos, para a direita, sob estimulação verbal; 2) a probabilidade clínica do aparecimento de afasia expressiva *versus* jargafasia<sup>5</sup>, assim como a probabilidade das formas intermediárias, deve ter uma forte correlação com a idade; 3) que a incidência de afasia cruzada<sup>6</sup> em pacientes dextros é correlacionada inversamente com a idade; e 4) que a correlação da síndrome afásica (grau de fluência) com a região anatômica (ou localização da lesão no cérebro) deve se tornar mais predizível com a idade<sup>7</sup>.

As discussões sobre a lateralização, aprendizagem da linguagem e idade são amplamente encontradas na literatura<sup>7</sup> e muitas teorias também são levantadas a respeito, as quais não serão apreciadas aqui, devido à complexidade do tema e a sua irrelevância no contexto do presente estudo.

Por outro lado, BOLLER (1973) apresenta o caso de um paciente de setenta e quatro anos de idade, dextro, no qual através de uma autópsia, ficou constatado uma completa destruição da área de WERNICKE, sem ter tido nenhum sintoma afásico. Parece que tal caso, encontrado acidentalmente, como o autor relata, não foi devidamente estudado, uma vez que, só após sua morte, foi detectada a lesão, e, portanto, nenhum estudo sistemático do paciente foi feito. O autor argumenta que a melhor explicação para tal caso é a de que o paciente, embora

dextro, tenha os centros da linguagem localizados no hemisfério direito.

Também, WERTZ et alii (1977) relataram, um caso de remoção cirúrgica de malformação arteriovenosa no hemisfério cerebral esquerdo, em um paciente adulto (trinta e um anos), canhoto, sem dano subsequente nem de fala, nem de linguagem. Testes foram feitos indicando dominância da linguagem localizada no hemisfério direito. Os autores especulam que a natureza da malformação artério-venosa do hemisfério esquerdo pode ditar uma dominância da linguagem à direita. A natureza congênita da malformação pode ser suficiente para promover uma migração da dominância da linguagem de seu habitat típico no hemisfério esquerdo para o hemisfério direito.

Tais hipóteses, entretanto, são de cunho extremamente teórico com pouca possibilidade de manipulações empíricas.

A crença de que as afasias são resultados de lesão no hemisfério esquerdo do cérebro, não importando se o paciente seja canhoto ou dextro, tem sido cada vez mais adotada por fonoaudiólogos, neurologistas e psicólogos. Este ponto de vista está em desacordo com as velhas concepções de que o hemisfério cerebral, que controla a função simbólica da linguagem, é o hemisfério esquerdo para pessoas dexas e o hemisfério direito para pessoas canhistras.

HUMPHREY & ZANGWILL (apud BERRY & EISENSON, 1962) estudaram um grupo de dez pacientes, na Segunda Grande Guerra Mundial, portadores de danos cerebrais unilaterais, canhotos, todos com inteligência normal. Cinco dos pacientes tinham lesão no hemisfério direito e cinco pacientes lesão no hemisfério esquerdo. Encontraram que todos os pacientes com lesão no hemisfério esquerdo e quatro pacientes no hemisfério direito eram portadores de afasia. Entretanto, os casos com lesão no hemisfério esquerdo apresentaram envolvimento mais severos do que os portadores de lesão no hemisfério direito. Mas a complexidade das variáveis, tais como amplitude e profundidade da lesão e desempenho lingüístico anterior, torna difícil qualquer conclusão.

Outro aspecto do tema, amplamente discutido na literatura, refere-se ao grau de recuperação comportamental pos-

sível de ser obtido após o dano cerebral, tendo em vista a natureza da célula nervosa e toda a organização do S.N.C.

LeVERE (1975) discute a hipótese de que a recuperação comportamental, seguida à lesão cerebral não seja dependente da reorganização funcional do tecido neural, mas seja, antes de tudo, resultado de uma operação contínua do mecanismo neural lesado.

MEYER, 1961 (In EYSENK, 1961), após exaustiva revisão da literatura, identificou três grandes tendências teóricas a respeito das funções do cérebro e sua organização: 1) o associacionismo ou teoria anatômica; 2) a teoria de campo ou teoria da equipotencialidade; e 3) teoria da equivalência funcional ou teoria da Equipotencialidade Regional. Na primeira posição estão colocados todos os autores cujas concepções se referem a uma localização estrita das funções no cérebro. Em todas estas discussões a respeito das funções cerebrais e localização estão incluídos, também, os estudos sobre a percepção, embora seja a linguagem o maior foco de atenção. Entretanto, muitos autores<sup>8</sup> concordam que as funções sensoriais e perceptuais exercem importante função no comportamento verbal.

Foi FRANS JOSEPH GALL, em 1813, o primeiro autor a colocar o ponto de vista de que as funções mentais superiores eram estritamente localizadas. Posteriormente, BROCA identificou a Terceira Circunvolução Frontal como sendo o "centro da fala". Vários autores tentaram comprovação empírica de tais hipóteses, utilizando estimulação elétrica em animais e observando suas respostas. Tais dados, entretanto, tiveram sua validade enfraquecida devido a problemas metodológicos ligados ao próprio uso da estimulação elétrica, ora devido à instabilidade no nível de respostas obtidas, ora na impossibilidade de localizar precisamente qual área estava sendo estimulada, podendo-se ainda lembrar as limitações e distorções do próprio instrumental utilizado.

Entretanto, em um estudo feito por CONRAD (1954), utilizando duzentos e dezesseis sujeitos, a hipótese da localização estrita foi bastante criticada. Neste estudo, o autor demonstrou que lesões, embora localizadas na mesma área, podem produzir tipos diversos de afasia.

Na segunda posição encontram-se os teóricos que acreditam ser regiões ou campos responsáveis pelas funções cerebrais. Tais teóricos foram extremamente influenciados pelos psicólogos gestaltistas entre eles, KAFFKA e KÖHLER.

GARRET (1951) apresenta explanação sobre os estudos de FRANZ e LASHLEY sobre o papel do cérebro na aprendizagem, onde tais autores procuram demonstrar, através de experimentos utilizando ratos e macacos, a importância da reconstituição da função, ou seja, do papel vicariante das estruturas cerebrais. O próprio LASHLEY usou o termo "equipotencialidade" para designar a capacidade que possui uma parte intacta do cérebro de tomar para si as funções perdidas devido a lesões em outras áreas, e portanto a impossibilidade de se localizar precisamente as funções do cérebro.

Apesar dos esforços de LASHLEY e outros, tal teoria não possui uma consistência empírica desejável, necessitando uma retomada mais conclusiva.

A terceira posição refere-se à teoria de equipotencialidade regional e poderia ser considerada intermediária entre as duas posições anteriormente citadas. Argumenta-se aqui por uma forma limitada de localização, isto é, existem áreas ou regiões, mais ou menos circunscritas, responsáveis por determinadas funções no cérebro, mas não locais determinados estritamente. Também, a tal argumento falta uma comprovação empírica, embora estudos utilizando animais tenham sido feitos a fim de ser tentada tal comprovação. Tal posição, por sua natureza intermediária, livre dos extremos em que se colocam os teóricos da primeira e segunda posição, é vista com maior simpatia e interesse pelos modernos neurologistas, psicólogos e outros profissionais interessados neste campo.

Tais especulações teóricas trazem antes maior polêmica que propriamente uma contribuição efetiva aos estudos das afasias. Para o profissional que trabalha com afasia, uma contribuição efetivamente funcional diz respeito a uma análise comportamental do déficit afásico. Isto significa dizer que se deve ter maior preocupação com o quanto o indivíduo afásico perdeu de seu repertório lingüístico e o que ele deve conseqüentemente readquirir.

## DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO

O diagnóstico da afasia está relacionado com o problema de classificação. Como já aqui se fez referência, existem inúmeras formas de classificação, elaboradas por diversos autores, que se baseiam, para tanto, em suas concepções teóricas e/ou em suas observações clínicas. Os autores procuram pesquisar dados que fazem a diferença entre um e outro paciente. Procuram reconhecer alguns padrões de comprometimento que são mais comuns ou que ocorrem mais raramente. Procuram desenvolver critérios que coloquem um determinado paciente dentro de uma classificação e que o excluam de outra.

Um sistema de classificação é apenas uma forma particular de classificação e deve ser especialmente útil para nos dizer como devemos lidar com tal evento ou processo. Portanto, não há nada absolutamente certo em uma forma de classificar um fenômeno, mas existem sim formas úteis de classificá-los (SCHUELL, 1965).

Um método eficiente de diagnóstico diferencial, em particular ao que se refere ao paciente afásico, deve responder essencialmente a duas questões:

1) Quais os aspectos de linguagem que estão comprometidos? (desde que se assume a condição de que o que é essencialmente observável na afasia é um comprometimento de linguagem, em todas as suas modalidades).

2) Qual o prognóstico para a recuperação?

Ao se tentar elucidar quais aspectos da linguagem estão comprometidos na afasia procura-se, evidentemente, observar quais aspectos da linguagem do afásico diferem dos não afásicos.

Em geral, tais diferenças são pesquisadas em quatro modalidades de linguagem: a linguagem oral, a leitura, a escrita e a compreensão da linguagem oral. Entretanto, não se pode fazer esta divisão, a não ser para efeito didático, porque, em afasia, a redução da linguagem não é específica em uma ou outra modalidade, mas afeta globalmente a forma na qual o sujeito usa a linguagem.

SCHUELL (1957); SCHUELL & JENKINS (1961); SCHUELL et alii (1964, 1969) através de inúmeras pesquisas e estudando um número bastante grande de pacientes afásicos, com vários graus de comprometimento, reconhecem uma dimensão unitária nos distúrbios e apontam os seguintes sintomas como sendo os mais característicos da afasia: redução do vocabulário disponível, confusões semânticas, redução da capacidade de retenção verbal, distúrbios de nomeação, dificuldade de discriminação visual e auditiva, com conseqüente comprometimento da leitura e escrita.

Com referência à redução do vocabulário disponível, o paciente afásico perde a familiaridade com certas palavras e algumas lhe parecem vagas ou sem significado. Não pode lembrar-se, prontamente, do que deseja falar ou escrever. A redução do vocabulário disponível pode ser leve ou severa, dependendo da severidade do distúrbio afásico (SCHUELL & JENKINS, 1961).

Outra característica dos distúrbios afásicos é a confusão semântica. RINNERT & WHITAKER (1973) fazem uma interessante classificação das confusões semânticas mais comuns entre os pacientes afásicos e mostram que há uma tendência para confundir palavras relacionadas quanto ao significado e experiência.

Os autores fazem uma comparação entre confusões semânticas feitas por pacientes afásicos e associações livres de palavras feitas por sujeitos normais, concluindo que o tipo de dados obtidos são particularmente similares.

Isso significa dizer que as confusões semânticas feitas pelos pacientes afásicos possuem uma regra e não são feitas ao acaso.

Com relação à capacidade de retenção verbal, o que é claramente observável, quando se dá ao paciente uma tarefa de repetir dígitos, é uma redução desta habilidade, afetando conseqüentemente a capacidade do indivíduo afásico em seguir instruções.

Alguns pacientes afásicos têm dificuldade em se expressar através de três ou mais palavras, porque esquecem sobre o que estavam falando, ou o que gostariam de falar. Ao tentar lembrar sobre o que estavam falando, podem perder totalmente

a condição de retornar à idéia inicial. Podem também não entender o que lêem, apesar de compreenderem as palavras, não são capazes de se lembrar do que leram nas sentenças ou parágrafos anteriores (SCHUELL et alii (1961)).

Outra característica muito comum entre os pacientes portadores de afasia é o déficit de nomear objetos. SPREEN et alii (1966) estudaram vinte e dois pacientes que foram diagnosticados como portadores de afasia amnésica. Foram dadas inúmeras tarefas de nomeação e verificou-se uma dificuldade de nomear tanto visualmente como taticilmente, isto é, quando se dava ao paciente uma tarefa de nomear uma figura, ou quando se dava nas mãos do paciente um objeto para que o nomeasse.

Na literatura americana encontram-se vários instrumentos de avaliação do repertório comportamental do paciente afásico, o que tem permitido um consenso relativamente comum na classificação da afasia.

Entretanto vale ressaltar que um instrumento de avaliação eficaz deve ser suficientemente sensível para indicar mais do que níveis ou graus de execução, mas deve ser capaz de revelar as dimensões da dificuldade que está se propondo avaliar. Como tal, deve nos fornecer uma descrição da dificuldade do afásico e, desta forma, prover um guia para o tratamento. Portanto, um bom instrumento de medida deve ser ao mesmo tempo descritivo e preditivo (SCHUELL, 1965).

GOODGLASS & KAPLAN (1976) enumeram alguns dos mais importantes e significativos instrumentos de diagnóstico e classificação de afasia.

Primeiramente, e por ordem cronológica, pode-se citar o "Examining for Aphasia" elaborado por EISENSON em 1954; seguido pelo "Language Modalities Test for Aphasia" de autoria de WEPMAN & JONES, elaborado em 1961; e o mais recente e mais amplamente utilizado nos trabalhos experimentais e clínicos, o "Differential Diagnosis of Aphasia with the Minnesota Test" de autoria de HILDRED SCHUELL (1965). Também os próprios GOODGLASS & KAPLAN (1976) desenvolveram um instrumento de avaliação que denominaram "The Boston Diagnostic Aphasia Test". Este instrumento foi desenvolvido em um centro onde a reabilitação de afásicos é

parte de uma abordagem multidisciplinar, entre o estudo dos correlatos neuropatológicos das diversas formas de afasia e a análise psicolingüística da linguagem do afásico.

Outro instrumento não mencionado por GOODGLASS & KAPLAN (1976) é o "The Porch Index of Communicative Ability" (PICA) elaborado por PORCH (1967). Tal instrumento vinha sendo utilizado como um sistema multidimensional que corrige as falhas de outros testes de afasia. O autor argumenta ser possível, através deste instrumento, especificar detalhes das respostas e indicar a natureza delas, detectar e descrever pequenas mudanças nas respostas dos pacientes e indicar o nível de habilidade de comunicação do paciente e eliminação da subjetividade e erros apresentados nos testes descritivos. Recentemente MARTIN (1977) contestou a validade de tal teste, discutindo que ele não realiza o que diz e que o sistema multidimensional, tal como aplicado no PICA, é inválido.

SCHUELL (1957) nos oferece o "Short Examination for Aphasia", baseado em testes selecionados das pesquisas feitas para a confecção do "The Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia" que foi elaborado através dos resultados obtidos durante sete anos de investigação sistemática e exploração da afasia. Na composição deste instrumento, foram considerados apenas os testes que tiveram alto valor diagnóstico e prognóstico.

AMARAL (1980) traduziu e adaptou para a língua portuguesa o instrumento acima citado, utilizando-o em seu trabalho de pesquisa de reestabelecimento do repertório verbal funcional de um adulto com afasia.

Associado ao problema do diagnóstico, encontram-se, na literatura pertinente, os estudos relacionados ao prognóstico. Muitos fatores influenciam a recuperação da afasia.

KEENAN & BRASSEL (1974) classificam tais fatores fisiológicos, situacionais, psicológicos e lingüísticos. Em diferentes combinações, todos são importantes ao se estimar o potencial de comunicação do paciente.

SCHMIDT (In BUCK, 1968) sumariza que o prognóstico da afasia depende de fatores físicos, psicológicos e sociais. Os fatores físicos se referem à localização e extensão da lesão;



grau de "cicatrização" que possa ocorrer; grau de dominância cerebral do paciente. Quanto a este último fator, parece haver evidências de que indivíduos com dominância lateral à esquerda ou ambidextros são menos prejudicados do que os que possuem dominância lateral direita (SMITH, 1971). Outro fator se refere à idade do paciente. VIGNOLO (1964) relata que pacientes mais jovens têm melhor e mais rápida recuperação do que pacientes mais velhos.

Entre os fatores situacionais mencionados por KEENAN & BRASSELL (1974) encontra-se o tempo decorrido entre o início da afasia e o começo da reeducação. É consenso entre os autores que estudam a afasia que a recuperação espontânea se dá nos três primeiros meses após o trauma. (VIGNOLO, 1964; SARNO & LEVITA, 1971).

Outro fator situacional se refere ao grau de instrução do paciente antes da lesão. SMITH (1971) relata que o sujeito com maior grau de educação tende a se beneficiar mais da terapia. Um terceiro fator situacional refere-se à forma com que a família e o meio no qual o paciente vive reagem ao seu problema, facilitando ou impedindo sua readaptação às atividades profissionais e sociais anteriores.

Os fatores lingüísticos dizem respeito ao nível inicial do distúrbio de linguagem pelo paciente. Pacientes com afasia severa tendem a se recuperar mais lentamente. Também apresentam maiores dificuldades aqueles pacientes cuja afasia vem acompanhada por outros envoltimentos, como, por exemplo, anatria (VIGNOLO, 1964). SCHUELL et alii (1955), entre outros, apontam, também, como um indicador de bom prognóstico, a capacidade que o paciente demonstra para corrigir e reconhecer os seus próprios erros.

JENKINS et alii (1973) estudaram o teste formulado por SCHUELL (1965), "The Minnesota Test for the Differential Diagnosis of Aphasia", aplicando-o em uma amostra de cento e oitenta sujeitos afásicos e forneceram a classificação relacionada ao prognóstico:

a) afasia simples — o prognóstico é de excelente recuperação de todas as habilidades;

b) afasia com envolvimento visual — o prognóstico é de excelente recuperação da linguagem como no caso da afasia

simples. A leitura e a escrita recuperam-se mais lentamente do que a fala. A velocidade de execução tende a ser retardada, e ocasionais erros de inconsistência visual tendem a persistir;

c) afasia moderada com disfluência persistente. O prognóstico é de excelente recuperação da linguagem, como no caso da afasia simples. Automaticidade e fluência não são readquiridas;

d) afasia com dados dispersos compatíveis com dano cerebral generalizado. O prognóstico é limitado pela situação neurofisiológica;

e) afasia com envolvimento sensoriomotor. O prognóstico é de uma recuperação limitada das habilidades de linguagem; também a leitura e a escrita permanecem limitadas;

f) afasia com impercepção auditiva intermitente. O prognóstico é de uma recuperação limitada mas funcional;

g) síndrome afásica irreversível. O prognóstico é de que a compreensão auditiva pode melhorar funcionalmente, e as respostas reativas aumentam, mas a linguagem não é recuperada.

KEENAN & BRASSELL (1974) apresentaram o registro de trinta e nove pacientes afásicos, a fim de identificar e correlacionar os dados do exame inicial do paciente com o progresso obtido. Três variáveis não lingüísticas (idade, saúde geral e regularidade no emprego) e variáveis de linguagem (nível de educação, nível de linguagem oral, leitura, escrita, fala motora e estimulação da fala) foram estudadas. Os resultados sugeriram que um alto nível de precisão no prognóstico pode ser obtido, através da aplicação destas técnicas simples de observação do nível de desempenho de linguagem dos pacientes.

Os dados relacionados aos fatores responsáveis pelo prognóstico da afasia são, na literatura, ora conflitivos, ora insuficientes. Este quadro leva à dificuldade de se avaliar o valor e peso de cada um desses fatores.

Entretanto, ao se arrolarem tais fatores na tentativa de sistematização, muita luz sobre o problema é lançada e demonstra que uma linha de pesquisa sobre o tema é bem-vinda e frutuosa.

## CONCLUSÃO

A revisão da literatura realizada pela autora indica inúmeros pontos de acordo e desacordo no que se diz respeito à terminologia, conceituação, etiologia, diagnóstico e prognóstico das afasias, principalmente por se tratar de um fenômeno complexo, e de área interdisciplinar onde pesquisadores de diferentes campos (lingüística, neurologia, fonoaudiologia, psicologia, entre outros) e de diferentes modelos teóricos (cibernéticos, behavioristas, e cognitivistas, entre outros) se interessam, pesquisam e debatem.

Vale a pena ressaltar que estes tópicos são de máxima importância porque do que se pensa que seja afasia depende a direção que será dada à intervenção terapêutica no processo de reabilitação do sujeito afásico.

## ABSTRACT

*This work aims to describe topics related to aphasia trying to unify common aspects concerned to aphasia's terminology, theoretical formulations, etiology, assessment and prognosis.*

*This subjects are considered, by the author, of the utmost importance since from this theoretical formulations will depend the direction given to the process of language remediation of aphasic disabilities.*

## BIBLIOGRAFIA

- ALAJOUANINE, T. — Verbal realization in aphasia, *Brain*, 79: 1-28, 1956.
- AMARAL, V. L. A. R. — Reestabelecimento do Repertório Funcional: estudo longitudinal de um adulto com afasia.

- Tese de Mestrado defendida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1980.
- BACHARACH, A. J. — **Introdução à Pesquisa Psicológica**. São Paulo, Herder, 1959.
- BAKER, W. J.; HYLAND, M. E.; VAN RAPPARD, H.; STAATS, A. W. — (Eds.) **Current Issues in Theoretical Psychology**. North-Holland: Elsevier Science Publishers, 1987.
- BAY, E. — Aphasia and non-verbal disorders of language. **Brain**, 85: 411-426, 1962.
- BENSON, D. E. — Psychiatric aspects of aphasia, **Brit. J. Psych.**, 123(576): 555-556, 1973.
- BERRY, M. F.; EISENSON, J. — **Speech disorders: principles and practices of therapy**. London, Peter Owen Ltd., 1962.
- BOLLER, F. — Destruction of Wernicke's area without language disturbance. **Neuropsychologia**, 11: 243-246, 1973.
- BORDAS, L. B. — **Afásias, Apraxias, Agnosias**. Barcelona, Ediciones Toray S/A, 1974.
- BROWN, J. W. — **Aphasia, apraxia and agnosia: Clinical and Theoretical Aspects**. Illinois, Charles C. Thomas Publisher, 1972.
- BROWN, J. W. & HÉCAEN, H. — Lateralization and language representation. **Neurology**, 26(2): 183-190, 1976.
- BROWN, J. W.; JAFFE, J. — Hypothesis on cerebral dominance. **Neuropsychologia**, 13(1): 107-110, 1975.
- BUCK, M. — **Dysphasia. Professional Guidance for Family and Patient**. New Hersey, Prentice Hall Inc., 1968.
- CARTER, R. L.; HOHENEGGER, M. K.; SATZ, P. — Aphasia and Speech Organization in Children. **Science**. 1982, 218(19): 797-799.
- CAPLAN, D.; BAKER, C.; DEHAUT, F. — Syntactic determinants of sentence comprehension in aphasia. **Cognition**, 1985, 21(2): 117-175.
- CHAPEY, R.; RIGRODSKI, S. & MORRISON, E. B. — Divergent Semantic Behavior in Aphasia. **J. Speech & Hearing Research**, 19(4): 664-677, 1976.

- CHOMSKY, N. — A Linguagem e a Mente. In: *Novas Perspectivas Lingüísticas*. Petrópolis Vozes, 1970.
- CHOMSKY, N. — *Linguagem e Pensamento*. Petrópolis, Vozes, 1971.
- CHOMSKY, N. — *Lingüística Cartesiana* Petrópolis, São Paulo, Vozes, Ed. USP, 1972.
- CONRAD, K. — New Problem of Aphasia, *Brain*, **77**: 491-509, 1954.
- DARLEY, F. L. — A retrospective View: Aphasia. *J. Speech Hear. Disorders*, **42**(2): 161-169, 1977.
- DORLAND'S ILLUSTRATED MEDICAL DICTIONARY — Philadelphia, W. B. Saunders, 1974.
- DUFFY, R. J. & ULRICH, S. R. — A comparison of Impairments in verbal comprehension, Speech, Reading and Writing in Adult Aphasics. *J. Speech Hear. Disorders*, **41**(1): 110-119, 1976.
- EISENSON, J. — *Examining for Aphasia*. New York, The Psychological Corporation, 1954.
- FILLENBAUM, S.; JONES, L. V. & WEPMAN, J. M. — Some linguistic features of speech from aphasic patiente. *Language and Speech*, **4**: 91-112, 1961.
- GARNHAM, A. — *Psycholinguistics: Central Topics*. New York: Methuen, 1985.
- GARRET, H. E. — *Great experiments in Psychology*. New York, Appleton-Century Crofts Inc., 1951.
- GESCHWIND, N. — Disconnexion syndromes in animals and man: Part. II. *Brain*, **88**: 585-644, 1985.
- GESCHWIND, N. — Aphasia: Current Concepts. *The New England Journal of Medicine*, **12**: 654-656, 1971.
- GRAMIGNA, S.— *Ensayo de Aproximacion Linguistica al Estudio de las Afasias*. *Revista de Psicologia General y Aplicada*, 1980, **35**(5): 325-336.
- GREEN, E.; BOLLER, F. — Features of auditory comprehension in severely impaired aphasics. *Cortex*, **10**(2): 133-145, 1974.

- GODFREY, C. M. & DOUGLAS, E. — The recovery process in aphasia. *Canad. Med. Ass. J.*, **80**: 618-624, 1959.
- GOODGLASS, H. & KAPLAN, E. F. — Disturbance of gesture and pantomime in aphasia. *Brain*, **86**: 703-720, 1963.
- GOODGLASS, H. & KAPLAN, E. — The Assessment of aphasia and related disorders. Philadelphia, Lea & Febiger, 1976.
- HÉCAEN, H. & ANGELERGUES, R. — *Pathologie du langage*. Paris, Larouse, 1965.
- JACKSON, J. H. — On affections of speech from disease of the brain. *Brain*, **1**: 304-330, 1878.
- JAKOBSON, R. — *Child language, aphasia and phonological universals*. Mouton, The Hague, 1968.
- JAKOBSON, R. — Linguistic Types of Aphasia. In: E. C. CARTERETTE (org.) — *Brain Function*, vol. III. California, University of California Press, 1966.
- JENKINS, J. J.; JIMÉNEZ-PABÓN, E.; SHAW, R. E. & SEFER, J. W. — Schuell's Aphasia in Adults. In: H. SCHUELL — *Differential Diagnosis of Aphasia with the Minnesota Test*, revised by Joyce W. Sefer, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1973.
- JONES, L. V.; GOODMAN, M. F. & WEPMAN, J. M. — The classification of parts of speech for the characterization of aphasia. *Language and Speech*, **6**: 94-108, 1963.
- LEFÈVRE, A. B. — Distúrbios Clínicos da Comunicação através de Fala, Escrita e Leitura. In: A. P. M. TOLOSA e H. M. CANELAS — *Propedêutica Neurológica*, São Paulo, Ed. Sarvier, 1971.
- LEICESTER, J.; SIDMAN, M.; STODDARD, L. T. & MOHR, J. P. — The nature of aphasic responses. *Neuropsychologia*, **9**: 141-155, 1971.
- LeVERE, T. E. — Neural Stability, Sparing and Behavioral Recovery following brain-damage. *Psychological Review*, **82**(5): 344-358, 1975.
- LURIA, A. R. — Brain disorders and language analysis. *Lang Speech*, **1**: 14-34, 1958.

- MARTIN, A. D. — Aphasia Testing: A Second Look at the Porch Index of Communicative Ability. *J. Speech Hear. Disorders*, 42(4): 547-562, 1977.
- MENYUK, P. — *The Aquisition and Development of Language*. Englewood Cliffs, Prentice Hall Inc., 1971.
- MEYER, V. — Psychological effects of brain damage. In: J. J. EYSENCK (ed.) — *Handbook of abnormal psychology: an experimental approach*. New York, Basic Books, 1961.
- MORGAN, C. T. — *Psicologia Fisiológica*. Trad. Alcides G. dottí. São Paulo, EPU, Ed. da USP, 1973.
- KEENAN, J. S. & BRASSELL, E. G. — A study of factors related to prognosis for individual aphasic patients. *J. Speech Hear. Disor.*, 39(3): 257-269, 1974.
- PORCH, B. — *Porch Index of Communicative Ability*. Palo Alto: Consulting Psychologist, 1967.
- RINNERT, C. & WHITAKER, H. A. — Semantic confusions by aphasic patients. *Cortex*, 9(1): 56-81, 1973.
- ROSENBERG, B. — The performance of aphasics on automated visuo-perceptual discrimination, training and transfer tasks. *J. Speech Hearing Res.*, 8: 165-181, 1965.
- ROSENBERG, B. & EDWARDS, A. E. — An automated multiple response alternative training program for use with aphasics. *J. Speech Hearing Res.*, 8: 415-419, 1965.
- SARNO, M. T. & LEVITA, E. — Natural Course of Recovery in severe aphasia. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 52: 175-178, 1971.
- SCHMIDT, R. P. — Neurological Dysfunctions, In: M. BUCK *Dysphasia: Professional Guidance for Family and Patient*. New Jersey, Prentice-Hall Ind., 1968.
- SCHUELL, H. M. — Aphasic difficulties understanding spoken language. *Neurology*, 3: 176-184, 1953.
- SCHUELL, H. M. — Auditory impairment in aphasia: Significance and retraining techniques. *J. Speech Dis.*, 18: 14-21, 1953a.
- SCHUELL, H. M. — Clinical observations on aphasia. *Neurology*, 4: 179-189, 1954.

- SCHUELL, H. M. — A short examination for aphasia. *Neurology*, 7: 625-635, 1957.
- SCHUELL, H. M. — **Differential Diagnosis of Aphasia with the Minnesota Test.** Revised by Joyce W. Sefer, Minneapolis. University of Minnesota Press, 1965.
- SCHUELL, H. M. — A re-evaluation of the short examination for aphasia. *J. Speech Hear. Disorders*, 31: 137-147, 1966.
- SCHUELL, H. M.; CARROLL, V. & STREET, B. G. — Clinical treatment of aphasia. *J. Speech Hear. Dis.*, 20: 43-53, 1955.
- SCHUELL, H. M. & JENKINS, J. J. — The nature of language deficit in aphasia. *Psychol. Rev.*, 66(1): 45-67, 1959.
- SCHUELL, H. M. & JENKINS, J. J. — Reduction of Vocabulary in aphasia. *Brain*, 84: 243-261, 1961.
- SCHUELL, H. M. & JENKINS, J. J. — Comment on "Dimensions of language performance in aphasia". *J. Speech Hear Res.*, 4: 295-299, 1961a.
- SCHUELL, H. M.; JENKINS, J. J. & JIMÉNEZ-PABLON, E. — **Aphasia in adults: diagnosis, prognosis and therapy.** New York, Hoeber, 1964.
- SCHUELL, H. M.; JENKINS, J. J. & LANDIS, L. — Relationship between auditory comprehension and word frequency in aphasia. *J. Speech Hear Res.*, 4: 30-36, 1961.
- SCHUELL, H. M.; SHAW, R.; BREWER, W. — A Psycholinguistic Approach to Study of the Language Deficit in Aphasia. *J. Speech Hear. Res.*, 12(4): 794-806, 1969.
- SIDMAN, M. — The behavioral analysis of aphasia. *J. Psych. Res.*, 8(3-4): 413-422, 1971.
- SIDMAN, M.; STODDARD, L. T.; MOHR, J. P. & LEICESTER, J. — Behavioral studies of aphasia: Methods of investigation and analysis. *Neuropsychologia*, 9: 119-140, 1971.
- SIES, L. F. — **Aphasia Theory and Therapy: Selected Lectures and Papers of Hildred Schuell.** New York, MacMillan Press Ltd., 1974.
- SMITH, A. — Objective Indices of Severity of Chronic aphasia in stroke patients. *J. Speech Hear. Dis.*, 36(2): 167-207, 1971.



- SPREEN, O.; BENTON, A. L. & VAN ALLEN, M. W. — Dissociation of visual and tactile naming in amnesic aphasia. *Neurology*, 16(8): 807-814, 1966.
- SPREEN, O.; WACHAL, R. S. — Psycholinguistic analysis of aphasic language: Theoretical formulations and procedures. *Language and Speech*, 16(2): 130-146, 1973.
- STAATS, A. W. — Unified Positivism. Philosophy for uninomic psychology. In: W. J. BAKER e col. (eds) — **Current Issues in Theoretical Psychology**. North-Holland. Elsevier Science Publishers, 1987.
- TALLAL, P. & PIERCY, M. — Developmental aphasia: Impaired rate of non-verbal processing as a function of sensory modality. *Neuropsychologia*, 11: 389-398, 1973.
- VANTREEN, J. — Current Approaches to the linguist assessment of aphasic speech. *The British Journal of Disorders of Communication*, 10(2): 134-141, 1975.
- VIGNOLO, L. A. — Evolution of aphasia and language rehabilitation. *Cortex*, 1: 344-367, 1964.
- WEISENBURG, T. & McBRIDE, K. — **Aphasia, a clinical and psychological study**. New York, Commonwealth Fund., 1935.
- WEPMAN, J. — **Recovery from aphasia**. New York, Ronald Press, 1951.
- WEPMAN, J. M. — Aphasia Therapy: A new look. *J. Speech Hear. Disord.*, 37(2): 203-214, 1972.
- WEPMAN, J. M.; JONES, L. V.; BOCK, R. D. & VAN PELT, D. — Studies in aphasia: background and theoretical formulations. *Journal of Speech Hearing Disorders*, 25(4): 324-332, 1960.
- WEPMAN, J. M. & JONES, L. V. — **The Language Modalities Test for Aphasia**. Chicago, The Industrial Relations Center, University of Chicago, 1961.
- WERTZ, R. T.; MESSERT, B.; COLLINS, M.; ROSENBERK, J. C. & KAO, C. C. — Right-Hemisphere language deminance in a case of Left-Hemisphere Arteriovenous malformation. *J. Speech Hearing Disord.*, 42(1): 106-112, 1977.

WILLIAMS, M. — **Brain Damage and The Mind**. London, Penguin Education, 1969.

WITTER, G. P. — **Comportamento Verbal**. In: G. P. WITTER, E. M. R. BONAMIGO e M. C. MANZOLLI — **Condicionamento Verbal, Pesquisa e Ensino**. São Paulo, Alfa-Omega, 1974.

#### NOTAS:

(1) Veja-se: WEPMAN (1951, 1972); PORCH (1967) & DUFFY E ULRICH (1976).

(2) Isso teria o mérito de desenvolver uma abordagem positiva para a compreensão do paciente afásico, baseada na sua habilidade de linguagem residual, e não nos termos limitados de uma caracterização nosológica, ainda vastamente utilizada.

(3) Veja sobre o assunto JACKOBSON (1966); CHOMSKY (1970, 1971, 1972); GESCHWIND (1971) e GOODGLASS & KAPLAN (1976).

(4) Uma detalhada revisão desta controvérsia e das discussões geradas pode ser encontrada no livro de MORGAN (1973) **Psicologia Fisiológica**.

(5) De acordo com BORDAS (1974, pp. 31) as jargafasias implicam "na perda da qualidade essencial das formulações verbais, do sujeito, consistente em seu valor de comunicação. A significação se perde".

No **Dorland's Illustrated Medical Dictionary** (1974, p. 807) jargafasia é definida como um defeito de linguagem no qual muitas palavras transformam-se em uma só, como, por exemplo: "Como vai você?" passa a "Comicê".

(6) Afasia cruzada diz respeito à afasia causada por uma lesão no hemisfério direito do cérebro, em pacientes dextros.

(7) Uma revisão sobre o tema é feita por MENYUK, (1971).

(8) Veja-se LURIA (1958); SCHUELL & JENKINS (1959, 1961); ROSENBERG & EDWARDS (1965); TALLAL & PIERCY (1973); GREEN E BOLLER (1974).

# O STRESS INFANTIL

Marilda Novaes Lipp\*  
Ana Silvia F. Romano \*\*

## RESUMO

Este trabalho apresenta o conceito de stress em crianças e adolescentes. É feita uma revisão dos sintomas e da etiologia do fenômeno, dividindo as causas em internas e externas. É sugerido que alguns medidores podem ser de auxílio na prevenção do stress infantil e recomendações são feitas quanto a como elaborar um plano de controle do stress em crianças.

Stress é a denominação dada a um conjunto de reações que o organismo emite quando é exposto a qualquer estímulo que o excite, irrite, amedronte ou o faça muito feliz. Esse conjunto de reações, de acordo com Everly e Rosenfeld (1981), contém elementos psicológicos e físicos, que promovem rápidas e profundas modificações químicas no corpo e resultam em uma quebra acentuada da homeostase interna do organismo. Em muitas situações, reações físicas refletem reações psicológicas (Luborsky et alii, 1973), mas nenhuma reação provoca a união tão completa entre fatores emocionais e fisiológicos como a que se chama de "resposta de stress" (Lipp, 1984).

Todos, independente do sexo, idade, ou raça, estão sujeitos às reações do stress já que essas têm na realidade, como função básica, a preservação da vida. Quando o ser humano se depara com um estressor, como, por exemplo, um perigo em potencial, seu cérebro, através do hipotálamo, ativa o sistema nervoso simpático e a glândula pituitária, imediatamente,

---

(\*) Pós-Graduação em Psicologia - PUCCAMP.

(\*\*) Mestranda - Instituto de Psicologia - PUCCAMP.

aciona a liberação de adrenalina por parte das glândulas supra-renais. Concomitantemente, a estimulação do hipotálamo produz uma série de reações emocionais. Como consequência do aumento do nível de adrenalina no corpo o coração é estimulado, os músculos ficam tensos e o organismo entra em estado de alerta para se proteger do perigo percebido. Neste momento as atividades vegetativas controladas pelo sistema nervoso parassimpático são inibidas. A pessoa fica, então, psicológica e bioquimicamente, preparada para o que Cannon, em 1932, identificou como uma reação de "luta ou fuga" que visa à preservação da vida. Selye (1927) designou essa reação de "fase do alarme" (ou alerta) do stress. Todos experimentam a fase do alerta freqüentemente. Se a pessoa consegue lidar com o estressor, eliminando-o ou aprendendo a lidar com ele, o organismo volta à sua situação básica de homeostase interna. Se, no entanto, tal não acontece, o stress pode se tornar excessivo e evoluir para as outras duas fases do stress identificadas por Selye (1927): a da resistência (ou intermediária) e a de exaustão (ou esgotamento). Nesta última fase, de acordo com Mechanic (1974), as consequências podem ser drásticas; tais como enfarte, úlceras, hipertensão arterial e problemas dermatológicos.

## O STRESS INFANTIL

O stress na criança se assemelha ao do adulto em inúmeros aspectos e, como no adulto, o stress excessivo pode gerar consequências muito sérias. A literatura no campo do stress infantil é extremamente escassa (Robertson, 1958; Spielberger, 1979; Elkind, 1982) razão pela qual torna-se necessário abordar o assunto em mais detalhes. Primeiramente é importante identificar como o stress se manifesta na criança.

Os sintomas do stress podem ocorrer no campo psicológico ou físico ou em ambos. Alguns, tais como: pesadelos, medos, choro excessivo e dores abdominais, são facilmente identificáveis; enquanto que há outros não tão claros, tais como sentimento de alienação e introversão súbita. Quadros I e II enumeram alguns dos sintomas cognitivos e somáticos do

stress infantil e o Quadro III apresenta um teste usado pelas autoras para avaliarem o stress em crianças.

### QUADRO I

#### Reações ao stress infantil: Possíveis efeitos psicológicos

- ansiedade
- terror noturno
- pesadelos
- dificuldades interpessoais
- introversão súbita
- desânimo
- insegurança
- agressividade
- choro excessivo
- depressão

### QUADRO II





#### Reações ao stress infantil: Algumas das possíveis sensações físicas experimentadas















- dores de barriga
- diarreia
- tiques nervosos
- dores de cabeça
- náusea
- hiperatividade
- enurese noturna
- gagueira
- tensão muscular
- ranger de dentes

### QUADRO III

#### Inventário de Sintomas de stress infantil

A seguir se encontra uma lista de 14 sintomas que as crianças às vezes experimentam quando têm stress. Preencha os

desenhos abaixo indicando a frequência com a qual você sente o que é descrito. Se nunca sente, deixe em branco. Se sente raramente, preencha só uma parte; assim . Se sente às vezes, preencha 2 partes, assim . Se sente com frequência, preencha 3 partes ; e se sente isto sempre, preencha o desenho todo. 

- 1) Meu coração bate depressa. 
- 2) Tenho dor de barriga. 
- 3) Não consigo ficar parado e quieto num mesmo lugar por muito tempo. 
- 4) Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama a noite. 
- 5) Minhas mãos ficam suadas. 
- 6) Quando fico nervoso gaguejo. 
- 7) Tenho tique nervoso. 
- 8) Tenho medo. 
- 9) Tenho vontade de chorar. 
- 10) Fico preocupado com coisas ruins que podem acontecer. 
- 11) Tenho dificuldade de prestar atenção. 
- 12) Eu me sinto triste. 
- 13) Sou tímido. 
- 14) Eu me sinto assustado na hora de dormir. 

**SOMÁTICOS**

itens

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_

**COGNITIVOS**

itens

8 \_\_\_\_\_

9 \_\_\_\_\_

10 \_\_\_\_\_

11 \_\_\_\_\_

12 \_\_\_\_\_

13 \_\_\_\_\_

14 \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ao lado dos números dos itens, escreva o número da resposta da criança no teste. Calcule os totais e veja a que categoria a criança pertence. Dependendo da categoria em que a criança se enquadra, são feitas as seguintes recomendações:

**Nota alta em Cognitivos – Baixo em Somáticos**

Incentivar a criança a jogos e atividades que exijam concentração assim como: quebra-cabeça, video-game, banco imobiliário. Se a criança já foi alfabetizada, incentivar a leitura; para as crianças não alfabetizadas os pais devem ler histórias para elas. Levar a criança ao cinema, teatro ou mesmo fazer com que ela assista a alguns programas na TV.

**Baixa em Cognitivos – Alta em Somáticos**

Incentivar a criança para atividades físicas como: natação, andar de bicicleta, jogar bola, pular corda, judô para meninos e ballet para meninas, ginásticas olímpicas, etc.

**Igual em ambos**

Incentivar atividades que exijam alguma concentração e esforço físico como: pingue-pongue, tênis, futebol, volei, etc.

**QUADRO IV**  
**Fontes Externas (David Elkind 1982)**  
**Escala de Reajustamento Social**

Morte de um dos pais .....	100
Divórcio dos pais .....	73
Separação dos pais .....	65
Um dos pais viaja por razões de emprego .....	63
Morte de parente próximo .....	63
Doença ou ferimento pessoal .....	53
Um dos pais volta a casar-se .....	50
Um dos pais é despedido do emprego .....	47
Os pais se reconciliam .....	45
A mãe vai trabalhar fora .....	45
Mudança na saúde de um membro da família .....	44
A mãe fica grávida .....	40
Dificuldades na escola .....	39
Nascimento de um irmão .....	39
Reajustamento escolar (novo mestre ou classe) .....	39
Mudanças nas condições financeiras da família .....	38
Ferimento ou doença de um amigo íntimo .....	37
Começa (ou muda) uma nova atividade extracurricular (lições de música, escotismo, etc.) .....	36
Mudança no número de brigas com os irmãos .....	35
Ameaça de violência na escola .....	31
Furto de coisas pessoais .....	30
Mudanças de responsabilidade em casa .....	29
Irmão ou irmã mais velha deixa o lar .....	29
Aborrecimento com os avós .....	29
Realização pessoal extraordinária .....	28
Mudança para outra cidade .....	26
Ganha ou perde um bichinho doméstico .....	25
Mudanças de hábitos pessoais .....	24
Problema com o mestre .....	24
Mudança no horário da babá ou da creche .....	20
Mudança para uma nova casa .....	20
Mudança para uma nova escola .....	20
Mudanças nos hábitos de brincar .....	19
Férias com a família .....	19



Mudanças de amigos . . . . .	18
Frequente colônias de férias . . . . .	17
Mudanças de hábitos de dormir . . . . .	16
Mudanças no número de reuniões de família . . . . .	15
Mudanças nos hábitos de comer . . . . .	15
Mudanças no tempo de assistência de TV . . . . .	13
Festa de aniversário . . . . .	12
Punição por não "dizer a verdade" . . . . .	11

## NOTA OBTIDA

## PROBABILIDADE DE PROBLEMAS DE SAÚDE OCORREREM

Moderada (150 – 199 pontos)	–	37%
Média (200 – 299 pontos)	–	51%
Severa (300 ou mais)	–	79%

## CAUSAS DO STRESS INFANTIL

O stress infantil pode ser oriundo de fontes externas (Elkind, 1982) ou internas (Ellis, 1973, Lazarus, 1976). Certos acontecimentos na vida da criança, bons ou maus, ou situações criadas a partir de sua interação com as pessoas, podem vir a se tornar fontes externas de stress. Enquanto que pensamentos, o tipo de personalidade, valores e atitudes da criança se constituem em fontes internas de stress (Lipp et alii, 1986).

## CAUSAS OU FONTES EXTERNAS DE STRESS INFANTIL

O número de crianças estressadas é grande e tende a aumentar, à medida que a sociedade não fornece opções de cuidados infantis, em termos de creches e escolas para os filhos de mulheres em número sempre crescente, que estão ingressando no campo profissional. É válido ressaltar que o trabalho da mãe não se constitui em si, necessariamente, em uma causa do stress

infantil. Inúmeras mulheres combinam com sucesso as atividades de mãe e profissional. No entanto, para que tal ocorra, alguém capacitado necessita assumir o cuidado das crianças. (Hoffman, 1970). Como tal não ocorre em muitas situações, conclui-se que este campo social exige atenção imediata.

O stress que a criança pequena sofre ao ser separada da mãe já foi descrito como reação de separação das mais severas por Robertson (1958) e Bowlby (1960). Tipicamente a criança atravessa 3 fases: a do protesto, a do desespero e, finalmente, a da indiferença, quando mostra sinais de luto profundo.

Kagan (1978) identificou várias conseqüências do treino de toalete muito severo, que poderiam ser designados de reações de stress. Spielberger (1979), por outro lado, faz menção ao stress oriundo das dificuldades que a criança encontra quando está aprendendo a falar.

Uma outra fonte de stress em crianças de idade escolar, de acordo com Elkind (1982), é a pressão que alguns pais exercem sobre seus filhos para que atinjam um desempenho intelectual além daquele que seria adequado para eles. As crianças superdotadas muitas vezes são vítimas indefesas dessa situação. Inteligentes, porém crianças que são, necessitam de tempo e espaço emocional para se desenvolverem como seres humanos globais. Quando isto lhes é negado, problemas emocionais frequentemente surgem.

Uma fonte adicional de stress é a pressa que alguns pais impõem a seus filhos. Pressa para crescerem e assumirem responsabilidades; pressa para experimentarem prematuramente determinadas sensações, pressa para desempenharem durante o dia um número excessivo de atividades extracurriculares. Essas crianças apressadas, em geral, não tem tempo de brincar e ser, de fato, crianças.

Algumas fontes adicionais de stress infantil, de origem externa, são: morte de alguém na família, mudança de residência, escola ou professora, brigas constantes ou separação dos pais, nascimento de irmãos, viagens, dificuldades financeiras da família e alcoolismo por parte dos pais. (Petersen e Spiga, 1981).

Além dessas causas, pode-se acrescentar as de origem interna discutidas a seguir.

## FONTES INTERNAS DE STRESS INFANTIL

Em cada fase de crescimento da criança, existem necessidades específicas que, se não preenchidas, podem levá-las a se tornarem estressadas. A criança de até um ano de vida, por exemplo, possui muita necessidade de contato visual, principalmente com os pais, além de uma constância de uma pessoa tomando conta dela. Se isso não ocorre, ela poderá ter episódios de stress quando passa a chorar excessivamente e quase a não se alimentar. No segundo ano, há uma grande necessidade de estimulação auditiva por parte dos pais. Quando estressada, nessa idade, a criança poderá se tornar hiperativa, ou tímida ao extremo. Na adolescência, a necessidade é de autonomia e privacidade. Se os pais não respeitam essa necessidade, o jovem poderá ficar apático, tornar-se rebelde ou se tornar ansioso.

O stress na adolescência tem sido objeto de inúmeros estudos e várias teorias foram formuladas na tentativa de se entender o stress nessa fase da vida. A teoria mais antiga, proposta por Hall (1904) e elaborada, mais tarde, por Blos (1979), propõe que as mudanças biológicas que ocorrem na adolescência causam um profundo stress que desequilibra a harmonia emocional do indivíduo. No entanto, segundo Petersen e Taylor (1980), deve-se lembrar que nem todo adolescente mostra sinais extremos de stress. Uma outra teoria, proposta por Dohren Wend e Dohrenwend (1974), sugere que são os eventos imprevisíveis que constituem os maiores estressadores da adolescência, enquanto que Coleman (1978) propõe a teoria focal do stress na adolescência. De acordo com Coleman, stress excessivo aparece quando um número de eventos ocorrem simultaneamente, em vez de em seqüência, na vida de um jovem. Por exemplo, o início da menarca junto à mudança de escola e a um início de namoro podem causar um stress excessivo na adolescente, com conseqüente diminuição de produtividade na escola. Já Petersen e Spiga (1981) sugerem que não são só os eventos do presente que determinam se o adolescente vai ou não sofrer de stress, mas sim a sua história e vida. Se sua infância lhe deu elementos para lidar com as crises da vida o adolescente estará capacitado a enfrentar os estressores da adolescência mais adequadamente. Para esses autores, o modo do jovem lidar com o stress e, por-

tanto, sofrer ou não seus efeitos negativos, dependerá de como sua infância transcorreu.

Outras causas internas de stress infantil são: o desejo de agradar a todos, principalmente aos colegas; o medo de não ser bem sucedido, preocupação com as mudanças físicas que está sofrendo, crenças religiosas que envolvem punição divina, auto dúvidas quanto à própria inteligência e interpretações amedrontadoras de eventos comuns.

Independentemente da causa, o stress infantil pode levar aos sintomas anteriormente descritos e a problemas mais sérios, tais como: úlceras, asma, alergias e distúrbios dermatológicos. Isto parece ocorrer em virtude da disfunção ocorrida em alguns órgãos, ocasionada por um esforço demasiado feito pelo organismo para lidar com o stress. A Escala de Reajustamento Social (infantil) proposta por Elkind (1982), constante do Quadro 4, por exemplo, se baseia na presunção de que a energia exigida para que a criança se reajuste à sociedade, depois de mudanças significativas em sua vida, cria um desgaste no seu organismo que pode levar a doenças sérias.

De acordo com o autor, se durante o período de um ano, anterior a testagem, a criança sofreu entre 200 e 300 pontos de stress, há uma probabilidade de mais ou menos 50% de que ela venha a ficar doente devido ao excesso de stress. Com mais de 300 pontos a probabilidade parece aumentar para 70%.

## MEDIADORES DE STRESS

É necessário observar que a vulnerabilidade das crianças ao stress varia, dependendo de inúmeros fatores. Garmesy, Devine e Tellogen (1980) demonstraram que algumas crianças são quase que invulneráveis ao stress, enquanto que outras sucumbem rapidamente aos seus efeitos.

Por exemplo, o mesmo evento pode ser ameaçador para uma criança e não causar qualquer reação em outra, dependendo da interpretação que lhe é dada (Ellis, 1973). Crianças mais seguras de si próprias, com maior abertura para mudanças, que sentem que os pais as protegem e as guiam, sem dominá-las,

parecem ser menos vulneráveis ao stress do que as outras. Um dos fatores que mais influenciam a vulnerabilidade de uma criança ao stress é o apoio social com o qual ela pode contar, principalmente por parte dos pais. Petersen (1981) verificou que adolescentes que têm uma boa comunicação com os pais e são por eles valorizados lidam melhor com o stress do que os que não contam com esse apoio.

Na prevenção e tratamento do stress em crianças e adolescentes torna-se importante levar em consideração em primeiro lugar as possíveis fontes do stress a que a pessoa está, ou poderá vir a estar, exposta; isto é, se o stress poderá surgir de causas externas (ou situacionais) ou das características individuais da criança ou ainda do estágio de desenvolvimento que ela está atravessando.

Considerando que toda criança pode sofrer stress oriundo de qualquer tipo dessas fontes, qualquer tentativa de prevenção ou tratamento do stress infantil deverá desenvolver na criança habilidades para lidar com todas as três. Assim sendo, recomenda-se, como parte do controle do stress infantil, que: (1) se fortaleça a auto-estima da criança, (2) que se lhe ensinem meios para lidar com ansiedade, o medo, e as frustrações, (3) que se lhe transmitam ensinamentos sobre como lidar com pressões do grupo e da sociedade, em geral (principalmente com figuras que representam autoridade), (4) em muitas situações é necessário também ensinar a como lidar com o fracasso e o sucesso, (5) que se converse com ela sobre as mudanças que ocorrem em seu próprio corpo, (6) que se ajude a criança a antever algum objetivo no futuro (7) que se lhe ensinem assertividade e outras habilidades sociais. Além disto, recomenda-se incentivar a criança a ter um passatempo, seja ele colecionar algo, praticar esportes ou se envolver em atividades artísticas, sem, no entanto, se dedicar a múltiplas atividades ao mesmo tempo, o que, em si, poderia redundar em mais stress para a criança.

## ABSTRACT

*This paper presents the concept of stress in children and adolescents. It reviews the symptoms and the etiology of*

*the phenomenon and mentions some of its internal and external causes. It concludes that some mediators can be of help in stress prevention in children and lists recommendations on how to plan a stress management program for youngsters.*

## BIBLIOGRAFIA

- BLOS, P. — **The Adolescent passage: Developmental Issues.** Ny. Int. Univernties, 1979.
- BOWLBY, J. — Grief and mourning in infancy and early childhood. **Psychoanalytic Study of the Child**, 1960, 15, 9-52.
- CANNON, W. B. — **The Wisdom of the Body.** Ny W. W. Norton, Co. 1932.
- COLEMAN, J. C. — Current Contradiction in adolescent Theory, **J. of youth and Adolescence**, 1978, 7, 1-11.
- DOHRENWEND, B. S. e B. P. DOHRENWEND. — **Stressful Life Events: Their nature and effects.** Ny wiley 1974.
- ELKIND, David. — **O Direito de Ser Criança.** S. P. Ed. Fundo Educativo Brasileiro, 1981.
- ELLIS, A. — **Humanistic Psychology: The Rational Emotive Approach** Ny, Julian, 1973.
- EVERLY, G. e Robert, ROSENFELD. — **The Nature and Treatment of the Stress Response.** Plenum Press, Ny 1981.
- GARMESY, N. V. Devine e A. Tellegen. — Research Approaches to the study of Stress-resistant Children. Paper presented at the APA Convention Montreal, 1980.
- HALL, G. S. — **Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex crime and education.** Ny Appleton 1904.
- HOFFMAN, L. W. — Effects of Maternal Ewpymnt on Children. **Developmental Psychology** 1970, 10, 5-25.
- KAGAN, J. R. Kearsley e P. Zelago. — **Infancy: Its place in Human Development,** Cambridge, Harvard Press 1978.
- LAZARUS, R.S. — **Patterns for Adjustment.** Ny. Mcgraw-Hill, 1976.

- LIPP, M. A.S.F. — Romano, M. A Covolan e M. J. Nery. **Como Enfrentar o stress**, Icone, 1987 (2ª ed).
- LIPP, Marilda N. — Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**, 1984, 1 (3-4) 5-19.
- LUBORSKY, L. J. P. Docherty e S. Penick. — Onset condition for psychosomatic symptoms. **Psychosom. Med.** 1973, 35, 187-204.
- MECHANIC, D. — Discussion of research programs on relations between stress ful life events and episodes of physical illness. In Dohrenwend, B.S (ed) **Stressful Life Events** Wiley, Ny. 1974. 87-97.
- PETERSEN, A. C e B. Taylor. — The Biological Approach to Adolescence. In J. Adelson (ed) **Handbook of Adolescent psychology** Ny Wiley, 1980.
- PETERSEN, A. e R. Spiga. — Adolescence and Stress, in leo Goldberger e S. Breznitz (ed) **Handbook of stress**, Ny the Free Press, 1982, 515-528.
- ROBERTSON, J. — **Young Children in Hospital**. London: Tavistock Publication 1958.
- SELYE, Hans — **The Stress of Life** (ed. revista da 1927) Mcgraw Hill Book Co Ny. 1978.
- SPIELBERGER, Charles. — **Understanding Stress and Anxiety** San Francisco Harper & Row Publishers 1979.
- WOLFF, Sula. — **Children Under Stress** (2ª ed) Penguin Books, 1981.

# OUTROS ASPECTOS CRIATIVOS EM PSICOTERAPIA

Dr. John K. Wood\*

## RESUMO

Rogers enunciou a hipótese de que uma terapia efetiva acontece quando o terapeuta é congruente no relacionamento com o cliente, experiencia uma aceitação não-julgadora do cliente e uma compreensão empática da estrutura de referência do cliente e quando o cliente (que está ansioso e vulnerável e cuja experiência orgânica está incongruente com o conceito de self) percebe a consideração positiva incondicional e a compreensão empática do terapeuta.

Embora a maioria dos terapeutas aceite as condições que Rogers especifica na sua hipótese como **necessárias**, poucos as consideram **suficientes**. As pesquisas dos últimos 50 anos tem, em geral, confirmado a teoria mas ainda falta prová-la: principalmente devido ao excessivo interesse no terapeuta e falta de interesse no **fenômeno** da psicoterapia efetiva.

Este artigo examina vários aspectos do fenômeno que incluye a técnica usada, a cultura, crenças, o relacionamento terapêutico e o cenário. O autor incita a um exame preciso deste fenômeno com uma atenção especial para aspectos que não tem sido pesquisados cuidadosamente, tal como a capacidade de auto-cura do cliente.

O grande psicólogo norte-americano Carl Rogers começou sua carreira nos anos 30 numa clínica de aconselhamento infantil em Rochester, New York. Ele fora educado nas teorias da época e dominava seus métodos: escrever longas histórias-de-caso com as quais interpretava o comportamento dos pais o qual supostamente implicava os problemas de seus filhos.

Rogers teve seu primeiro momento de virada, enquanto psicólogo profissional, quando o renomado Alfred Adler visi-

---

(\*) Pós-Graduação em Psicologia — PUCAMP.



tou a Clínica Rochester. Adler, antigo paciente de Freud e seu principal rival no controle do grupo psicanalítico de Viena, sugeriu que histórias-de-caso não eram necessárias para um tratamento bem sucedido.

Parece que, embora Rogers não tenha se entusiasmado muito com Adler como pessoa, nem com suas teorias, ele de fato aceitou sua sugestão. As histórias-de-caso e as interpretações foram abandonadas e Rogers começou a escutar o que os pacientes diziam sobre suas experiências pessoais e sobre o que estas significavam para eles. Ele também começou a se perguntar seriamente "Como um paciente de psicoterapia perde seus sintomas, é considerado mais saudável, se sente melhor a respeito de si próprio, aproveita a vida melhor?" Mais especificamente, ele perguntava, "Quais são as condições que conduzem à uma psicoterapia efetiva?"

Rogers passou grande parte de sua carreira como psicólogo lidando com essa questão. Embora ainda não esteja resolvida, ele e seus colegas forneceram informação considerável sobre esse assunto.<sup>1</sup> Através de observação direta, gravações e filmes, eles foram capazes de deduzir pelo tom de voz, comportamentos verbais, posturas e gestos, quando que o terapeuta estava entendendo o cliente acurada e sensivelmente. Eram capazes de avaliar o calor e a aceitação incondicional da realidade do cliente, pelo terapeuta. Eram capazes de determinar quão ajustada era a experiência que se desenrola no interior do terapeuta ao seu comportamento externo. E através dos depoimentos do cliente eram capazes de analisar as percepções que tinham do terapeuta.

Por volta de 1959 eles sentiram que tinham evidência suficiente para estabelecer uma relação entre esses fatores: A capacidade inerente de cura do cliente é liberada numa relação interpessoal, na qual o terapeuta é congruente no relacionamento, está experienciando uma aceitação não crítica do cliente e uma compreensão empática da estrutura de referência interna do cliente, e quando o cliente (que está ansioso ou vulnerável e está

---

(1) Rogers (1959) dá crédito às seguintes pessoas como o **group enterprise** que desenvolveu a teoria da terapia centrada-no-cliente: Victor Raimy, Richard Hogan, Stanley Standel, John Butler, Thomas Gordon, Oliver Bown, Desmond Cartwright, Arthur Combs, Eugene Gendlin, Abraham Maslow, Julius, Seeman, John Shlien e Donald Snygg.

experienciando uma discrepância entre o self como ele o percebe e a experiência real do organismo) percebe a consideração positiva incondicional e a compreensão empática do terapeuta. (Rogers 1959).

Cinquenta anos de pesquisas deram suporte considerável a esta hipótese. Por exemplo, um estudo de nove anos de acompanhamento de pacientes esquizofrênicos mostrou que aqueles cujos terapeutas eram superiores em compreensão empática, calor e genuinidade se mantiveram fora de hospitais psiquiátricos mais tempo do que aqueles cujos terapeutas eram considerados fracos nestas qualidades. O grupo de controle para o caso apresentou um registro intermediário, sugerindo que aqueles cujas relações terapêuticas eram baixas em empatia, calor e genuinidade poderiam ter se saído melhor sem terapia nenhuma. Os autores deste estudo, depois de revisar todo o material publicado na época, sobre a eficácia da psicoterapia, concluíram que, independentemente da sua orientação, o terapeuta que é empático, genuíno e abdica de julgar o cliente é efetivo. (Truax & Mitchell, 1971).

## TÉCNICA

A despeito do entusiasmo que provocaram e da larga aceitação da sua necessidade, nunca se provou serem suficientes em si mesmas para uma terapia efetiva essas condições do terapeuta (Watson, 1984). Assim, psicoterapeutas (incluindo-se muitos Rogerianos) voltaram-se para a invenção de métodos para apoiar as "condições básicas do terapeuta." Em 1984 somente nos Estados Unidos, foram documentados 481 métodos terapêuticos. Em tempos não muito antigos, imersão em água fria, sovas, desorientação do paciente balançando-o em várias direções, choques elétricos, perfurações dos lobos frontais do cérebro com um palito de gelo, surgiram como tratamentos populares e "efetivos" para desordens psicológicas.

Muitos métodos desfrutaram de grande sucesso por uns tempos e depois foram abandonados e desvalorizados e, o que é mais sério ainda, considerados nocivos. Aparentemente a psicoterapia pode ser praticada com sucesso usando qualquer

número de métodos. Com qualquer método dado, alguns terapeutas são mais efetivos que outros. Verificou-se que terapeutas eficientes usando métodos diferentes comportam-se de uma forma muito mais similar entre si do que terapeutas menos experientes usando os mesmos métodos (Fiedler, 1950).

Foi demonstrado que pessoas sem treinamento em psicoterapia podem ser tão eficientes quanto psicoterapeutas treinados e experientes. Trinta e cinco jovens necessitados de tratamento foram designados numa base rotativa para três grupos de terapeutas. Dez pacientes foram atendidos por psiquiatras com uma média acima de 23 anos de experiência em psicoterapia analítica; outros dez foram atendidos por psicólogos com uma média de 15 anos de experiência em terapias de tipo Rogeriana; os remanescentes 15 tiveram entrevistas com professores universitários (dos departamentos de matemática, línguas, história e filosofia) com uma média de 17 anos de experiência em ensino. Os professores universitários tinham uma reputação de serem pessoas com quem se podia falar de problemas pessoais, mas não tinham treinamento em nenhum método psicoterapêutico.

O processo de terapia diferiu consideravelmente nestes três grupos: os terapeutas profissionais passavam mais tempo que os professores universitários nas origens psicodinâmicas dos problemas dos pacientes. Os professores e os psicólogos de linhas relacionadas com a Rogeriana eram mais calorosas e mais pessoais nos seus relacionamentos com os pacientes do que os terapeutas analíticos. A conclusão: professores universitários (não treinados) promovem tanta melhora quanto psicólogos e psiquiatras experientes (Gomes-Schwartz, 1978). Assim, deduz-se que o método só não pode ser responsável pelo sucesso em psicoterapia.

## CULTURA

Abraham Maslow (1971), um dos pais da psicologia humanista, achava que a prática da arte poderia ser importante, não para produzir obras ou formar artistas, mas para produzir pessoas melhores. Psicoterapia talvez seja essencialmente a prá-

tica de uma arte, tanto para o terapeuta quanto para o cliente. Nesta prática o uso criativo do método pode ser muito importante.

O processo terapêutico acontece dentro de um contexto cultural. A aparência do psicoterapeuta, sua aplicação de um procedimento confiável, suas atitudes, as expectativas e esperanças do cliente, o que ambos acreditam sobre a cura são partes da cultura. Um poderoso ritual é criado dentro das possibilidades culturais — um ritual que tanto o doutor quanto o paciente sentem que devem desempenhar para que a cura aconteça.

Por exemplo, nas Filipinas, presenciei o seguinte: os pacientes declaravam suas queixas ou problemas na vida e o doutor "sondava" com as palmas das mãos o corpo do paciente para localizar os pontos com distúrbios. Ele então "escavava" nesses pontos com as pontas dos dedos e finalmente arrancava a "infecção": um material de tipo orgânico embebido em líquido cor de sangue. Depois de alisar e limpar a pele não há mais sinal da "cirurgia".

Alguns pacientes relataram alívio dos sintomas e outros não tinham comentários. Vi declarações de desaparecimento de tumores registrados clinicamente. Entretanto, do que pude avaliar pela observação daquela prática, o curador usou truques mágicos para produzir das suas próprias mãos pedaços de algum animal ou coisa similar. Ele certamente não realizou nenhuma cirurgia. Isso levou comentaristas de televisão, presunçosos, nos Estados Unidos, a rotularem essas práticas como fraude. Obviamente algumas podem muito bem até ser, tal como em qualquer outro campo. A questão para os psicólogos não é se esses procedimentos se conformam ou não às nossas expectativas, mas sim se elas são efetivas ou não. A representação deste ritual aparentemente foi bem sucedida em alguns casos.

E também, antes de denunciarmos esta gente ingênua que acredita nesta prática, é preciso considerar a seguinte pesquisa realizada nos Estados Unidos. Todos os pacientes estavam preparados exatamente da mesma forma, para uma cirurgia para aliviar angina pectoris. No momento em que a operação deveria começar o cirurgião era instruído sobre se ele deveria realizar uma operação verdadeira ou simulada. Na simulação, o peito era

aberto e sem fazer nada mais era fechado novamente. Na operação real, o peito era aberto e uma artéria era cuidadosamente atada, e o peito fechado de novo. Verificou-se que benefícios iguais no alívio das dores no peito foram conseguidos com a operação simulada e a verdadeira. (Beecher, 1961; Cobb et al, 1959; Dimond et al, 1958, 1960). O elaborado ritual ocidental da cirurgia moderna era um fator comum em ambos os procedimentos.

Parte da eficiência da psicoterapia aparentemente depende não só de se conformar às expectativas culturais, quanto também de alterá-las. Por exemplo, fora espera-se que se escondam os verdadeiros sentimentos; dentro da cultura de terapia, expressá-los honesta e completamente é o esperado. Fora, o "bate papo" pode ser socialmente desejável; dentro da terapia, ele impede o progresso, e assim por diante. Nesse processo vemos o que deve acontecer na sociedade em geral: nossa consciência individual deriva da cultura; nosso comportamento coletivo determina essa mesma cultura. Assim, somos criados por algo que estamos criando.

## CRENÇA

A possível conexão entre a crença do terapeuta em seu método e o sucesso é sugerida por outra evidência. Um estudo sugere que o interesse do terapeuta no paciente não era tão importante na ajuda ao paciente quanto seu interesse em validar a sua abordagem, sendo bem sucedido no tratamento. (Mc Nair et al, 1963).

A pesquisa de Combs (1986) sugere uma associação entre a consistência do sistema de crenças do terapeuta e quão bem sucedido ele é em facilitar uma terapia efetiva. Uma das histórias mais surpreendentes a respeito do efeito da crença é o seguinte: um médico ao notar os efeitos positivos de uma nova droga experimental no alívio dos sintomas de asma de um paciente, substituiu-a por placebo na esperança de estabelecer a validade da droga. Quando o paciente reclamou da reincidência dos sintomas, o médico se satisfaz quanto ao fato de não estar observando o efeito de placebo e encomendou mais desse medi-

camento. O laboratório farmacêutico informou-o que a droga original que ele estivera usando era de fato um placebo. (Ornstein & Sobel, 1987) O paciente estivera recebendo placebo o tempo todo. Quando o médico acreditava que era uma droga ativa o paciente progredia; quando o médico acreditava o contrário, o paciente piorava.

Assim, além de sua compreensão empática, genuinidade e aceitação do cliente, a crença do terapeuta no seu tratamento e a decorrente habilidade que lhe dá para ajudar seu paciente podem ser um fator influenciante, ainda que seu método, propriamente, possa até não ser suficiente para uma terapia efetiva.

## O RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

As crenças, atitudes e comportamentos do terapeuta não ocorrem isoladamente, mas num relacionamento com o cliente. Empatia, por exemplo, é um aspecto do relacionamento. Mesmo em terapia comportamental, foi mostrado que a percepção do cliente da relação terapêutica está relacionada com o proveito do cliente. Pacientes relataram que a calma, a escuta complacente, o suporte e aprovação do terapeuta, seu conselho e "fé" foram o que eles consideraram de maior ajuda num bom relacionamento (Ford, 1978).

Surpreendentemente, entretanto, o nível de compreensão empática que um terapeuta mostra depende mais do cliente do que do terapeuta. Ficou mostrado através de pesquisa que o mesmo terapeuta expressa níveis diferentes de empatia com diferentes clientes e que alguns clientes podem evocar níveis mais altos de empatia em cada terapeuta. (Moos & MacIntosh, 1970).

Nossas percepções, emoções, tensões musculares, respiração, batidas cardíacas e pressão arterial são afetadas por aqueles a nossa volta. Somos tão fortemente conetados uns aos outros que um pesquisador fisiológico foi levado a dizer: "O sistema nervoso autônomo é tanto uma estrutura social quanto é vegetativa" (Kamiya, 1981).

A experiência de terapia pode envolver uma relação transpessoal também. Rogers, por exemplo, quando estava enga-

jado numa terapia, relatava estar numa completa concentração que excluía tudo, exceto aquilo sobre o que estava completamente focalizado: tentando entender tudo o que o cliente estava dizendo. Rapidamente ele perdia toda a consciência do que estava acontecendo ao seu redor, mesmo quando estava sendo filmado. Ele também contava que perdia a consciência de tempo. E, no final da entrevista, ele não podia se lembrar muito do que havia passado. O que ele descreve é um estado alterado de consciência. Ele disse: "Sinto que nos melhores momentos de terapia há um mútuo estado alterado de consciência. Que nós, verdadeiramente, ambos, de alguma forma transcendemos um pouco o que somos ordinariamente." (Heppner et al, 1984).

Rogers (1980) também sentia que "Além da mensagem imediata da pessoa, não importa qual seja, há o universal... Assim, há tanto a satisfação de escutar esta pessoa quanto a satisfação de estar em contato com o que é universalmente verdadeiro."

## CENÁRIO

Existem muitas influências sutis no processo psicoterapêutico que devem ser considerados mais extensamente. A organização do espaço, por exemplo. Caminhando através do Sena minha consciência pode se alçar até as nuvens e o espaço além, mas não vai. Minha atenção se dirige para o rio, a folhagem verde das suas margens, para a calçada irregular sob meus pés, para as faces das pessoas que passam.

Mas assim que viro e entro na catedral de Notre Dame, apesar da multidão e dos turistas barulhentos, meus ombros relaxam e minha consciência alça vôo. Sem limitar-se pelos cantos escuros e embolorados do edifício, vai até o espaço ilimitado, para refletir sobre o significado da vida, meu lugar no universo.

Maslow and Mintz (1956) conduziram uma experiência sobre o efeito da organização do espaço que é especialmente relevante para a psicoterapia. Eles construíram três quartos: um bonito, confortável, arejado e iluminado: outro limpo, mas não atraente; e outro feio, sujo e empoeirado, cortinas rasgadas, uma única lâmpada no teto, com caixas e lixo espalhados. Uma série

de entrevistas sobre percepção foram conduzidas nesses quartos. Além da descoberta já esperada que as percepções tendiam a ser mais positivas no quarto bonito do que no feio, outra observação interessante foi feita. Os experimentadores consistentemente experienciavam "monotonia, fadiga, dores de cabeça, sono, descontentamento, irritabilidade, hostilidade", quando usavam o quarto feio. Embora soubessem que tinham esses sentimentos e que não gostavam do quarto feio, era difícil para eles aceitar seriamente a noção de que o quarto feio causava aquela mudança no humor (Mintz, 1956). A organização do espaço ao redor deles lhes afetava consistentemente a consciência.

A mera redução da luz, como a que ocorre na mudança sazonal do sol em latitudes mais próximas dos polos, pode causar profundas mudanças de humor. Muitas pessoas sofrem de depressão durante o inverno por causa dessa falta de luz solar. "Desordem afetiva sazonal", como é chamada, é tratada com sucesso pela exposição a um completo espectrum de luz. (Rosenthal et al, 1984) A cor também parece afetar o humor. Cor-de-rosa, por exemplo, assegura-se que acalma pessoas em estados agressivos. Todos concordam que sons afetam humores, mas odores também podem afetar a consciência. O cheiro de maçã apimentada, por exemplo, acredita-se que reduza a pressão do sangue na mesma medida daquela causada pela meditação.

Na Califórnia donde venho, há uma frente térmica seguida por ventos fortes que se chama **Santa Ana**. Quando esses ventos sopram através da terra, um número substancial de pessoas experimentam irritabilidade, enxaqueca, náuseas e congestão respiratória. Esses "ventos mal afamados" ocorrem em outros lugares também: no Oriente Próximo (o **Sharav**), na Europa Central (o **Foehn**), no Brasil (o **noroeste**). Esse tipo de vento empurra ar com grande concentração de íons positivos. Inalar ar que contém grande número de íons negativos, por outro lado, alivia sintomas e induz humores relaxados. Quantidades enormes de íons negativos são encontrados no ar puro que circunda praias, cachoeiras e altas montanhas. Talvez não seja coincidência que esses lugares estejam associados com experiências inspiradoras.

O cenário terapêutico organiza o espaço do cliente. Ele contém imagens, sons, cheiros, cores, mudanças na luz solar e na temperatura e pode afetar o humor do cliente (e do tera-



peuta), suas percepções, cognições e reações emocionais. Uma mudança sutil no ar, uma reorganização do espaço podem transformar uma evitação irritada em inspiração relaxada. O ambiente pode facilitar uma pessoa a perceber além de si própria, refletir sobre sua vida, obter insight sobre problemas pessoais, chegando a novas percepções de seu relacionamento com o mundo-exatamente o que a psicoterapia freqüentemente visa a realizar.

## O FENÔMENO DE UMA TERAPIA EFETIVA

Há assim ainda muito a aprender sobre as atitudes, crenças e comportamentos do terapeuta; sobre o relacionamento terapêutico num cenário, dentro de uma cultura. E há muito a aprender sobre o cliente e sua experiência. Quem é mais central neste fenômeno do que o próprio cliente? Suas atitudes, expectativas são vitalmente importantes para um resultado bem sucedido da psicoterapia. Sua ansiedade é um pré-requisito necessário para a terapia. Uma atitude negativa de desamparo, entretanto, pode acelerar a doença e a morte. (Seligman, 1975) Ao contrário, uma atitude positiva para com o terapeuta e um comprometimento com o trabalho de mudar-se a si mesmo (como relatado também no estudo envolvendo professores universitários mencionado anteriormente) pode prognosticar sucesso. Temos mesmo evidência, advinda da terapia de grupos na Alemanha, que a capacidade do cliente para uma compreensão empática é um melhor prognosticador de sucesso em psicoterapia do que do terapeuta (Mente & Spittler, 1980).

Médicos e terapeutas se apóiam igualmente numa capacidade autocurativa do organismo humano. O organismo é capaz de usar estimulantes químicos para curar-se. É capaz de usar o relacionamento com um psicoterapeuta para curar-se. Pode usar substâncias inertes tais como placebos para curar-se. Esta capacidade de autocura aparentemente bastante poderosa quando provocada. É, até mesmo, capaz de reverter efeitos de medicamentos para efetuar uma autocura. Por exemplo, a uma paciente que sofria de náusea e vômitos foi ministrado uma droga extremamente poderosa que os médicos diziam ter certeza que a ajudaria. Os sintomas desapareceram imediatamente, tanto por

verificações clínicas quanto através do seu depoimento. Isto, a despeito do fato de que a "poderosa droga" que lhe foi dada era na verdade um medicamento para induzir vômitos (Wolf, 1950).

Como é engajada a capacidade de autocura no processo terapêutico bem sucedido? Talvez nós façamos menos do que imaginamos fazer para efetuar mudanças em nossos clientes, mas talvez possamos fazer muito mais para melhorar as condições que facilitem a mudança terapêutica. Para pistas de como isso pode ser conseguido, uma abordagem centrada na pessoa hoje poderia dirigir seu foco não somente para vários fragmentos, mas para o fenômeno da terapia efetiva: um processo que engaja a capacidade de autocura do cliente numa relação com o terapeuta, num cenário, dentro de uma cultura.

### ABSTRACT

*Rogers has hypothesized that effective therapy takes place when therapist is congruent in the relationship with the client, is experiencing non-judgemental acceptance of the client and empathic understanding of the client's frame of reference and when the client (who is anxious and vulnerable and the organismic experience is incongruent with the concept of self) perceives the unconditional positive regard and the empathic understanding of the therapist.*

*Though most psychotherapists accept the conditions Rogers specifies in this hypothesis as necessary, few regard them as sufficient. Research over some fifty years has generally supported the theory but has yet to prove it; largely due to excessive interest in the therapist and lack of interest in the phenomenon of effective psychotherapy.*

*This article examines various aspects of the phenomenon which includes the technique used, culture, belief, the therapeutic relationship and setting. The author urges a careful examination of this phenomenon with particular attention to aspects which have not been researched carefully, such as the self-healing capacity of the client.*

**BIBLIOGRAFIA**

- BEECHER, H. K. (1961) — Surgery as placebo. *Journal of the American Medical Association*, **176** (13) 1102-1107.
- COBB, L. A., THOMAS, G. I., DILLARD, O. H., et al (1959) — Evolution of internal-mammary-artery ligation by double-blind technique. *New England Journal of Medicine*, **260** 1115-1118.
- COMBS, A. (1986) — Person-centered assumptions for counselor education. *Person-Centered Review*, **1** February, 72-82.
- DIMOND, E. G., KITTLE, C. F. & CROCKETT, J. E. (1958) — Evaluation of internal mammary artery ligation and sham procedure in angina pectoris. *Circulation*, **18** 712-713.
- DIMOND, E. G. et al (1960) — Comparison of internal mammary artery ligation and sham operation for angina pectoris. *American Journal of Cardiology*, **5** 484-486.
- FIEDLER, F. E. (1950) — A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, **14** 436-445.
- FORD, J. D. (1978) — Therapeutic relationship in behavior therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **46** (6) 1302-1314.
- GOMES-SCHWARTZ, B. (1978) — Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **46** (5), 1023-1035.
- HEPPNER, P. P., ROGERS, M. E. & LEE, L. A. (1984) — Carl Rogers: Reflection on his life. *Journal of Counseling and Development*, **63** 14-20.
- KAMIYA, J. (1981) — Symposium on healing. Los Angeles, March 21.
- MASLOW, A. H. (1971) — *The further reaches of human nature* N. Y.: The Viking Press.
- MASLOW, A. H. & Mintz, N. L. (1956) — Effects of esthetic surroundings: I. Initial effects of three esthetic conditions upon perceiving "energy" and "well-being" in faces. *The Journal of Psychology*, **41** 247-254.

- MINTZ, N. L. (1956) — Effects of esthetic surroundings. II Prolonged and repeated experiences of a "beautiful" and an "ugly" room. *The Journal of Psychology*, 41 459-466.
- McNAIR, D. M., LORR, M., CALLAHAN, D. M. (1963) — Patient and therapist influences on quitting psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27 10-17.
- MENTE, A. & Spittler, H. D. (1980) — *Erlebnisorientierte gruppenpsychotherapy* Paderborn: Junfermann.
- MOOS, R. H. & MACINTOSH, S. (1970) — Multivariate study of the patient-therapist system: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35 298-307.
- ORNSTEIN, R. & SOBEL, D. (1987) — *The Healing Brain* N. Y.: Simon & Schuster.
- ROGERS, C. R. (1959) — A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.) *Psychology: A Study of a science* Vol. 3 Formulations of the person and the social context. N. Y.: McGraw Hill.
- ROGERS, C. R. (1980) — *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROSENTHAL, N. E., SACK, D. A., GILLIN, J. C., et al (1984).— Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41 72-80.
- SELIGMAN, M. (1975) — *Learned helplessness*. San Francisco: Freeman & Co.
- TRUAX, C. B. & MITCHELL, K. M. (1971) — Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior changes*. N. Y.: John Wiley & Sons.
- WATSON, N. (1984) — The empirical status of Rogers's hypotheses of the necessary and sufficient conditions for effective psychotherapy. In R. F. Levant & J. M. Shlien (eds) *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice*. N. Y.: Praeger Press.

**WOLF, S. (1950) — Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects: The pharmacology of placebo. *Journal of Clinical Investigation*, 29 100-109.**

# PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA E EPIDEMIOLOGIA

Cláudio Vital de Lima Ferreira\*

## RESUMO

O autor faz algumas considerações em que procura evidenciar a proximidade entre a psiquiatria comunitária e a epidemiologia. Assim, o caráter de abrangência social e comunitária faz da epidemiologia uma parceira importante da psiquiatria comunitária na compreensão dos fatores etiológicos das doenças mentais, na formulação do diagnóstico, na determinação de prioridades, no planejamento de ação, nas propostas alternativas de intervenção e na avaliação das estratégias de serviços. Ao mesmo tempo em que se aproxima da comunidade ao se preocupar menos com o indivíduo que com o grupo, a psiquiatria comunitária defronta-se com problemas complexos anteriormente fora de seu campo de ação. Alguns destes problemas são discutidos.

Apesar do número bastante reduzido de médicos, psicólogos e sanitaristas no Brasil que efetuam pesquisas epidemiológicas, na área de saúde mental, a epidemiologia pode fornecer importante auxílio à compreensão dos problemas mentais, podendo favorecer tanto a elaboração de estratégias preventivas, quanto o tratamento e reintegração social do doente. Pretendemos fazer algumas considerações sobre o tema. Esclarecemos que não temos como objetivo trazer contribuições teóricas na área, mas apenas expressar algumas reflexões sobre o assunto.

Para o presente trabalho nos utilizamos do conceito de psiquiatria comunitária expresso por Sashin (1966), segundo o qual seu objeto de estudo envolve a utilização de técnicas, métodos e teorias da Psiquiatria Social e outras ciências do com-

---

(\*) Mestrando — Instituto de Psicologia — PUCCAMP.

portamento a fim de investigar e compreender as necessidades da saúde mental de uma população definida. Essa definição se assemelha à fornecida por Caplan (1965), segundo a qual a Psiquiatria Comunitária tem como objetivo satisfazer as necessidades de saúde mental de uma população específica. Dentro da concepção de Psiquiatria Comunitária estamos incluindo também outras profissões além da Psiquiatria, tais como a Psicologia Social e Comunitária, a Sociologia, a Antropologia, a Enfermagem e a Assistência Social.

Este trabalho surgiu a partir da dificuldade que encontramos no momento em que buscávamos subsídio bibliográfico para nossa tese de mestrado. Pesquisamos exatamente na área de epidemiologia das doenças mentais e, apesar da grande ligação e proximidade entre o trabalho social em saúde mental e a epidemiologia, encontramos bem poucos estudos e pesquisas feitos por brasileiros sobre o tema.

Inúmeros pesquisadores em Psiquiatria Comunitária e em Epidemiologia, entre eles Reid (1964), Caplan (1980), Busnello (1977), e Veras (1985), distinguem três tipos principais de intervenção em saúde mental: a prevenção primária, que, além de ser um conceito comunitário, envolve a redução da taxa de novos casos de doença mental na população em um determinado tempo, com a neutralização das variáveis ligadas à etiologia das doenças; a prevenção secundária, que se refere a programas que visem a reduzir a taxa de incapacidade causada por um distúrbio; a prevenção terciária, que se liga à reabilitação dos pacientes com problemas mentais, envolvendo a redução da taxa de dificuldades derivadas das doenças mentais. Os autores salientam a importância dos três estágios da intervenção em Psiquiatria Comunitária, mas acentuam a necessidade de um maior cuidado no que tange à prevenção primária, já que esta pode evitar ou minimizar a manifestação das doenças.

Apesar de muitos pesquisadores adotarem o modelo de prevenção primária, secundária e terciária para a doença mental, ele foi sistematizado anteriormente por Caplan (1980). Este autor, desenvolve de forma bastante detalhada os conceitos dentro desse modelo. Contudo, não consideramos adequado se falar de prevenção secundária e terciária, pois as definições que se seguem a esses termos não costumam se caracterizar como prevenção.

A Organização Mundial de Saúde (OMS-1960) considera que a prevenção dos transtornos mentais deve estar baseada, para ser eficaz, em um conhecimento exato da prevalência e incidência e em uma informação fidedigna sobre a importância absoluta e relativa de seus distintos fatores etiológicos. Para tanto salienta a necessidade de estudos sobre as repercussões da enfermidade na população e da análise comparativa da distribuição das doenças no espaço e tempo. Segundo ainda esta mesma organização, as técnicas epidemiológicas em psiquiatria se aplicam tanto à investigação de enfermidades tratadas ou não, quanto ao conhecimento de características da população relacionadas com costumes, organização social e ambiental, que podem influir sobre o aparecimento ou origem das doenças mentais. Essas características da Epidemiologia a tornam uma parceira importante da Psiquiatria Comunitária, quando permite aprofundar o conhecimento do doente e da doença e facilita a elaboração de estratégias de atuação.

Reid (1964), enfocando aspectos teóricos da Epidemiologia e atenção primária, considera importantes etapas a localização das pessoas expostas à doença, a modificação dos riscos de sua ocorrência mediante educação sanitária, a vigilância para se antecipar a ela e a modificação do meio ambiente.

Ordenez (1985) considera que a Epidemiologia contribui ao conhecimento da distribuição das enfermidades entre os vários grupos de população que integram a sociedade, identificando aqueles com maior risco de adoecer e morrer. Com base nestes conhecimentos se poderá então fazer a seleção das ações, indicadas de prevenção dos problemas, assim como de tratamento e reabilitação dos doentes. A epidemiologia permite também medir as mudanças ocorridas referentes ao risco e distribuição da doença nos grupos de população, avaliando a eficácia das ações preventivas e curativas. As pesquisas epidemiológicas são de vital importância no planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Poderão ser de grande auxílio na formulação do diagnóstico, na determinação de prioridades, nas propostas alternativas de intervenção, bem como na percepção de problemas que requeiram maior investigação.

Lopes (1985) distingue a investigação epidemiológica da investigação clínica. Para a primeira, interessam as enfermi-



dades enquanto atacam os grupos humanos, enquanto que, para a segunda, seu universo é o indivíduo doente.

O caráter de investigação não do indivíduo mas do grupo, coloca a pesquisa epidemiológica muito próxima da Psicologia e Psiquiatria Comunitária que também elegem o grupo social como objeto de atuação.

Veras (1983) mostra como características da atenção primária em saúde mental a participação comunitária, a adaptação das condições e recursos da comunidade, o planejamento em função da demanda e o alcance das medidas em toda a população.

Caplan (1980) considera a prevenção primária um conceito comunitário envolvendo uma redução da taxa de novos casos de doença e implicando a neutralização das circunstâncias causantes antes que elas tenham oportunidade de causar a doença.

Dentro do conceito de prevenção primária em saúde mental, não se pode esperar pela ocorrência do distúrbio para atuar, mas atua-se para melhorar o nível de vida e saúde do grupo, dentro de uma escala de menos até mais. Não se atua sobre o efeito, mas sim sobre aquilo que o acarreta. Não se trabalha com o que existe, mas sim com aquilo que causa. A existência do efeito torna a causa perdida, pois caracteriza o aparecimento da doença. O trabalho preventivo implica a atuação sobre certas variáveis que acarretariam outras as quais queremos evitar. Assim, consideramos que diagnóstico precoce não é prevenção, pois a doença já se iniciou. A prevenção primária implica o controle de certas variáveis para que algo não ocorra. Parece que aí reside a grande dificuldade encontrada pelos técnicos em saúde mental na utilização da prevenção primária como recurso de atuação. A prevenção primária torna-se um conceito abstrato na medida em que implica intervir sobre algumas variáveis para que outras não ocorram. No entanto, a visão fracionada da etiologia das doenças mentais ao nível pessoal e hereditário, ignorando os fatores sociais, econômicos e ecológicos, torna essa prevenção uma ação distante do proceder que evita a formação da doença.

Para que a prevenção tenha sucesso, toda a ação tem que provocar uma não ação ou um não acontecer. No momento

em que a doença passa a existir e é identificada, a ação preventiva já terá fracassado, necessitando de outras medidas a nível de prevenção secundária e terciária.

Quando se fala em prevenção primária, é necessário que se defina o que se quer prevenir e se tenha em conta que os fatores principais determinantes das doenças não são necessariamente de origem psicológica. Fatores econômicos, habitacionais, sociais, políticos e familiares, além de outros, estão intimamente ligados aos afetivos. Não há mais espaço para o velho paradigma cartesiano de espírito e matéria e a independência entre eles. Sabemos hoje, principalmente através dos novos conceitos da Física Moderna, que o universo funciona dentro de um modelo de interconexões e interdependências, a partir das quais resulta um equilíbrio. Assim, as ações dos seres humanos dentro deste universo afetam o equilíbrio dos diversos ecossistemas. Hoje convivemos com poluição ambiental e alimentar, stress, crimes violentos, desnutrição crônica, desestrutura familiar e uma infinidade de outros problemas que estão diretamente ligados à saúde física e mental. Dentro desta abrangência de fatores interrelacionados que interferem em nossa saúde, não tem mais sentido nos apegarmos ao mecanicismo newtoniano e de forma míope examinarmos fatos isolados e a partir deles tentar compreender o universo. A física quântica superou os velhos conceitos de Descartes e Newton de corpo, mente, universo e ser humano como máquinas, ao descobrir que as menores estruturas da matéria não existem como "coisa", mas somente como interconexões. A relação entre elas lhes dá consistência. Valorizam-se as noções holísticas, de gestalt. Essas descobertas da física moderna revelam a unicidade básica do universo onde a natureza não nos mostra quaisquer elementos básicos isolados, mas apresenta-se como uma teia complicada de relações entre as várias partes de um todo unificado (Capra, 1982; Talbot, 1986).

A Medicina e a Psicologia, bem como a Biologia, apegaram-se ao modelo cartesiano-newtoniano ao valorizarem partes em detrimento do todo. Assim os psicólogos valorizam sobremaneira os fenômenos psíquicos e quase ignoram suas relações orgânicas. Os médicos de forma geral valorizam os aspectos somáticos e parciais como se um membro pudesse adoecer independentemente dos demais. O mecanicismo que direcionou as ciências humanas influenciou a compreensão do ser humano em

função de suas partes em detrimento do todo. Com freqüência, o médico é levado a especializar-se, o que equivale a dizer, aprender muito sobre uma parte do corpo, perdendo a noção de totalidade.

O modelo mecanicista foi útil à Física Clássica enquanto se propunha a estudar relações lineares de causa e efeito dentro do universo em sistemas fechados. As ciências biológicas cometeram um erro fatal quando tentaram aplicar um modelo útil para compreender sistemas fechados e lineares aos seres vivos que obedecem a outros parâmetros, ou seja, são sistemas abertos com trocas constantes com o meio e seguem um padrão de relações circulares. Isso tem limitado a compreensão da doença, a dimensão da cura e o alcance do conceito de saúde. E, enquanto as ciências humanas se detiverem em compreender o ser humano dentro do parâmetro mecanicista, encontrarão sempre problemas insolúveis (Ibid.).

A Medicina, Biologia e Psicologia deveriam proceder a uma alteração na concepção do ser humano e de seus problemas de forma fracionada, para uma postura holística, utilizando-se dos modernos conceitos da Física Quântica, como vem efetuando a Física Moderna para reestudar o universo.

Os técnicos ligados à saúde mental necessitam também de acompanhar os avanços da ciência. Novos questionamentos têm sido efetuados constantemente frente o doente, a doença e a sociedade e cada vez mais cresce o número de cientistas que acreditam serem os doentes mentais apenas vítimas indefesas de uma sociedade insana que procura se livrar dos indivíduos que a incomodam.

Sandler e Martins (1985) consideram que a teoria da Psiquiatria Comunitária se nutre no interesse pelo meio ambiente. Isso iria caracterizar uma revolução no campo das idéias e, como conseqüência mais importante, apareceriam alternativas institucionais à técnica psiquiátrica tradicional. A atenção deixa de ser direcionada para o indivíduo em si e volta-se para toda a comunidade. Os meios tradicionais de cuidado ao doente mental deixam de ser a viga de sustentação dos tratamentos. Criam-se pontos avançados no seio da comunidade e o indivíduo passa a ser acompanhado em seu habitat. A instituição fechada, rígida, com seus meios tradicionais de combate à doença, é seriamente

questionada. O técnico não mais espera o acontecer da doença e a vinda do doente aos hospitais e clínicas, mas sai de seu meio habitual de trabalho e vai ao encontro das pessoas incluídas dentro da taxa de risco de que a doença possa ocorrer. No momento, porém, em que a ação profissional se desloca para a comunidade, amplia-se a complexidade do problema e cria-se uma nova gestalt. Outros problemas não percebidos pelo técnico, como os políticos, sócio-econômicos, éticos e religiosos, ampliando-se o raio de ação e colocando o profissional frente à necessidade de assumir uma postura de verdadeiro cientista social.

Apesar de significar um real avanço na forma de encarar o doente e a doença, consideramos esta maneira de pensar bastante comprometida porque se utiliza basicamente dos mesmos modelos tradicionais. Alteram-se os métodos de tratamento, mas os doentes continuam a ser os mesmos. A mesma mentalidade de "cuidar" do "doente" permanece inalterada dentro do modelo organicista. Questões tais como "quem são os verdadeiros doentes?" ou "a quem realmente as instituições servem?" dificilmente são respondidas satisfatoriamente.

Apesar do extraordinário avanço da Medicina Moderna, uma das críticas mais severas que lhe é feita é a profunda desproporção entre o custo e a sua eficácia. Existe um espaço a ser compreendido entre o magnífico avanço da Medicina e a insignificante melhora do nível de saúde da população. Enquanto sofisticados aparelhos habitam os centros cirúrgicos de grandes hospitais, doenças tais como verminose, diarreia, sarampo, etc., matam milhares de crianças.

Sabe-se da dificuldade em se relacionar medicina e saúde pelo limitado conceito de saúde no modelo biomédico utilizado pelas estatísticas. Dentro da concepção holística, sabe-se que a ausência de doença não significa necessariamente saúde. Devem ser relevados os aspectos orgânicos, psíquicos, sociais e ecológicos e a doença deve ser vista como fruto do desequilíbrio em suas múltiplas relações e conexões (Capra, 1982).

## SAÚDE X DOENÇA

Segundo o Cadastro de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde em 1982, o Brasil contava com 20.581 hospitais públicos e 64.582 hospitais e clínicas privadas. Em 1983 o número de leitos públicos era de 108.647 enquanto que o número de leitos privados era de 337.703; portanto mais de três vezes maior que o número de leitos públicos. A distribuição de leitos por especialidade era a seguinte: Clínica Médica 90.554; Clínica Cirúrgica 52.999; Clínica Ginecológica e Obstétrica 50.982; Clínica Pediátrica 64.665; Clínica Psiquiátrica 83.792; Tisiologia 9.865; Dermatologia 8.599; Oncologia 4.712; Indiferenciada 57.497; outras 21.770.

Como pode ser visto, em 1983, existiam no país 83.792 leitos psiquiátricos, sendo superado em número apenas pelos leitos da Clínica Médica. Tamanho contingente pode levar a enganos quanto à assistência psiquiátrica. A extensão territorial, as diferenças regionais, a complexidade das causas etiológicas, o reducionismo psicofarmacológico como técnica terapêutica, aliados à demanda crescente dos distúrbios mentais, tem dificultado uma ação satisfatória. Além disso, as diretrizes dos planos de saúde têm se pautado por um modelo de assistência caótico, estigmatizador e extremamente conservador que em nada tem contribuído de fato para a saúde mental das pessoas. Reconhece o governo federal que a severa desigualdade na distribuição da renda, aliada à expansão demográfica urbana desorganizadamente, ao baixo nível dos vínculos afetivos familiares e às dificuldades de emprego, remuneração e transporte, são fatores de tensão e condicionadores de demanda crescente por assistência psiquiátrica. Infelizmente, a ação governamental tem apenas agravado esses complexos problemas.

O crescimento desordenado das grandes cidades tem favorecido a criação de grupos marginais, a intensificação da tensão psicológica, o abuso do álcool, os acidentes de trânsito, a farmacodependência, o fracasso escolar, a violência e o crime. A Organização Pan-Americana de Saúde (1983) alerta para as modernas epidemias de origem psicossomáticas e salienta a necessidade de medidas preventivas intensas se se quiser melhorar a vida nas cidades atuais e futuras.

O crescente processo migratório em direção às diversas cidades, onde se criou o mito da facilidade em se ganhar dinheiro, tem quase sempre objetivos fantasiosos. Existem pesquisas efetuadas tanto no Brasil (Bucher e Térzis, 1980), quanto no exterior (Halldin, 1985; Brieger, 1984), que mostram a existência de alguma relação entre migração e doença mental, apesar de existirem outras que concluem em direção contrária (Murphy, 1977; Almeida Filho, 1982).

Procurando uma melhor condição de vida, uma procriação de miseráveis costuma se deslocar de sua cidade natal ou do campo para outras regiões onde acreditam vão encontrar melhores condições de vida, provocando sérios efeitos psicossociais, tais como sentimento de perda de identidade cultural e pessoal, dificuldade de adaptação, expectativas frustradas e outras restrições que podem desembocar em enfermidades psicossociais e psicossomáticas (Bucher e Térzis, 1980).

Um número cada vez maior de famílias brasileiras tem se afundado na complexidade dos problemas existenciais e de sobrevivência, perdendo sua função básica de baluarte da saúde mental e se transformando na grande responsável pelo seu desencadeamento. A própria Previdência Social liga claramente a pobreza aos fatores etiológicos dos distúrbios mentais (Ferraz, 1984).

O descendente da espécie humana, dentre todas as espécies, é dos que nascem o mais desprotegido. Na realidade a natureza lhe reservou os primeiros anos de vida, suas primeiras relações sociais e afetivas, como de importância vital para o desenvolvimento físico e psicológico. Da forma como viverá esses primeiros anos, das condições ambientais, alimentares e afetivas dependerá seu maior ou menor ajuste posterior. São devesas conhecidos os estudos psicanalíticos, principalmente os de M. Klein, A. Freud, R. Spitz, J. Riviere, O. Kernberg, M. Mahler, entre outros e suas contribuições para o conhecimento e compreensão da importância das primeiras relações afetivas da criança para seu desenvolvimento e equilíbrio. Mesmo as doenças mais graves, como as psicoses, têm toda uma teoria psicossocial a lhes dar sustentação etiológica, sem ignorar, é claro, os fatores genéticos.

O crescimento da demanda aos serviços psiquiátricos parece ser um fenômeno mundial (Stoller, 1969; Bland et al, 1984; Zuo, 1985; Teplin, 1985; Blazer, 1985; Vikan, 1985; Stanley e Gibson, 1985; Kessler, 1985; Cheng, 1985) e o Brasil infelizmente não foge à regra (Ferraz, 1984).

Os desajustes mais freqüentes encontrados nos ambulatórios psiquiátricos têm em sua causa etiológica profundas implicações sociais ligadas ao desajuste familiar, à fome, à ausência de saneamento básico, ao desemprego, à baixa remuneração do trabalho etc. Ora, qualquer programa em direção à saúde mental tem que levar em conta esses complexos e difíceis problemas, sob pena de carecer de seriedade. Não se pode mais investir fortunas em leitos psiquiátricos e paliativos psicoterapêuticos, onde uma mentalidade capitalista de lucro se instalou (Lima Ferreira, 1987). Pelo fato de o modelo biomédico estar ligado ao mesmo paradigma mecanicista utilizado por outros setores da sociedade em que uma parte assume o papel do todo, a Medicina tem se modelado pelas mesmas forças de outros setores da economia, onde o principal objetivo não se liga primordialmente à saúde pública, mas à satisfação de interesses econômicos. Esta diretriz levou os laboratórios e hospitais a transformarem a saúde numa mercadoria vendável dentro das mesmas regras econômicas do mercado livre (Capra, 1982). Enquanto que um número total de quinhentos medicamentos seriam suficientes para atender à necessidade de saúde da população, existem mais de quinze mil remédios sendo comercializados (Peters, 1987).

Na nossa cultura o desenvolvimento econômico tem sido relacionado ao crescimento tecnológico. Há uma crença generalizada e errônea de que todos os problemas possuem soluções tecnológicas. Assim procura-se na energia nuclear uma alternativa para a escassez de energia. Dificuldades políticas são compensadas com a fabricação de bombas e mísseis. O envenenamento do meio ambiente pelos subprodutos das indústrias e agrotóxicos é remediado pela fabricação de tecnologias especiais para seu combate que também afetam o meio ambiente de forma ainda ignorada. Enfim, nossas soluções tecnológicas costumam transferir os problemas de um ponto para outro no ecos-

sistema global e não raro os efeitos colaterais dessa falsa solução são mais prejudiciais que o problema original (Ibid.).

A eficiência de uma companhia costuma ser medida em termos de lucros, mas não se questiona o fato de que, com muita frequência, eles são obtidos às custas da exploração social ou ambiental. Esses custos não são levados em conta. No entanto deveriam, para que a noção de lucro passasse a ser associada à criação de riquezas reais e não à exploração cega dos recursos naturais.

O mesmo tem se dado com a saúde. O modelo linear de causa e efeito da Física, prontamente foi assimilado pela Medicina, através do binômio doença-remédio, e tem induzido as pessoas à crença de que "para cada sintoma há um remédio", a tal ponto que muitos médicos reduziram sua atuação a receitar medicamentos. Assim, um tanto sem se dar conta, o médico se torna cúmplice dos interesses dos grandes fabricantes de remédios que tem no lucro seu objetivo supremo. O consumo de remédios se torna mais importante que a própria saúde. Dentro desta visão, a saúde se transforma numa fatal ameaça aos fabulosos lucros auferidos pelos laboratórios e as medidas preventivas precisam ser evitadas. É notório que se gastam muito mais recursos tanto financeiros, do que humanos na atenção secundária à saúde (aí entram também os medicamentos), enquanto que, com menor dispêndio e muito mais eficácia, se poderiam conseguir bons resultados tomando medidas preventivas.

Necessário se faz uma mudança radical na forma de encarar a doença e o doente. A hospitalização do doente mental foi historicamente motivada pela preocupação em separar o doente do meio social, geralmente confundido com marginais e mendigos e sempre vítima do modelo social (Goffman, 1961; Resende, 1987).

Parece inequívoco que muitos são os fatores ligados à etiologia dos distúrbios mentais e que o velho paradigma mecanicista de causa e efeito deve ser repensado. Não existem mais dúvidas de que a saúde mental passa necessariamente por uma boa nutrição, condições mínimas de higiene e moradia e que fatores econômicos, políticos e sociais estão diretamente ligados à sua etiologia. São necessárias mudanças profundas na estrutura da organização social, nas condições de vida das pessoas, no



conceito de saúde e doença e na formação dos profissionais da saúde. É nesse caminho que se encontra grande desafio e responsabilidade dos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, antropólogos, sociólogos e outros profissionais indiretamente ligados à saúde pública mental.

### ABSTRACT

*The author does some theoretical considerations about community psychiatry and epidemiology and shows some problems that are connected to the etiology of mental disease. The mechanical model of medicine and psychology, and some difficulties are discussed. Concludes claiming more extensive participation of health professionals in the political, social and economical programs.*

### BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA FILHO, N. — Migrações internas e distúrbios mentais — Novas evidências para uma velha hipótese. *Acta Psiquiatr. Psicol. Amer. Lat.*, 28: 21-29, 1982.
- BARCHAS, J. D. et al. — The ultimate stigma: Inadequate finding for research on mental illness and addictive disorders. (Editorial) *Am J Psychiatry (Supplement)*, 142(7): 6-7, 1985.
- BLAND, R. C. et al — Boom town mental health. *Can J Psychiatry*, 29: 687-691, 1984.
- BLAZER, D. — Psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 651-656, 1985.
- BRIEGER, W. R. — Maternal migration and child health. *Journal of Tropical Pediatrics*, 30: 262-264, 1984.
- BUCHER, R. e TERZIS, A. — Ordem de nascimento e relacionamento fraterno em esquizofrênicos. *Arquivos de Neuro Psiquiatria*, 38: 53-64, 1980.

- BUSNELLO, E. — **A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária.** Tese de livre docência em Psiquiatria. UFRS, 1977.
- CAPRA, F. — **O ponto de mutação.** S. P., Cultrix, 1986.
- CAPLAN, G. — **Community psychiatry — Introduction and overview.** In: **Concepts of community psychiatry.** Edited by Stephen E. Goldston, Washington, D.C., 1965.
- CAPLAN, G. — **Princípios de psiquiatria preventiva.** RJ, Zahar, 1980.
- CHENG, T. — **A pilot study of mental disorders in Taiwan.** *Psychological Medicine*, 15: 195-203, 1985.
- FERRAZ, M. P. T. — **Prioridades em saúde mental.** *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo*, 44 11-17, 1984.
- GOFFMAN, E. — **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo, Ed. Perspectiva, 1974.
- HALLDIN, J. — **Prevalence of mental disorders in an urban population in central Sweden.** *Acta Psychiatr. Scand.*, 69: 503-518, 1984.
- KESSLER, L. G. et al — **Psychiatric disorders in primary care.** *Arch Gen Psychiatry*, 42: 583-587, 1985.
- LIMA FERREIRA, C. V. — **Estudo epidemiológico das doenças mentais em amostra hospitalar no Sul de Santa Catarina.** Tese de Mestrado em Psicologia clínica - PUCCAMP, 1987.
- LOPES, H. O. D. — **La investigation epidemiológica como generadora de conocimiento científico.** *Gaceta Médica de México*, 121: (3-4): 158-163, 1985.
- MARTINS, C. e SANDLER, P. C. — **Avaliação crítica da psiquiatria comunitária.** *Arg Neuro Psiquiatria*, 38 (1): 65-73, 1980.
- MURPHY, E. — **The impact of depression in old age on close social relationship.** *Am J Psychiatry*, 142: 323-327, 1985.
- OMS — **Epidemiologia de los trastornos mentales.** Ginebra, OMS, 1960.
- OPAS — **Dimensiones sociales de la salud mental.** Washington, OPAS, Public. Científica nº 446, 1983.

- PETERS, G. — Medicamentos: pelo uso racional. *O Correio da Unesco*, 15(10): 21-24, 1987.
- REID, D. D. — Los métodos epidemiológicos en el estudio de los transtornos mentales. Ginegra, OMS, 1964.
- RESENDE, H. — Política de saúde mental no Brasil — Uma visão histórica. In: Tundis, S. A. e Costa, N. R. — *Cidadania e Loucura-Política de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1987.
- SASHIN, M. — Theoretical models in community and social psychiatry. In: Roberts, L. et al — *Community psychiatry*. Madison — The University of Wisconsin Press, 1966.
- STANLEY, B. e GIBSON, A. J. — The prevalence of chronic psychiatric morbidity: A community sample. *British J of Psychiatry*, 146: 372-376, 1985.
- STOLLER, A. — Urbanization and mental health. *The Medical Journal of Australia*, 2: 223-228, 1969.
- TALBOT, M. — *Misticismo Y física moderna*. Barcelona, Ed. Kairos, 1986.
- TEPLIN, L. A. — The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. *Am J Psychiatry*, 142: 593-599, 1985.
- TURATO, E. R. — Transtornos mentais em ambulatórios. *J. B. M.*, 49: 118-123, 1985.
- VERAS, F. M. F. — Atenção primária em saúde. In: Rouquayrol, M. Z. (Organiz.) — *Epidemiologia e saúde*. Fortaleza, UNIFOR/CNPq, 1983.
- VIKAN, A. — Psychiatric epidemiology in a sample of 1510 ten year old children. — I. Prevalence. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 26(1): 55-75, 1985.
- ZUO, C. et al — Patterns of psychiatric consultation a chinese general hospital. *Am J Psychiatry*, 142: 1092-1094, 1985.

## COMUNICAÇÕES

### A FAMÍLIA DO FARMACODEPENDENTE

Saulo Monte Serrat\*

Embora seja a farmacodependência um dos problemas que afligem a Humanidade de modo muito preocupante, na verdade ainda pouco sabemos a respeito dela, sendo grandes as divergências sobre as características do farmacodependente e as razões que o levaram ao abuso de drogas.

Uma das causas mais comumente apontadas tem sido o mau relacionamento familiar.

Monte Serrat (1984), numa pesquisa realizada na região de Campinas, encontrou entre os farmacodependentes um relacionamento familiar mais conflitivo do que entre os reeducandos do Presídio São Bernardo de Campinas.

A maneira como a família influenciaria na dependência das drogas é assunto muito controvertido. Jurich et alii (1985) realizaram uma revisão em pesquisas que abordaram o relacionamento do farmacodependente com sua família.

Dos 85 trabalhos analisados apareceram como conclusões comuns a muitos deles: os farmacodependentes eram provenientes de famílias desarmônicas, com problemas sérios de relacionamento entre seus membros; em muitos casos constatou-se a ausência física ou psíquica dos pais; eram comuns os problemas de comunicação entre os membros da família; era freqüente o uso de drogas lícitas ou ilícitas ou de bebidas alcoólicas pelos membros da família e, finalmente, as normas disciplinares na família eram estabelecidas ou de modo autoritário ou segundo o princípio do "laissez faire".

(\*) Pós-Graduação em Psicologia - PUCAMP.

Analisando-se o trabalho de Jurich, verifica-se que nem sempre as conclusões coincidem ou se complementam: algumas são independentes e outras chegam a se opor entre si.

Jurich levanta um problema metodológico encontrado em relação a alguns desses estudos que realizaram comparações entre grupos. Enquanto que o grupo controle, o de pessoas que nunca usaram drogas, era escolhido segundo um critério único, o grupo de usuários incluía desde dependentes de drogas pesadas até experimentadores de maconha.

Angel e Sternschuss — Angel (1983) realizaram também uma revisão crítica de 63 trabalhos que focalizaram a família do toxicômano.

Como na revisão anterior, foram encontradas conclusões ou convergentes, ou independentes umas das outras, ou divergentes entre si.

Os autores enfatizam a dificuldade de se estabelecerem os mecanismos patogênicos em jogo dentro de uma família, com a utilização apenas de questionários.

Os estudos acima mencionados levaram à caracterização das famílias dos usuários: de maconha, de alucinógenos, de barbitúricos, de anfetaminas e de heroína.

Em relação à última droga, são citados trabalhos que pretendem estabelecer diferenças entre as famílias dos heroínômanos que aspiram a droga e daqueles que a tomam por via endovenosa.

Podemos nos perguntar qual o valor e a confiabilidade desses estudos tão específicos.

Alexander e Dibb (1977) aplicaram um instrumento denominado "Matriz de Interpercepção" em oito famílias de dependentes de heroína. Utilizando-se a técnica do pareamento, foram comparados os resultados com os de um grupo de controle.

Da comparação feita emergiram algumas das características das famílias dos farmacodependentes: (a) todos revelaram baixa estima pelo dependente e ele próprio apresentou baixo nível de auto-estima; (b) os farmacodependentes foram descritos como pessoas muito diferentes de seus pais; (c) houve um consenso sobre os maiores defeitos dos farmacodependen-

tes, e que seriam a passividade e a dependência; (d) as mães dos farmacodependentes descreveram-se como pessoas pouco agradáveis e passivas. Concluem os autores que esses resultados ampliam e validam parcialmente observações clínicas, segundo as quais, a percepção social nas famílias de farmacodependentes tende a perpetuar sua adição aos opíatos, uma vez que solapam sua auto-estima.

Kandel (1981) diz que o uso de bebidas alcoólicas é normalmente aprendido com os pais, enquanto que o da maconha seria através de companheiros.

Quanto ao uso de drogas ilícitas, que não a maconha, estaria ele ligado, entre outros, a problemas de relacionamento familiar, ao contato com pessoas que usam tais drogas, ao uso anterior da maconha e a uma série de características pessoais, com desvios mais nítidos do que os observados no usuário da maconha ou de bebidas fortes.

Glynn (1981) contradita algumas dessas afirmações, dizendo que, em relação ao uso da maconha, a influência dos pais é maior do que deixa entrever o trabalho de Kandel. Diz também que, quanto ao uso de bebidas fortes, o efeito modelador exercido pelos companheiros poderia ser o fator mais importante a se considerar.

Mc Glothlin (apud Fishman, 1982) afirma que os dependentes de drogas são provenientes, em geral, de lares desfeitos de famílias pertencentes a um "status" sócio-econômico acima da média. Frequentemente têm pais que bebem e fumam e mães que usam tranqüilizantes.

Fishman (1982) diz que o uso de drogas e a disfunção familiar reforçam-se mutuamente. Haveria assim um padrão circular: o jovem, ao usar a droga, estaria estabilizando a homeostase familiar e a necessidade de a família se manter estável asseguraria a manutenção das condições que levaram o jovem à droga.

Afirma também que, quando os profissionais focalizam sua atenção no uso da maconha e não nas dificuldades interpessoais existentes, particularmente no meio familiar, deixam de lado justamente a parte do problema sobre a qual podem exercer a maior influência.

Glynn (1981), citando vários estudos, diz que, em relação às drogas, um bom relacionamento familiar desencoraja o seu uso, enquanto que os atritos e brigas têm um efeito contrário.

Para Gorsuch e Butler (1976), algumas iniciações individuais ao uso de drogas ilícitas podem ter como fatores predisponentes: o rompimento de relações normais entre as crianças e seus pais; a falta de participação em um grupo organizado e a falta de um relacionamento efetivo com amigos. Para esses autores, a pesquisa sugere que a adesão a normas não tradicionais, os modelos oferecidos pelos pais no uso de drogas lícitas ou ilícitas, o envolvimento com amigos que usam drogas, e experiências gratificantes com o uso de drogas podem ser fatores importantes para a iniciação à farmacodependência.

Hunt, (apud Gorsuch e Butler, 1975), diz que percebeu um relacionamento direto entre a permissividade dos pais e o uso de maconha pelos filhos jovens. Afirmo ele que o uso de drogas era mais freqüente entre aqueles adolescentes cujos pais tinham um estilo de liderança do tipo "laissez-faire" e não do tipo democrático, tal como é definido pela Psicologia Social.

Gersick (1981) nos alerta sobre os erros metodológicos presentes em muitos trabalhos sobre farmacodependência.

As generalizações feitas a partir de grupos com características bem definidas podem levar a resultados falaciosos, como aconteceu com Jacobs e alii que, em 1965, concluíram pela existência de uma correlação entre o comportamento agressivo e a trissomia XYY.

Os resultados dos estudos realizados entre a população de presídios e de hospitais de segurança máxima foram divulgados e aceitos como bons pela comunidade científica.

Nassi e Abramowitz (1976) nos informam que, apesar de toda fragilidade metodológica do trabalho realizado, em 1970, a Johns Hopkins University, com financiamento do National Institute of Mental Health, havia feito uma triagem, em centros de detenção juvenil e nos guetos negros, à procura de pessoas violentas, com base na teoria de Jacobs.

Apenas algum tempo depois, estudos mais cuidadosos concluíram que os índices encontrados por Jacobs não diferiam dos existentes na população em geral.

O mesmo erro metodológico poderá estar sendo repetido, quando se estuda determinado grupo de farmacodependente e se atribuem a ele, com exclusividade, as conclusões resultantes da análise dos dados, sem a preocupação de saber se elas seriam também válidas para grupos mais abrangentes ou mesmo para a população em geral.

Na pesquisa que iniciamos, estamos procurando, através de uma entrevista estruturada, levantar os seguintes dados:

1. Delimitação do grupo familiar: 1.1 grau de coesão; 1.2 desempenho de papéis; 1.3 exercício da autoridade.
2. Rede de comunicação familiar: 2.1 intensidade; 2.2 clareza; 2.3 distorções e truncamentos; 2.4 incoerências; 2.5 conteúdos; 2.6 duplas mensagens.
3. Funcionamento do grupo familiar em relação a: 3.1 flexibilidade das regras; 3.2 tomada de decisões; 3.3 mobilização do grupo familiar ante um problema; 3.4 assunção de responsabilidade; 3.5 respeito mútuo; 3.6 expressão de conflitos.
4. Auto-estima.

As variáveis em relação ao grupo familiar foram estabelecidas a partir dos estudos de Batesoni (1956), Satir (1967), Sorrels e Ford (1969), Minuchin (1974), Stachowiack (1975), Pichon-Rivière (1978) e Carneiro (1983).

Começamos entrevistando farmacodependentes internados voluntariamente em instituições de recuperação.

Posteriormente, utilizando-se da técnica do pareamento, iremos entrevistar pessoas não dependentes de drogas.

As respostas obtidas serão submetidas à juízes que, em relação aos aspectos acima, classificarão as famílias sem saber se elas são de farmacodependentes ou não.

Os resultados serão comparados e analisados estatisticamente.



## **AFINAL, O QUE PODE FAZER O PSICÓLOGO ESCOLAR?**

**Paulo Rennes Marçal Ribeiro  
Raquel Souza Lobo Guzzo\***

Dentro da estrutura educacional brasileira, existe um espaço que precisa ser preenchido: o da Psicologia Escolar. É uma área quase desconhecida pela grande maioria dos profissionais de Educação, sejam eles professores, diretores, burocratas das Delegacias de Ensino ou estudantes de Pedagogia. E até mesmo os livros de Orientação Educacional têm uma visão ultrapassada e restrita em relação ao trabalho que pode ser desenvolvido pelo Psicólogo Escolar.

A idéia basicamente difundida, tanto no meio popular e escolar quanto entre alguns Psicólogos, é a de que um Serviço de Assistência Psicológica na escola deveria funcionar com a finalidade de detectar e solucionar os problemas emocionais, de aprendizagem ou de comportamento apresentados pelos alunos, ou seja, um modelo voltado para a Psicologia Clínica. Ao contrário, o Psicólogo Escolar deve ter objetivos mais amplos do que remediar problemas individuais.

Se o trabalho do Psicólogo na escola se restringir ao atendimento do aluno-problema, tentando diagnosticar e modificar comportamentos considerados inadequados, estará não só limitando sua atuação, a qual poderia, se de outra forma, atingir um número muito maior de estudantes, como também estará contribuindo diretamente para a manutenção do modelo educacional vigente e que é a origem e a causa de muitos dos problemas encontrados nas escolas. Atuando dessa maneira, o

Psicólogo estará adotando uma posição alienada, esquecendo-se de que os problemas são muitas vezes criados pela própria estrutura da escola, pelo próprio sistema educacional afetando o processo ensino-aprendizagem.

Cabe aqui um esclarecimento de que existem alunos com problemas, os quais necessitam de um acompanhamento por parte de um Psicólogo Clínico. Certamente que o Psicólogo Escolar não deixará de usar seus conhecimentos para ajudar esses alunos. A questão é que se trata de uma abordagem distinta da de sua função num estabelecimento de ensino; portanto, detectando tal problema, deverá orientar os professores e pais do aluno para que este possa realizar um tratamento clínico adequado com um profissional especializado nesta área.

O trabalho do Psicólogo Escolar deveria ser mais a nível preventivo do que remediativo. É uma atuação profilática, enquanto que o atendimento clínico é terapêutico. O Psicólogo Escolar passaria a ser um especialista que colabora com outros especialistas, fazendo parte da equipe de profissionais que atua como uma entidade global, mesmo com funções distintas.

Mas, concretamente, o que poderia fazer o Psicólogo Escolar?

A equipe da escola, juntamente com os professores, enfrenta problemas das mais variadas espécies, evidenciados principalmente pelas dificuldades que os alunos têm para aprender. Essas dificuldades não são facilmente identificadas e sob o "estigma" — "esse não aprende" — pouco ou nada é feito pela criança que entra assim na rota infalível do "insucesso acadêmico", a marginalização cultural e social.

Atuar com as dificuldades de aprendizagem e ao mesmo tempo prevenir que um número maior de crianças não sejam rotuladas como portadoras desse mesmo problema, tem-se tornado um desafio para uma equipe multidisciplinar na escola pública e principalmente para o Psicólogo Escolar.

As crianças com dificuldades de aprendizagem são aquelas que aprendem devagar ou que não aprendem como a maioria dos alunos, ou melhor, como a professora esperava que aprendessem, ou ainda... como os pais esperavam que aprendessem. Essas crianças necessitam de cuidados especiais, às vezes de programas especiais. Elas podem ser lentas, dispersas, irrequie-

tas, indisciplinadas ou mesmo agressivas. Elas se comportam de maneiras diferentes e quase sempre depois de uma análise constata-se que essas maneiras de se comportar estão relacionadas à sua dificuldade para aprender e ao sentimento negativo que daí decorre.

As causas das dificuldades de aprendizagem são agrupadas nas seguintes classes:

As causas cujas origens estão voltadas para **experiências insatisfatórias**, ou seja, a criança tem dificuldade para aprender porque se desenvolve sob condições adversas de vida, experiências dolorosas, principalmente relacionadas a aspectos afetivos de seu desenvolvimento;

As causas que advêm de **carências de experiências**, quando a criança tem dificuldade por não ter sido suficientemente estimulada, foram pobres suas experiências de vida;

As causas advindas do **processo de ensino** — a criança apresenta dificuldade para aprender porque o professor a ensina de uma forma não adequada para suas necessidades.

Há ainda as causas de **origem física**, ou seja, a criança tem dificuldades para aprender porque tem grandes limites físicos ou neurológicos "e que são associados a desvios de função do sistema nervoso central. Esses desvios podem manifestar-se por diversas combinações de deficiências na percepção, linguagem, memória e controle de atenção, de impulso ou de função motora (CLEMENTS, 1966)".

É necessário que professores e técnicos de educação ensinem as crianças a utilizar da melhor forma possível suas habilidades, conheçam as causas das dificuldades de aprendizagem e não permitam que os alunos simplesmente "engulam" conteúdos programados para uma realidade tão diferente e tão distante dela. É uma área de muito trabalho para o Psicólogo.

Além desse campo específico de Aprendizagem, o Psicólogo Escolar poderia realizar trabalhos junto a professores, pais e diretores, com programas de treinamento ou orientação, onde seria desenvolvido melhor sistematização de processos a serem utilizados na assistência aos alunos. O mesmo tipo de trabalho poderia ser desenvolvido especificamente para a avaliação e treinamento de professores, os quais aumentariam suas potencialidades e aprimorariam sua metodologia de ensino.

Junto aos alunos, seriam discutidas questões ligadas à escola e ao estudo, assim como problemas característicos da adolescência, orientação sexual e orientação profissional.

Em relação a crianças, poderia atuar na alfabetização, tanto junto a alunos com dificuldades em acompanhar o método, como junto a crianças do fim do jardim ou do pré-primário, para avaliar sua prontidão para a alfabetização. Também poderia atuar na orientação psicomotora para crianças com dificuldades nessa área.

O Ensino Especial teria uma ajuda valiosa e indispensável com a atuação do Psicólogo na organização das classes especiais, na avaliação psicológica e no desenvolvimento mental dos alunos, no acompanhamento da criança para o retorno ao ensino regular e na orientação da família do aluno com necessidade de ensino especial.

Sem querermos ser enfadonhos citando tantas contribuições dadas por um Psicólogo atuante na área educacional, não podemos deixar de mencionar o seu papel fundamental nas reformas educacionais e no planejamento de currículos escolares; como pesquisador no campo da Educação, detectando problemas e sugerindo soluções; no desenvolvimento afetivo-emocional do professor em relação a seus alunos; etc.

Ao professor cabe um importante papel nesse contexto, por ser o intermediário entre as propostas do sistema e a clientela — os alunos. Funciona, assim, como agente reprodutor de uma ideologia dominante e ao mesmo tempo anteparo para os conflitos que emergem dessa imposição de fatores à população escolar (Mansur in Khouri, 1984). Sem condições mínimas de trabalho, muitas vezes com número excessivo de alunos em classe, os professores, no exercício diário de suas funções, experimentam solidão, desânimo e mesmo impotência para resolver alguns de seus mais elementares problemas.

Enquanto alguns vivem os problemas educacionais como alheios a si, outros tentam assumir e contornar situações. Buscam a renovação de suas práticas educativas, procuram reciclar-se, conhecer melhor e mais profundamente seus problemas da sala de aula para melhorar a qualidade do ensino que ministram. Esses professores, diretores, supervisores e técnicos são em número reduzido em nossa sociedade educacional. Eles encon-

tram resistência dentro das suas próprias instituições e, diante de pressões e dificuldades, o ciclo da inadequação se repete por exclusiva falta de apoio às iniciativas de mudanças.

Dáí que o Psicólogo Escolar deve ser um Educador por excelência, não só porque pode desempenhar papel vital na formação de professores e alunos através do seu contato diário com os corpos docentes, discente e administrativo, mas porque atualmente a estrutura do sistema educacional está voltada para o "técnico-burocrático" em detrimento do educador. Está voltado mais para a informação do que para a formação. Faz desaparecer todo questionamento em torno dos problemas sociais, políticos e econômicos que repercutem na escola. O senso crítico de nossos alunos é desestimulado e o comportamento considerado adequado é o da "submissão", do "não-questionamento", do "não pensar", dos "testes de múltipla escolha".

O envolvimento do Psicólogo com a situação do ensino tem de ser caracterizada como uma atuação social e política que considere a necessidade de discutir os limites da Educação buscando integrar valores sociais, comunitários e individuais.

O Psicólogo Escolar tem um papel importante dentro do nosso sistema educacional: o de ser um transformador que colabore ativamente para que nossos alunos sejam educados num modelo que valorize a criatividade e o pensar e respeite a individualidade de cada um.

## BIBLIOGRAFIA

- CLEMENTS, S. D. — **Minimal Brain Dysfunction in Children.** NINDB Monograph nº 3 (USPHS Publication nº 1415). Washington, D. C.: U. S. Department of Health, Education, & Welfare, 1966.
- GUZZO, R. S. L. — **Eficiência de um treino em linguagem oral: desenvolvimento do repertório básico para alfabetização.** Tese de Mestrado. Instituto de Psicologia da USP, 1981.
- GUZZO, R. S. L. — **Reflexões sobre a prática do psicólogo escolar na rede pública: assessoria ao ciclo básico de alfabetização.** Trabalho não publicado, 1984.

**LEITE, S. A. S. — Alfabetização: Um Projeto Bem Sucedido.**  
São Paulo: Edicon, 1982.

**WITTER, G. P. — O Psicólogo Escolar: Pesquisa e Ensino.** Tese  
de Livre Docência. Instituto de Psicologia da USP, 1977.

**KHOURI, Y. G. e cols. — Psicologia Escolar.** São Paulo: E. P.  
U., 1984.

## REFLEXÕES SOBRE A RELAÇÃO DE SUPERVISÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

Maria das Graças Nascimento\*

As reflexões contidas neste trabalho têm origem em diversas fontes: discussões com colegas que dão supervisão em clínica-escola; aulas da disciplina "Temas Atuais de Psicologia"; leitura (v. bibliografia ao final); e, sobretudo, vivências pessoais: minha experiência como aluna (supervisionada)\*\* durante os últimos três anos e fantasias sobre o papel de supervisora que deverei desempenhar ao terminar o mestrado. Referem-se apenas à situação de supervisão individual, embora alguns aspectos apliquem-se também à supervisão em grupo.

Trata-se, portanto, de reflexões de alguém que só viveu efetivamente um lado da relação. Certamente, há muito mais a dizer sobre o tema; estou apenas assinalando alguns aspectos que me sensibilizaram durante as vivências a que me referi acima.

### SUPERVISÃO CLÍNICA: UMA RELAÇÃO

A supervisão se constitui, antes de mais nada, numa relação humana e, como tal, sujeita a todas as vicissitudes que caracterizam as relações humanas: amor, raiva, submissão, competição, inveja, gratidão, desejo de independência, medo da independência, enfim, todas as emoções e sentimentos contraditórios e ambivalentes que permeiam as relações entre as pessoas. Tudo isto se complica pelo fato de ser uma relação desigual, de alguém que detém maior conhecimento e experiência com al-

(\*) Mestranda — Instituto de Psicologia - PUCCAMP.

(\*\*) Estou utilizando a palavra "aluno" para designar o supervisionando, mesmo que a situação não se refira à de clínica-escola.

guém que deseja partilhar desse saber, e cujo objeto de aprendizagem não se limita a habilidades e conhecimentos, mas inclui a própria personalidade do aluno, sua capacidade de utilizar as emoções como um instrumento de trabalho e o inconsciente como um receptor para captar as "mensagens" do paciente, para usar a analogia de Freud.

Trata-se de uma relação, a meu ver, mais difícil que a de terapia; ambas lidam com material que mobiliza angústia, culpa, inveja, ciúme, competição, medo, fantasias persecutórias e outras emoções perturbadoras, porém somente na situação terapêutica esses sentimentos e fantasias são trabalhados. O supervisor pode apenas apontar o que lhe parecerem dificuldades pessoais do aluno; se eles mantêm uma boa relação e o aluno está em terapia, torna-se uma oportunidade de crescimento; caso contrário, fica difícil ocorrer uma mudança.

## ASPECTOS RELACIONADOS AO SUPERVISOR

Winnicott (1963), comparando a dependência do lactante com a dependência na transferência analítica, diz que um fator essencial para a análise é o "analista suficientemente bom". Acredito que esta afirmação se aplica também à relação de supervisão, nos aspectos ligados à dependência.

Parece-me que o sucesso ou fracasso da relação supervisor-aluno depende mais do supervisor que do aluno. É claro que, como se trata de uma relação, tudo que se passa nela diz respeito aos dois envolvidos; da mesma forma que os fatores constitucionais do bebê influenciam as reações da mãe, as características do aluno vão influenciar as atitudes do supervisor. No entanto, espera-se que o supervisor seja o membro mais amadurecido do par e saiba promover o crescimento do aluno a despeito dos problemas que possa haver, ou que o encaminhe a um outro profissional se isto for o mais indicado.

Penso que, da mesma forma que a mãe pode inconscientemente desejar que o filho não cresça para mantê-lo dependente, o supervisor pode dificultar o desenvolvimento do aluno por competição, por temer a separação, por medo de se sentir desnecessário ou superado. Pode também desejar tanto mostrar



seus conhecimentos que não abra espaço para que o aluno se coloque. Pode querer se impor como modelo, não permitindo que o aluno encontre seu próprio estilo. Pode se tornar sufocante, superprotetor, ou pode não respeitar as limitações do aluno, mostrando-se exigente e persecutório.

Todos esses aspectos, bem como os que se referem ao aluno e serão abordados a seguir, têm relação com vivências transferenciais e contratransferenciais dos dois membros do par.

## ASPECTOS RELACIONADOS AO ALUNO

O aluno pode trazer muitas dificuldades para a relação de supervisão devido à sua maior imaturidade, inexperiência e também a características de personalidade.

Por insegurança, pode encarar a supervisão como persecutória, sentindo-se avaliado e criticado. Neste caso, pode reagir agressivamente, não aceitar as opiniões do supervisor ou até omitir e mesmo falsificar o material da sessão, para evitar que o supervisor perceba suas "falhas".

Pode ter inveja do saber do supervisor, ou idealizar este saber, esquecendo-se de que o supervisor se encontra numa posição privilegiada para analisar o material, sem a pressão do tempo e a ansiedade da situação terapêutica.

A competição pode igualmente levá-lo a querer mostrar apenas o que sabe, perdendo a oportunidade de aprender.

Uma atitude oposta seria a de submissão, em que o aluno aceita passivamente a opinião do supervisor, por ansiedade ou por medo de discordar.

Muitas outras variáveis interferem na relação de supervisão. Além dos fatores transferenciais e contratransferenciais, que foram parcialmente exemplificados nas considerações acima, há ainda: o paciente, a instituição (quando se trata

de clínica-escola) e o terapeuta do aluno. Porém, vou limitar-me ao que foi abordado, passando a considerar a tarefa que constitui o objetivo da supervisão: o ensino-aprendizagem de terapia.

## A DIFÍCIL APRENDIZAGEM DE SER TERAPEUTA

Ser um bom terapeuta depende, principalmente, de um amadurecimento pessoal e profissional. É difícil aprender teoria se não se conhece o funcionamento da própria mente, e isto não se consegue apenas através de leituras, embora elas também sejam importantes. Só se consegue através de análise pessoal e de atendimento psicoterápico. É difícil suportar o não saber, confrontar-se com a maior experiência do supervisor e se perceber incapaz de captar aspectos que a ele parecem fáceis. Porém só é possível alcançar essa capacidade se se suportar a ansiedade de não saber.

Há pouco tempo fiz uma constatação interessante. Ao reler um texto de Melanie Klein, que há três anos tinha me parecido incompreensível, descobri estar fazendo a leitura com prazer. O texto era o mesmo, mas eu estava diferente. Três anos de terapia, de atendimento clínico, de supervisão tinham tornado os conceitos familiares — eu estava lendo sobre meu próprio psiquismo, não sobre as idéias complicadas de uma autora que desconhecia.

O mesmo se passa em relação ao paciente. De nada adianta tentar entendê-lo como a personificação dos sintomas descritos nos livros. Só a sensibilidade do terapeuta é capaz de captar suas angústias, fantasias e desejos, por identificação com as suas próprias.

Aprender a ser terapeuta é um processo, tal como a análise, interminável. Um processo inclusive de controlar a própria onipotência, de aceitar que alguns aspectos do cliente serão sempre difíceis de se entender, não importa o quanto de experiência se tenha; que a cada dia o paciente se modifica e o terapeuta também; que a terapia é uma relação, que deve ser vivida e não teorizada. Com a peculiaridade de que o terapeuta deve ser capaz de se envolver na relação, porém podendo utilizar seu ego racional para compreender o que se passa e transmiti-lo

ao paciente sem perturbá-lo. Algo que é quase mágico: ser capaz de um "splitting" sem se perder, um "splitting" que favorece a saúde e não a loucura.

Aprender a ser terapeuta talvez seja entender que o fundamental é estar sintonizado com o próprio inconsciente e que nenhuma teoria substitui a sensibilidade, o auto-conhecimento e o respeito pelo ser humano. Cabe ao supervisor ajudar o aluno a descobrir tudo isto, a se conduzir no caminho fascinante e difícil do conhecimento da mente humana.

### BIBLIOGRAFIA

- CARVALHO, R. M. L. L. — O Ensino das Psicoterapias Psicanalíticas. *Estudos Psicologia*, 1 (3-4): 127-33, 1984.
- GRINBERG, L. — A Supervisão Psicanalítica: Teoria e prática. Trad. Júlio C. Guimarães. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- WINNICOTT, D. W. (1963) — "Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica" In: *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineu C. S. Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
- ZARO, J. S. et alii. — *Introdução à Prática Psicoterapêutica*. Trad. Lúcio R. Marzagão. São Paulo, E.P.U./E.D.U.S.P., 1980.

## RESENHAS

### VESTÍGIOS DE ESPANTO\*

Ana Cristina César Zamberlan\*\*

Imprescindível leitura para aqueles que são interessados nos espantos da vida e acreditam que esses vestígios surpreendentes fazem parte dela. Essas notas de fins de semana de um psicólogo transportam o leitor para fatos comuns e incomuns que ocorrem a todo instante mas que, na maioria das vezes, passam despercebidos como se não fossem importantes no processo de crescimento do homem.

Dividido em três partes, o livro cativa a atenção por relatar as notas de um homem curioso sobre a natureza humana, sobre sua profissão de psicólogo e acerca de temas da vida e da morte, sonhos e possibilidades.

A primeira parte revela-nos lembranças infantis, recordações de homens e mulheres que, acreditando ou não na capacidade criativa do ser humano, parecem procurar um objetivo na vida. Decisões nem sempre espontâneas, criativas ou construtivas, mas mostrando pessoas com "fraquezas surpreendentes e forças surpreendentes".

A segunda parte nos traz pensamentos e sentimentos a respeito da verdadeira função do psicólogo, suas dificuldades e gratificações ao aceitar o outro mesmo sendo diferente dele, com espantos diversos pela vida, procurando soluções inusitadas que substituam aquelas que serviram no passado, não satisfazem no presente, mas que preparem o futuro. O fato de sentir com o

(\*) "Vestígios de Espanto", John Keith Wood, Departamento de Pós-Graduação em Psicologia - PUCCAMP. Tradução: Afonso Henrique L. da Fonseca. São Paulo: Ágora, 1985.

(\*\*) Mestranda - Instituto de Psicologia - PUCCAMP

outro e acompanhá-lo na busca de sua autonomia não deveria causar espanto aos homens e, sim, facilitar o crescimento de todos, sugere o autor.

A terceira parte nos leva, junto com o autor, em busca de uma totalidade flexível a partir de encontros reais entre duas, entre dez ou muitas pessoas, ou através do encontro consigo mesmo. Essa procura proporciona ao leitor caminhos para seus próprios encontros, para o encontro com a totalidade do ser humano, capaz de criações e reais construções.

A desesperança e a decepção em alguns homens é transformada, com humor e amor, em possibilidades para o ser humano substituir suas dificuldades em potencial de criação, sua destrutividade em fatores facilitadores de encontros verdadeiros. Há a crença no homem independentemente de seu papel ou função; crença na realidade que faz parte de todos os momentos da vida. Há uma constatação de que "nós, humanos, não somos tão bons quanto pensamos que somos, mas talvez sejamos melhores do que imaginemos."

"Vestígios de Espanto" é um livro necessário a psicólogos, leigos, todos que se interessam pelos fatos da vida sejam estes complicados ou simples. O autor nos conta como se preparou para encontros a dois, a três, com grupos e com países. De suas inúmeras virtudes, uma seria a coragem de nos dizer como chegou à percepção de sentimentos, idéias, pensamentos sobre o viver, o morrer e o ser. Outra é continuar a nos mostrar sua preparação e nos relatar, não suas conclusões, mas sua esperança de que a realidade deixe de causar tanto espanto para que o presente seja realmente vivido e o futuro não tão inesperado.

## O LADO FEMININO DA MULHER\*

Mani Álvares\*\*

A atenção voltada para o que é feminino, nesses últimos tempos, vem encontrando eco entre os psicanalistas, especialmente os lacanianos, talvez porque seja o feminino, por excelência, a grande questão da psicanálise. Aliás, esta teria sido a maior herança deixada por Freud, e repassada, por ele, próprio, aos poetas...

"Que ninguém entre aqui se não procura mulher..." frase que poderia estar inscrita na porta de todos os psicanalistas e citada num dos textos apresentados neste livro "...citada por Nicéas em um dos capítulos deste livro". Significa a própria busca do sujeito psicanalítico, cindido em dois e sob o efeito das representações que constituem.

Essas "aproximações" ao feminino foram organizadas em 2 partes, sendo que a primeira consta de um estudo sobre as metamorfoses da histeria, desde os gregos até nossos dias, através da visão histórica da autora. Já o segundo texto é uma apresentação crítica de pesquisas sobre os cultos afros no Brasil, a partir dos quais se desenvolve uma tese de que estes teriam constituído um campo exclusivamente de domínio da mulher.

Na segunda parte do livro, autores psicanalistas tratam o "enigma feminino" através de aproximações, com as quais tentam resgatar não só o feminino, mas a própria psicanálise, enquanto lugar da pergunta fundamental do sujeito sobre o seu sexo.

(\*) O Feminino: Aproximações, coletânea de artigos coordenada por Joel Birman e Carlos Augusto Nicéas, Ed. Campus, Rio de Janeiro, 1986.

(\*\*) Doutoranda - Faculdade de Filosofia - UNICAMP

Aliás, foi por ter levado esta pergunta até suas últimas conseqüências, por ter demonstrado através de espasmos, desmaios, paralisias, e convulsões que o corpo é um teatro onde se desenrola uma peça escrita nos bastidores do inconsciente, que a histérica se fez ouvir na história. Os gregos assinalaram seus ataques, interpretando-os como posse do demônio ou dos deuses; até bem recentemente (fins do séc.XIX) a histeria era vista como "doença de mulher", disfunções genitais, furor uterino, ninfomania. Os psiquiatras, atentos a uma possível origem neurológica do fenômeno, descreveram a histérica como uma doente mental.

No desenrolar da história das superstições, em que a mulher suportou o peso de todas as maldições possíveis, de bruxa a puta, foi preciso que surgisse um saber próprio para escutar a verdade que saía da boca da histérica, e que Freud foi o primeiro a ouvir com os ouvidos desse novo saber. Assim nasceu a psicanálise.

No texto que dá início ao livro, "A alma, a mulher, o sexo e o corpo", de Cladys Swain, se introduz o tema que permeia todo o livro, e que é a dificuldade em se encontrar uma essência para o desejo feminino, o específico da mulher, um significante que a defina. Nesta impossibilidade, que a histérica simboliza com o teatro de seu corpo, só existe uma certeza: "não há paz com a carne".

Neste inconciliável reside uma especificidade própria e paradoxal, e que no texto seguinte, de Patrícia Birman, "Seres que viram outros", se apresenta como a despossessão do corpo vivida nos terreiros de candomblé. A tese defendida por Ruth Landes em "A cidade das mulheres" e comentada pela autora, neste trabalho, é que os terreiros seriam um domínio de mulheres ou, mais especificamente, do feminino.

Isto porque o contato com os orixás se daria através da "possessão", e as mulheres, assim como os homossexuais, seriam naturalmente aptos a "virar o santo". Ao contrário, o homem "não vira" porque plenamente constituído, ele é senhor de si e de sua consciência. Já o homossexual, na medida em que "perde em nitidez e ganha em ambigüidade", pode incorporar espíritos e orixás.

Esta é a mesma idéia desenvolvida no trabalho anterior sobre a histeria, que mostra a mulher enquanto receptáculo de uma força que a arrebata, a expressão de uma verdade mais geral, e que somente nela se torna patente.

Na seqüência, o texto de Carlos Augusto Nicéas, "Primado do Falo e Castração Feminina", se apresenta como um marco esclarecedor das más leituras que se fizeram de Freud sobre a feminilidade, inclusive entre seus próprios seguidores. Neste texto o autor retoma a pergunta "o que quer uma mulher", sob o referencial da teoria de Freud, e refaz o percurso de sua investigação de 1905, quando ele escreveu seus ensaios sobre a sexualidade, até 1932, quando definitivamente reconheceu que era preciso esperar que novos conhecimentos trouxessem alguma luz sobre o "enigma" do sexo feminino. Ele havia esbarrado num "feminino inaceitável para ambos os sexos".

O que há de tão aterrador para que homens e mulheres rejeitem o lado mulher da sexualidade?

Uma das maiores críticas feitas à teoria freudiana era a sua referência ao falo como elemento de diferenciação sexual. Para ele, ambos, menino e menina, possuiriam um só referencial, que é o masculino. A diferenciação sexual só ocorreria a partir da castração, vivenciada diversamente por um outro sexo. Só na medida em que se afasta do falo, que não é o pênis, embora encontre nele seu avatar mais visível, a menina se debruçaria sobre sua falta (imaginariamente vivida como falta de um pênis) e encontraria o que há de específico em sua feminilidade. Freud se referia a uma insígnia, vivida como um estigma, e que a mulher traria inscrito no seu corpo como o símbolo vivo de uma falta, que não é da mulher mais o próprio "manque-à-être" da condição humana.

Nisso os críticos se equivocaram, porque partiram de uma equivalência que nunca houve: falo=pênis. O não-ter da mulher, segundo Freud, se inscreve na ordem do simbólico, embora seja vivido no imaginário de não-ter-um-pênis. Desse equívoco surgiram teorias, como a de Ernest Jones, também impelidas pelos protestos feministas, e que tentavam resgatar, para a mulher, a sua inteireza. Diferentemente de Freud, esses autores estavam centrados numa referência ao órgão, ao genital, e não à referência simbólica ao falo. Por isto se restringiam ao anatômi-



co, propondo uma diferença sexual inata entre os dois sexos. Isto significa que, a partir de dados biológicos e anatômicos próprios a cada sexo, haveria uma diferença sexual imediatamente dada.

A partir deste texto de Carlos Augusto Nicéas, fica patente a necessidade de se ler Freud por inteiro, especialmente no que toca a questão da mulher — e é a parte fundamental da psicanálise — para que se possa acompanhar todo o percurso freudiano. Nos três tempos da sexualidade feminina, há que se aprender o sinal de “menos” que marca a mulher com o estigma de um desinvestimento erótico em seu clitóris. No tempo do gozo fálico, com o sinal de “igual” ela se iguala ao homem em seu erotismo. Mas é só quando encontra a erogeneidade própria do gozo vaginal, que é um gozo do falo e para além do falo, é que a mulher atinge o “a mais” que suplanta e assombra o homem. É quando ela se torna diferente do homem.

Aliás, sobre essa questão do gozo da mulher, há o texto de Marie Claire Boons intitulado “A propósito do orgasmo”, onde se aponta para as diferenças estruturais entre os sexos. Longe de pretender uma classificação dos orgasmos, seja eles “clitoridianos ou vaginais, longos ou curtos, precoces ou tardios, solitários ou ‘a dois’, únicos ou múltiplos, difusos ou localizados”, qualquer que seja o tipo de gozo, enfim, o que isto tem a ver mesmo é com os significantes primeiros inscritos como uma marca no corpo.

Historicamente o orgasmo feminino sempre esteve sob a jurisdição do homem, seja através do imperativo “você não deve” ou do atualíssimo “você deve gozar”. A opressão continua vigorando, mas o ponto chave das reflexões da autora é que é justamente esse “a mais” do gozo da mulher o objeto da opressão feminina. É isto que é particularmente oprimido. Ou seja, a diferença.

E a partir desse ponto ela desenvolve uma interessantíssima explanação de como ocorre, estruturalmente, este processo, ou seja, de como se dá a figuração inconsciente de totalidade e de como a mulher escapa, pelo excesso, do gozo fálico masculino. E tudo isto tem a ver com o molde estrutural, que é a maneira pela qual os sexos apreendem simbolicamente sua anatomia. Do lado masculino, segundo a autora, haveria uma re-

lação metafórica entre pênis e esperma. O gozo do homem culmina numa metáfora fechada.

Do lado feminino haveria um deslizamento, sem relação com o todo. O gozo escorre, flui, deriva ao infinito de significante a significante. Isto é o que a autora chama de gozo em excesso. Um gozo metonímico.

Na sequência, Renato Mezan apresenta um estudo sobre a inveja, a castração e o narcisismo, a partir dos "ecos de uma sessão" em que uma paciente se faz objeto de uma singular contratransferência para o analista. Mais além da polêmica tese freudiana da "inveja do pênis", a inveja foi aqui mais brilhantemente tratada pelo autor, que juntou considerações de filósofos, de psicanalistas e finalizou com palavras de uma escritora, Clarice Lispector, sobre a inveja, que, aliás, dá o título ao estudo: O escuro dos olhos vacilou como um ouro."

Seria impossível delinear em poucas palavras a reflexão posta pelo autor. O que a mim particularmente tocou foi a idéia de inveja como um desejo de "reapropriação da onipotência perdida", por um lado; e, por outro, também como um estado de intensa angústia, na qual o que é desejado é também temido, porque a onipotência supõe uma anulação do intervalo, da diferença, das marcas da finitude e da castração. O objeto desejado, seja o seio, o pênis ou qualquer outro, funcionaria apenas como suporte da inveja, porque o que a inveja invejaria neles seria uma suposta capacidade de produzir um gozo infinito. Uma espécie de inundação de libido, onde sujeito e objeto se confundiriam no chamado "sentimento oceânico".

No último texto "A mulher fala" pela boca de Dinara G. Machado Guimarães, numa linguagem clara e precisa, onde os caminhos da diferenciação sexual, via Freud e Lacan, vão sendo delineados. Através de toques especiais, a autora vai reconstruindo um corpo de mulher, enquanto resíduo de um destino que se quer real porque simbólico. Nisto vão se resolvendo as críticas feitas a Freud por certas leituras demasiado rápidas. "É como ser de linguagem que o sujeito se estrutura sexualmente". Não é o corpo nem o órgão definidores de coisa alguma: "o falo é o marco, em torno do qual se processa toda essa operação" que nos faz homens ou mulheres.

A autora "conclui o inconcluso", acenando para um desejo, de humanização das relações a partir da "travessia do imaginário ao simbólico", fonte inesgotável de outras representações possíveis. Não é a isto que interpela, sem cessar, um desejo de feminização do mundo?

## EDUCAÇÃO ESPECIAL\*\*

Rita de Cássia Ferramola\*\*

O presente livro enfoca um trabalho de conscientização às entidades sociais responsáveis pela educação especial, no sentido de se acumularem iniciativas, serviços, investigação, estruturas e estudos interdisciplinares sobre o assunto, especialmente em Portugal, onde o autor concentra sua preocupação.

Consciente das limitações quanto ao conhecimento, controle e transformação da Educação Especial em Portugal, o autor propõe uma reestruturação em termos educacionais tanto na formação do profissional que se habilitará em fazer a educação, quanto na educação e reabilitação das crianças e jovens deficientes.

Para tanto, o autor, em seu estudo, aborda inicialmente a problemática da deficiência quanto à sua prevenção e identificação, colocando em questão a "relatividade cultural", como base do julgamento que distingue entre "deficientes" e "não-deficientes" e a definição médica, como o pilar da identificação e prevenção da deficiência.

Em seguida, Fonseca procura dar uma visão geral quanto aos esforços realizados por pesquisadores sobre definição e classificação da deficiência, diferenciando-a do distúrbio de aprendizagem e levantando críticas quanto às classificações quantitativas do deficiente e suas limitações.

A partir daí, o autor passa a dar ênfase à aprendizagem do deficiente; às intervenções tanto no processo de preven-

(\*) Fonseca, V. Educação Especial. Ed. Artes Médicas, 1987, Porto Alegre. R.S. 126 páginas.

(\*\*) Mestranda - Instituto de Psicologia - PUCCAMP.

ção quanto no de identificação precoce, à importância dos pais na integração do deficiente e, por último, aos currículos e programas de intervenção pedagógica, defendendo, paralelamente, a desinstituição, uma vez que o autor acredita ser a escola pública o local ideal para todas as crianças, isto é, a integração deve funcionar como filosofia educacional.

Ao final, Fonseca apresenta um modelo de formação dinâmico e sistêmico para professores do ensino especial, levantando as necessidades gerais e conteúdo ideais para a melhor formação do profissional. Ele acredita que "a formação do professorado se deve orientar para uma permanente integração e reciprocidade entre a formação inicial e a formação em exercício" (Fonseca, 1987 pág. 106). Isso significa que um modelo de formação ideal, na qual a atualização estaria em constante permanência, é, para o autor, o objetivo crucial quer no plano científico, quer no plano pedagógico.

Sobre a bibliografia consultada na elaboração deste trabalho, o autor utilizou-se da literatura tradicional no que diz respeito à debilidade mental como um todo e argumenta sua preocupação com a reformulação da Educação Especial, através de documentações de congressos mundiais que evidenciam essas necessidades.

Este livro é recomendado menos como um texto didático e mais como uma leitura àqueles interessados em transformar e aperfeiçoar o sistema educacional voltado à deficiência, no sentido de promover a integração global do deficiente no ambiente cultural e social no qual ele deveria estar inserido.

## A MULHER E O "OUTRO GOZO"\*

Mani Álvares\*\*

A trajetória dos impasses do gozo descrita neste livro não poderia ter sido feita senão por alguém que, do lado feminino, tenha participado daquilo que lhe é próprio. Isto se sente na argúcia de certas observações, certas frases nas quais uma mulher se reconhece por inteiro. Seu gozo se torna assim quase desmistificado, quando, por exemplo, o autor apresenta fragmentos da análise de uma paciente nos quais ela confessa a sua verdade, embora envolta nas brumas de um sonho... "o prazer enorme de ser um grande bebê, perfeitamente passivo entregue à sua mãe."

Este desejo funda os impasses de um gozo que, para a mulher, é excepcionalmente enigmático. Um gozo para além de qualquer possibilidade de nomeação e que só encontra nesta relação primeira com a mãe uma via de expressão, porque foi nela, e através dela, que o corpo próprio adquiriu um certo sentido de unidade.

Toda a "exceção feminina" está centrada nessa questão dos impasses do gozo e dos caminhos criados pela pulsão para assegurar a existência humana. A Psicanálise, através da clínica, pôde demonstrar o quanto o gozo do ser humano, ou seja, a fruição de um bem que é o seu próprio corpo, é problemática. Isto porque o gozo é algo que não se encontra limitado, definido pelo fisiológico; pelo contrário, ele é capturado, preso nas articulações de uma língua materna que continuamente se pergunta sobre sua significação última. E é justamente em torno desse desamparo, desse vazio que a língua encobre, desse "furo" a partir do qual se organiza a linguagem, que se ancora a percepção do mundo.

---

(\*) Resenha do Livro "A exceção feminina: os impasses do gozo" Gerard Pommier Jorge Zahar Editor - R.J. - 1987.

(\*\*) Doutoranda - Faculdade Filosofia - UNICAMP

E aí reside, a meu ver, a grande importância não só deste livro, mas também de uma leitura em profundidade da teoria psicanalítica para uma reflexão feminista. Conceitos como educação discriminatória, patriarcado machismo e até a violência contra a mulher passam a responder a uma (des)ordem anterior no caminho das pulsões... E, sob esta ótica, podem-se abrir horizontes incomensuráveis para uma teoria e uma prática feminista. Inclusive a nível epistemológico, pois, longe de legitimar a soberania do falo, a psicanálise, na verdade o desmistifica.

O autor revelou estar particularmente atento a algumas formulações da teoria psicanalítica que deram origem a interpretações errôneas e superficiais no que toca à questão feminina, como a do orgasmo clitoridiano e o vaginal, da "passividade" feminina, da predisposição à bissexualidade, na mulher, e da famosa tese lacaniana de que A Mulher não existe. Por isto ele retoma a questão do "continente negro" e reflete, ao longo do livro, sobre a especificidade do feminino.

Até então a angústia que o ser humano pode experimentar jamais havia sido relacionada com a questão da castração. Indagações metafísicas, espiritualistas e mesmo filosóficas sempre tentaram, no decorrer da história, responder a este sentimento de precariedade da vida humana.

Ao introduzir, portanto, a questão do falo, signo da diferença, Freud definiu a castração não como pura diferença anatômica entre os sexos, mas como um momento de corte, vivido com intensidade como separação da mãe. A castração surge da percepção de que o desejo da mãe se orienta alhures, para algo ou alguém que ocupa o lugar do pai na relação triangular. Este é o momento inaugural do ser humano, aquele em que a Lei, ou o Nome do Pai, na terminologia lacaniana, promove uma cisão no "infans" que o diferencia do outro, da mãe, cisão esta que irá ser preenchida pela linguagem.

A mulher, por uma questão específica de seu sexo, passa por esse processo de forma diferenciada, e é justamente isto que irá constituí-la na "exceção". É o autor quem o diz: "À palavra "feminino" falta referente. Ela conhece, na ordem do discurso, o mesmo destino da vagina no plano anatômico; a palavra existe, o órgão existe, mas o investimento fálico que lhe seria necessário para aceder ao saber é, por definição, faltoso."

Isto significa que a mulher porta um desconhecimento, um não-saber de si originário. Por isto não teria identificação e sim identificações que exprimem a falta de consistência do traço identificatório e revelam a impossibilidade de se definir um modelo feminino. Desse lugar, excluído de um saber e, portanto, também excluído do próprio discurso, a mulher se situa enquanto portadora das fantasias masculinas.

É surpreendente constatar a adequação de tais conceitos com a realidade da mulher, com a angustiante falta de referenciais que a identifiquem em sua especificidade, e não em relação ao masculino.

Por outro lado, é essa ausência de um símbolo feminino que, segundo o autor, permite à feminilidade escapar às palavras e se manter em outro lugar que não aquele de onde se mostra, e de onde articula um acesso ao gozo que é um excesso de gozo, também chamado de o "Outro gozo".

No capítulo intitulado "A mística, verdade do gozo feminino", Pommier analisa várias frases de místicos famosos, nos quais está presente um gozo de uma outra ordem, que escapa ao saber e à linguagem. A união mística é aquela que goza com o apagamento do corpo, no momento em que o significante falta. "Quando a alma chega até aí, ela perde seu nome." Deus seria o vocábulo último para nomear o nada. Por isto, segundo a mística Angela de Foligno, só se pode gritar ao ouvi-lo. Grito orgástico que escapa da mulher no momento do gozo.

Nisso constitui a polêmica tese da "passividade feminina" da qual falou Freud. Trata-se, na verdade, de um ato, uma procura ativa de ser penetrada por Deus ou pelo falo. Ativo e passivo se referem a modalidades da libido, e não qualificações para o masculino ou o feminino. Tais conceitos sofreram o estigma de uma redução psicológica à ideologia, o que deu margem a uma falsa interpretação da teoria.

Numa definição sintética, seria "ativo" aquele que goza com o outro sexo pelas vias da fantasia, enquanto que "passivo" seria aquele que suporta a fantasia do outro sexo para convocar a "mãe impessoal" do Outro gozo. Portanto, tudo que o falo e o homem amado permitem é abrir, à mulher, um acesso enviesado à mãe. O Outro gozo é aquele que encontra, para além do homem, a mãe. A mãe como verdade primeira, prazer

inominável, gozo perdido e só reencontrado através do sonho e do orgasmo, na mulher. Tudo a que o homem, nesse domínio, pode aspirar, é a ser espectador, a testemunha perplexa de um vôo que ele, por princípio, desconhece.

Há uma passagem na mitologia que conta que Tirésias, metamorfoseado em mulher durante sete anos, teria revelado aos deuses do Olimpo que a mulher encontra no amor um gozo dez vezes superior ao do homem.

Hera, furiosa por terem descoberto seu segredo, faz com que ele fique cego. O segredo é que é preciso que a mulher permaneça invisível ao olhar, para que possa vestir as fantasias do homem, provocar seu desejo, conduzi-lo ao ato. Ela precisa de sua ereção para ir além do falo e aceder ao Outro gozo. Este é o mistério que se transmite de mãe para filha, sem que se saiba ou se fale dele. Vestida de fantasia, a mulher entumesce o falo masculino que, supostamente, irá preencher sua falta; esta ilusão mantém viva a espécie humana.

A isto se referia Freud, quando falou da mudança da zona erógena, na mulher. Enquanto clitoridiana, a mulher se limita a um gozo fálico, próprio do homem; só a vagina, enquanto orifício erogeneizado, lugar simbólico de um "furo" do saber, lhe permite o acesso ao Outro gozo.

Ao término do livro, fica-se com a sensação de ter, o autor, realizado um verdadeiro ato sexual através da descrição das minúcias com as quais se organiza a sexualidade humana. A travessia que faz do corpo feminino é a de quem conhece de dentro para fora.

No entanto, e apesar disso, ele porta o falo, na medida em que brande a linguagem para falar de um gozo que a ultrapassa. E nisso ele confirma a tese freudiana de que o masculino e o feminino, para além da definição anatômica do corpo material, se refere muito mais a formas de organização da libido, nas trajetórias das pulsões.

Ao final do livro, Gerard Pommier é o próprio sujeito "que se desvanece nessa ereção. E, desvanecido, ele subsiste, então, como puro suporte de fantasia aniquilado, golpeado pelo nada cintilante que o fascina." Nesse momento, embora ainda perdidamente embaraçado com a linguagem, ele parece pressentir o mergulho regressivo nas prumas do Outro gozo, próprio da mulher.



## MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO INFANTIL\*

Jorge Antonio Darini\*\*

Anita Liberalesso Neri, a organizadora do livro, é docente e pesquisadora, tendo trabalhado desde 1978 em Cursos de Pós-Graduação na PUCCAMP, PUCSP, USP, Instituto Metodista de Ensino Superior, trabalhando, atualmente, na UNICAMP. Suas teses de Mestrado e Doutorado versaram sobre comportamento infantil. O presente livro resultou de sua união com três ex-orientandas suas em Curso de Pós-Graduação na PUCCAMP, Maria Silva Prado Galuppo, Fátima Cristina de Souza Conte e Maria Zilah da Silva Brandão. Os capítulos II, III e VII foram escritos especialmente para a obra; os demais foram extraídos de parte das teses de Mestrado das colaboradoras, com alguma reformulação.

A primeira parte do livro (cap. I e II) trata de questões sobre modificação do comportamento infantil. O primeiro capítulo, escrito por Conte, dá rápida visão do processo terapêutico em Terapia Comportamental, enfocando questões metodológicas, éticas e práticas na terapia infantil, como a determinação de objetivos, tipos de queixas levadas pelos pais, o fato de ser normalmente a mãe quem leva o filho para a terapia, o envolvimento da família na terapia.

No segundo capítulo, Neri faz uma defesa do método de Estudo de Caso na pesquisa em Psicologia. É feito um histórico desse método, abordados seus principais tipos e comparado com estudos com grupos. Serve não só como base teórica para os capítulos posteriores, como também é relevante para o leitor interessado em questões metodológicas.

---

(\*) NERI, A. L. (org) **Modificação do Comportamento Infantil** Campinas, S. P., Papirus, 1987, 192 páginas.

(\*\*) Mestrando - Pós-Graduação em Psicologia - PUCCAMP.

Na segunda parte do livro (cap. III a VI) são apresentados os casos clínicos que foram objeto dos estudos das colaboradoras. Começa com um capítulo teórico, escrito por Galuppo e Neri, sobre treino de toalete e enurese, onde são definidos os termos básicos, feito um levantamento crítico de estudos na área e tratamentos existentes.

No capítulo IV, assinado por Galuppo, os resultados de treino de toalete em crianças normais são relatados. O procedimento envolveu treino imitativo com boneca e o da resposta correta pelo sujeito. Há uma aplicação do treino, discussão dos resultados, reformulação do método em função da discussão feita, e reaplicação do método em sua nova forma em outros sujeitos, tentando-se adaptá-los às condições encontradas.

O capítulo V é um estudo de caso, relatado por Conte, em que foi feito treino para tratamento da encoprese secundária e descontínua em quatro sujeitos. As mães forneceram as instruções aos filhos, aplicaram reforços diferenciais ao seu comportamento e fizeram os registros necessários, sob orientação da terapeuta.

Brandão relata no capítulo VI o programa de tratamento de uma criança autista; envolveu como agentes terapêuticos, além da terapeuta, a família da criança, a professora e um colega de classe.

Todos os estudos de caso obedecem a uma forma de relato científico; são sempre definidos os termos básicos, há um levantamento de possíveis causas e tratamentos propostos; a metodologia usada e o tratamento são descritos em detalhes; são fornecidos os resultados e discutidos. Todos os tratamentos foram feitos no ambiente natural da criança e sugestões sempre são feitas para pesquisas posteriores e/ou tratamentos na área. Em todos eles são empregados delineamentos de linha de base múltipla.

O capítulo VII ("É possível tratar o problema do cliente e fazer pesquisa?") é a terceira parte do livro. Neri, Conte e Brandão discutem as posições favoráveis e contrárias à utilização de técnicas e conceitos da Análise Experimental do Comportamento na Psicologia Aplicada e defendem a idéia da intersecção entre as Práticas Clínica e de Pesquisa.

O livro, como apontado pela organizadora, se dirige a um público informado em Modificação do Comportamento; a terminologia usada é técnica e específica da área. Ele é útil não só a quem está interessado na prática clínica e pesquisa na área, como a quem também o está em metodologia; de fato, quase um terço dele é dedicado a questões metodológicas e éticas.

Louve-se ainda o fato de o livro representar um acréscimo à bibliografia nacional sobre o assunto, que é pequena, além de divulgar teses de Mestrado, que normalmente não chegam a quem por elas possa estar interessado. A revisão bibliográfica dos vários tópicos consiste em um bom ponto de partida para a recuperação da informação por parte de pesquisadores que se interessam pela matéria.

## A ESCOLARIZAÇÃO DO LEITOR: A DIDÁTICA DA DESTRUIÇÃO DA LEITURA\*

Geraldina Porto Witter\*\*

A apresentação é feita por Sarita A. Moysés, em duas páginas, onde transbordam a emoção e o carinho pela autora do livro e admiração pelo conteúdo, ou melhor, pelas denúncias nele contidas. Estas são apresentadas como originais, mas, na realidade, são reiterações de muitos trabalhos feitos no contexto nacional. Este fato, por si mesmo, não tira o valor da obra, nem torna menos relevante o assunto tratado. Ao contrário, mostra a relevância de se estudar mais cuidadosamente esta problemática e de serem pesquisadas alternativas de solução.

O texto de Silva é bem redigido, claro, elegante, com boa e oportuna assimilação de respostas de alunos. A impressão usa bem as marcas gráficas para destacar as partes do discurso e para inserir as referidas respostas, bem como as citações. A autora procurou ser original na composição não numerando os capítulos, recorrendo apenas ao destaque gráfico. Isso pode ser pouco funcional à primeira vista, mas, como se trata de um discurso breve, não chega a dificultar a tarefa do seu leitor. Também foi muito criativa a escolha dos títulos atribuídos a cada parte. Eles e os sub-títulos foram predominantemente extraídos das respostas de alunos, funcionando bem como gancho ou estímulos discriminativos para levar à leitura. Já o título dado ao trabalho é muito mais abrangente e pressupõe um aprofundamento que não é encontrado no mesmo. Assim, ainda que a autora e a apresentadora digam que o livro é a negação do "controle do livro exercido no leitor, porque rompe a ilusão da leitura nas escolas, porque expõe a doença de livros"... (p.4), ele não deixa de usar, e bem, os recursos habituais e por vezes engano-

(\*)SILVA, Lillian L. M. de *A escolarização do leitor: a didática da destruição da leitura*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1986, 84 páginas.

(\*\*)Pós-Graduação em Psicologia - PUCCAMP - USP.

sos que viabilizam ao livro exercer o controle do leitor. As marcas gráficas, a composição das páginas, os destaques, os títulos, constituem elementos controladores a que o leitor é submetido sem que, muitas vezes, fique ciente disso.

O descompromisso em sustentar devidamente as afirmações em dados confiáveis e generalizáveis, que não são apresentados, na maior parte das vezes leva o leitor menos informado a ter que se submeter passivamente ao discurso, não tendo como separar opinião e fato, de saber o que é generalizável ou não, qual a margem de erro, qual a amplitude do erro de Rosenthal, qual a realidade interna, qual a realidade externa das falas de alunos pinçadas pela autora; fica difícil aquilatar o valor real das inúmeras afirmações feitas. Pode-se facilmente tomar a parte pelo todo, a opinião como se fosse fato científico, a supervalorizar a variável ou o aspecto focalizado sem dar-lhe o valor relativo no contexto das múltiplas interligações com outras variáveis.

A autora procurou uma base de dados que alicerçassem sua opinião. Fez uma pesquisa de campo com 302 alunos que freqüentavam "algumas das 88 escolas públicas" e estavam na 8ª série de uma cidade do interior de São Paulo. Os dados não aparecem de modo que se possa comprovar a análise ou a interpretação dada aos mesmos. Ao leitor é dada apenas a oportunidade de acompanhar a leitura feita pela autora, não é permitida a releitura, não é possível a "liberdade" de outra interpretação, de outra análise. Como a professora que detém a "verdade", a autora busca um controle total do leitor sem oferecer-lhe a chance de ler por si mesmo os dados. Estes são cuidadosamente ocultados por traz de uma linguagem competente, agradável, capaz de conduzir, de controlar, sem que disso o leitor fique ciente.

Farta exemplificação de discursos de alunos, muito bem escolhidos e sobejamente vivenciados e conhecidos dos que caminham pelas escolas, se por um lado enriquece o discurso, por outro, é mais um elemento controlador do leitor.

As razões da não leitura são organizadas pela autora em quatro grupos: falta de tempo, falta de oportunidades, pouco porque o professor conduziu assim a classe e pouco porque a escola não tem recursos. Os que leram muito o fizeram por estarem há muito na escola; ou porque os professores assim o exigiam, ou porque gostassem. Em nota da pág. 10, a autora relata

que, dentre 302 depoimentos, encontrou 80 que atribuíam ao professor a responsabilidade pelo ler muito ou pouco. Considerou isto significativo, mas esse percentual pode não ser significativamente diferente das demais categorias. Não se sabe quanto de resposta recaiu nas outras três categorias a que ela se referiu. Essa é uma das raras informações mais tangíveis com que o leitor poderá contar ao longo do trabalho. Exceto por elas, sobram para a reflexão do leitor os exemplos escolhidos pela autora, apresentados como "comprovação" de suas afirmativas. Reiteradamente apresentadas como uma modalidade de controle da atenção do leitor, da retenção da informação e mesmo de dar mais força ao que foi categoricamente afirmado. Assim o que condena na relação escola-livro é muito bem usado pela autora para levar o leitor a "conscientizar-se", a ter a "visão crítica" da realidade e que é oferecida pelo materialismo histórico e dialético. Essa é também a única resposta que consegue antever e apresentar ao leitor.

Continuando a análise dos depoimentos dos alunos, retoma o "mando" do professor de português no que tange à leitura. Aponta rapidamente a falta de bibliotecas escolares e justamente a inoperância das que existem. O tempo oferecido à leitura como insuficiente ou adequado é recuperado pela apresentação de umas afirmações dos alunos. Recupera algumas opiniões de autores e de cunho histórico. Ainda nesta mesma parte focaliza a "hora da comunicação" como instrumento que silencia a expressão, posta que na "voz coletiva" dos alunos com que trabalhou aprender o português é "ter uma oportunidade de se 'melhorar' o desempenho na utilização da linguagem verbal" (p.29). Resume algumas idéias do marxismo, lidas via Bakhtin, para colocar suas concepções críticas sobre como a escola trata o ensino da língua, a sua sistematização.

Na parte seguinte trata do que lê o aluno quando o professor manda. Retoma a problemática da legislação, envolvendo o livro didático em um Estado Totalitário de direita (como também se poderia dizer de esquerda), insinua-se pelo terreno das negociações, dos abusos de poder, dos muitos aspectos negativos envolvendo os livros didáticos. Condena os livros que podem ser considerados mais compatíveis com as necessidades de desenvolver o hábito de ler, de fazer a criança gostar de ler. A condenação vem da origem dos mesmos, pela história de sua

produção. Superficialmente faz a crítica dos livros didáticos, mas também não era esse seu objetivo, nem sequer tinha dados para tanto, ou buscou-os na literatura científica.

Nesta mesma parte trata do que lêem essas crianças. Diz ter relacionado "cerca de 110 títulos diferentes" (p.49) e indica alguns deles, discutindo superficialmente os critérios da escolha marcadamente docente. Apresenta depoimentos de alunos quanto à inconveniência dessas escolhas.

O "porque se lê" é explorado na manifestação de alunos apontando pontos falhos, lacunas e distorções. Aponta assim a leitura na escola como sendo: negada, desvalorizada, adiada, encomendada, vigiada, imposta, cobrada e escolarizada. Certamente, um bom exemplo de repressão. É provável que muito do que ela inferiu dos depoimentos retrate parte do que ocorre nas classes e fora delas no que diz respeito à leitura. Mas sua análise qualitativa, embora, bem redigida, com excelente aproveitamento dos discursos dos alunos, é metodologicamente incompleta e feita sem que se possa aquilatar sua validade intrínseca e muito menos extrínseca.

Nas páginas finais reunidas sob o título "A quem possa interessar" sintetiza e destaca aspectos referidos anteriormente, fornecendo (no final do trabalho!) alguns indícios do percurso metodológico seguido. Mas se ouve clareza em outras partes de seu discurso, aqui a seqüência perde em precisão. É evidente que tomou alguns cuidados metodológicos no pré-teste dos instrumentos, levando ao abandono do questionário, na formulação de um discurso de completar sentenças ou preencher lacunas. A escolha das escolas e seu número foram estabelecidas em função da localização como a autora diz de: "um número que julguei suficiente para os meus propósitos" (p.69). Arrola, a seguir, as sete escolas em que trabalhou. Finaliza, afirmando que "os limites deste trabalho são os limites da consciência que tenho (e que no decorrer da reflexão fui construindo) destes fatos e destas relações" (p. 72) que ela pretende ter sido uma leitura da "totalidade concreta, recuperando o seu caráter humano, histórico e social. Para ler através deles a história da sua produção" (p.71).

O texto vale mais pela seleção dos depoimentos como exemplos a serem usados em cursos, como ponto de partida para discussão. Não tem condições e profundidade suficientes para ir até aonde o título sugere, mas poderá ser útil em cursos sobre leitura.

(Resumo das Dissertações apresentadas ao Departamento de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da PUCCAMP – 1987.

**SEXUALIDADE MASCULINA E ATENDIMENTO  
PSICOLÓGICO NA REABILITAÇÃO  
DE PESSOAS PORTADORAS DE LESÃO MEDULAR:  
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

**Maria Celina Peixoto Lima**

Este trabalho constituiu-se de dois estudos que tinham como objetivos investigar os diversos aspectos envolvidos na vivência da sexualidade de portadores de lesão medular e coletar informações sobre o trabalho que o psicólogo, ligado à instituição de reabilitação de deficientes físicos, vem executando nessa área.

Um dos estudos teve como sujeitos, vinte homens portadores de lesão medular que responderam a um questionário e foram submetidos a uma entrevista complementar cujo conteúdo das perguntas envolvia os aspectos fisiológicos e psicossociais de sua sexualidade, e as suas experiências quanto ao processo de reabilitação, especialmente com relação ao atendimento psicológico.

Foi verificada uma correlação significativa entre a condição fisiológica (a extensão da lesão) e o grau de prejuízo da atividade sexual, percebido pelos sujeitos como decorrente do comprometimento medular. Da mesma forma, o grau de prejuízo sexual mostrou-se relacionado com a idade em que ocorreu a lesão. O estado civil e a participação em um esquema de



orientação sexual durante a reabilitação, não demonstraram ter uma influência significativa sobre as respostas dos sujeitos.

Ressaltou-se a importância de certos aspectos psicossociais, tais como o auto-conceito e o papel de gênero, na forma como é vivida a sexualidade destas pessoas.

O segundo estudo foi realizado com um grupo de oito psicólogos atuantes em reabilitação de deficientes físicos, através de um questionário sobre seu desempenho junto aos pacientes com lesão medular, particularmente no trabalho com a sexualidade.

Observou-se que os serviços de psicologia das instituições voltadas para a reabilitação de deficientes físicos, quando presentes, encontram-se pouco desenvolvidos, com um pequeno número de psicólogos atuando na área e uma série de dificuldades ligadas a esta atuação, tais como a falta de formação profissional especializada e escassez de material bibliográfico adequado à realidade brasileira.

As constatações desses dois estudos abrem espaço e fornecem perspectivas para posteriores pesquisas que possam vir a aprofundar a compreensão dos temas.

\*

## **ESTUDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL E O FATOR DE DEPENDÊNCIA DE ADOLESCENTES TOXICÔMANOS EM PSICOTERAPIA ANALÍTICA**

**Heloísa de Souza Camargo Pieri**

PIERI, Heloísa de Souza Camargo, 1987. O desenvolvimento psicosssexual e o fator de dependência de adolescentes toxicômanos em psicoterapia analítica. Campinas.

Estudo psicoclínico sobre as manifestações sexuais de jovens com problemas de uso e abuso de drogas, na tentativa de pesquisar se o maior ou menor grau de dependência às drogas é contingente, também, a aspectos psicosexuais. No relato das sessões de quatro casos atendidos em psicoterapia de base analítica, realizou-se um acompanhamento aprofundado do seu desenvolvimento psicosexual e sua correlação com o grau de dependência das drogas. Evidenciou-se, nesses casos, a existência de uma correlação bastante significativa entre a evolução psicosexual e o fator de dependência.

\*

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS MENTAIS EM AMOSTRA HOSPITALAR NO SUL DE SANTA CATARINA

Cláudio Vital de Lima Ferreira

Estudo epidemiológico de variáveis pessoais, familiares, sócio-culturais e de tratamento, a partir de anotações de prontuários de pacientes de hospital psiquiátrico em Criciúma, sul de Santa Catarina, com amostra de 1005 pacientes. Proce- deu-se a um levantamento de dados da história de vida dos pacientes através de um formulário estruturado especialmente para a pesquisa. Evidenciou-se que 65% dos pacientes tinham sido diagnosticados em três grupos: psicoses esquizofrênicas (29%), distúrbios ligados ao consumo de álcool (25%) e transtornos neuróticos (16%). Os distúrbios mais freqüentes foram psicoses esquizofrênicas tipo simples (11%) e depressão neurótica (11%). Os pacientes na grande maioria haviam nascido e residiam em outros municípios próximos a Criciúma. A maioria deles tinha os custos do tratamento financiados pelo INAMPS, que também era o maior responsável pelos encaminhamentos.

Em mais de 80% dos casos, a família acompanhou o paciente até o hospital e forneceu informações sobre ele. A média de idade dos pacientes quando se internaram era de 39 anos. Predominava na amostra o número de pacientes casados, do sexo masculino, da cor branca, da religião católica e com o primeiro grau. Mais de 63% deles estavam desempregados ou trabalhavam em atividades pouco valorizadas, mal remuneradas ou mesmo não remuneradas, tais como atividades domésticas, indústria de construção civil e extração do carvão. Em torno de 50% dos internos pesquisados tinham ambos os pais vivos e residiam com família própria. O número de indivíduos morando no mesmo teto era de 5.58 pessoas. Mais de 70% da amostra tiveram entre 01 e 46 reinternações. Com exceção de quatro casos, todos os pacientes tiveram um atendimento caracterizado como psiquiátrico com medicação. O período de internação no hospital variou entre 30 e 45 dias. A maioria dos pacientes teve alta após ter melhorado e não teve um acompanhamento médico domiciliar posterior. Com exceção de seis casos, todos os prontuários estavam incompletos em suas informações. Em mais de 40% dos prontuários, as informações manuscritas estavam ilegíveis. Estes resultados são discutidos com referência a um tipo de atenção ao doente mental, que integre cuidados primários, secundários e terciários.

## NOTÍCIAS UNIVERSITÁRIAS

### SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE DISTÚRBIOS DO SONO

Será realizado no dia 17 de setembro de 1988, no Centro de Convenções Rebouças, em São Paulo, SP, o **Simpósio Internacional sobre Distúrbios do sono.**

Este Evento conta com o apoio da Sociedade Latino-americana de Sono, e do Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da USP.

Para o Simpósio virão especialistas de quatro países. O tema principal será: **novas formas de diagnóstico e tratamento dos distúrbios do sono.**

Informações e inscrições pelo tel: 852-0063 com Beth ou Reiko.

Correspondência:

Secretaria Simpósio Sono — Rua Glicineas, 128  
CEP 04048 São Paulo, SP

\*

A Reitoria da Pontifícia Universidade Católica de Campinas promoverá nos dias 25 e 26 de novembro das 8:30 às 12:30 e das 13:30 às 17:30, em seu CAMPUS I — Prédio da Pastoral "AIN KAREN", Coordenado pela Comissão de Pesquisa do Colendo CONCEP; Comissão Permanente de Carreira Docente; e, Assessoria de Planejamento, o **I Encontro sobre Pesquisa na PUCCAMP.**

O referido evento tem por objetivo:

1) Impulsionar e apoiar a produção e divulgação do conhecimento científico na PUCCAMP, tendo em vista as linhas gerais de seu Projeto Pedagógico.

2) Configurar o quadro atual das pesquisas desenvolvidas na PUCAMP, identificando:

- a) as principais vertentes teóricas;
- b) os polos temáticos trabalhados pelos pesquisadores;
- c) as áreas em que estão concentradas as pesquisas; e,
- d) as demandas sociais atendidas pelas pesquisas.

3) Levantar dados necessários à explicitação da Política de Pesquisa da PUCAMP e à criação e mobilização de meios que ofereçam suporte à dinâmica da produção científica.

4) Estimular e promover o intercâmbio e colaboração entre pesquisadores, Unidades de Ensino da PUCAMP, e organismo de apoio à pesquisa.

A programação do evento é a seguinte:

DIA 25/11 (quarta-feira)

13:30 – Abertura Oficial

14 às 15:00 – Mesa redonda:

**“A Produção Científica na Pós-Graduação - PUCAMP”.**

Coordenação: Prof. Dr. Saulo Monte Serrat

15 às 15:15 – Intervalo

15:15 às 17:30 – Painele Informativo:

**“A situação da Pesquisa na PUCAMP, formas de viabilização e fontes de financiamento.”**

DIA 26/11 (quinta-feira)

8:30 às 10 – Conferência:

**“O Papel da Pesquisa na Universidade Brasileira Contemporânea.”**

Conferencista:

**Prof. Sidmar Teodoro Paes - Chefe do Departamento de Lingüística da USP.**

10 às 10:15 – Intervalo

10:15 às 12:30 – Reunião dos pesquisadores para intercâmbio de experiências e sugestões quanto à Política de Pesquisa para a PUCAMP.

## CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA 1988

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Psicologia Clínica**

### **CORPO DOCENTE:**

Dr. Antônio I. Térzis, Dra. Geraldina Porto Witter, Dr. John K. Wood, Dra. Maria Emília Lino da Silva, Dra. Marilda Novaes Lipp, Dr. Maurício Knobel, Profa. Regina Maria Leme Lopes Carvalho, Prof. Saulo Monte Serrat e Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

### **SELEÇÃO DE ALUNOS PARA 1988**

**INSCRIÇÃO:** de 04/01 a 29/01/1988, no Curso de Mestrado em Psicologia da PUCCAMP.

**Nº DE VAGAS:** 20

Exame de Seleção: dia 02 a 05 de fevereiro de 1988

### **PROCESSO SELETIVO:**

O Processo Seletivo constará de 3 fases:

- a) Prova escrita com questões retiradas de um Programa a ser divulgado;
- b) Prova escrita: análise de um caso clínico;
- c) Entrevista individual;

Durante as inscrições os candidatos deverão apresentar uma proposta de pesquisa, que será analisada durante a entrevista individual.

### **CRONOGRAMA**

- 1) Inscrição: 04/01/88 a 29/01/88
- 2) Seleção - 2 a 5 de fevereiro/1988
- 3) Divulgação dos Resultados: 10/02/1988

- 4) Matrícula: 24, 25 e 26/02/1988 (Comum a todos os alunos)
- 5) Início das aulas: 01 de Março de 1988

### **DOCUMENTOS P/INSCRIÇÃO À SELEÇÃO**

- 1) "Curriculum Vitae et Studiorum"
- 2) Cópia do Diploma (ou atestado) e do Histórico Escolar do Curso de Formação de Psicólogos.
- 3) Comprovante de pagamento de Taxa de Inscrição
- 4) Valor Cz\$200,00

### **DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA**

- 1) Folha de Matrícula preenchida;
- 2) Curriculum Vitae et Studiorum;
- 3) Duas cópias do diploma ou certificado de conclusão do Curso Superior;
- 4) Histórico Escolar com carga-horária;
- 5) Três fotos 3 x 4;
- 6) Certidão de Nascimento (se solteiro ou casamento se casado);
- 7) Cópia da cédula de identidade (somente para candidatos estrangeiros);
- 8) Cópia da Inscrição no CRP (ou protocolo);
- 9) Comprovante de pagamento da taxa de matrícula;
- 10) Cópia do certificado de reservista (apenas para candidatos do sexo masculino).

### **LOCAL DAS PROVAS E ENTREVISTAS**

R. Benjamin Constant, 1963 — Tel.: 51-3277 — Cambuí  
Campinas - SP.

### **COMO INSCREVER-SE**

- 1) Preencha a ficha de inscrição anexa;
- 2) Os candidatos deverão enviar a ficha de inscrição preenchida, juntamente com os documentos e um cheque nominal, cruzado, no valor da taxa de inscrição, à Sociedade Campineira de Educação e Instrução, para Caixa Postal, 317 - CAMPINAS/SP - CEP 13100 - aos cuidados do Departamento.

**OBSERVAÇÃO:** O recibo estará à disposição dos candidatos no dia da prova de conhecimentos e/ou entrevista.

## **BOLSAS**

Atualmente o Departamento recebe três tipos de alunos bolsistas:

**Professores da PUCCAMP** (no valor total ou parcial de suas mensalidades);

**CAPES** (Programas de Demanda Social);

**CNPq**

No caso de Bolsas de Demanda Social da CAPES e CNPq, costuma-se atribuí-las mediante concurso interno.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Graduado(a) em: \_\_\_\_\_

Instituição onde se graduou \_\_\_\_\_

Identidade nº \_\_\_\_\_ Exp. por \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_ Data do Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entidade onde trabalha \_\_\_\_\_

Docente de Ensino Superior? \_\_\_\_\_

Deseja solicitar bolsa ao Mestrado em Psicologia Clínica

PUCAMP

Sim

Não

Declaro ter conhecimento das normas estabelecidas para a Seleção dos candidatos ao Curso de Mestrado em Psicologia da PUCAMP e aceito submeter-me a elas.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1988

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Obs.: Esta ficha de inscrição pode ser duplicada por meio de xerox para preenchimento posterior.

## **INFORMATIVO**

### **DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

#### **TESES DEFENDIDAS**

- 02-12-75    SONIA MARIA RIBEIRO WOLF  
Orientador: Dr. Miguel de La Puente  
"Uma Experiência de Grupo de Encontro Básico  
com Jovens Sujeitos Farmacodependentes".
- 27-07-76    SAULO MONTE SERRAT  
Orientador: Dr. Jefferson Morris Fish  
"Aspectos Cognitivos e Educacionais de Crianças e  
Adolescentes Vítimas da Talidomida".
- 27-07-76    MARIA EMILIA TORMENA  
Orientador: Dr. Jefferson Morris Fish  
"Desenvolvimento Motor em Pré-Adolescentes e  
Adolescentes Vítimas da Talidomida".
- 27-07-76    REGINA MARIA LEME LOPES DE CARVALHO  
Orientador: Dr. Jefferson Morris Fish  
"Psicodiagnóstico de Rorschach em Pré-Adolescentes  
Vítimas das Talidomida".
- 22-06-77    SEBASTIÃO ELISEU JÚNIOR  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Mecanismos de Defesa do Ego na Formação do  
Sonho".

- 04-07-77 GERALD GREGORY JUNIOR  
Orientador: Dr. Gerardus Johannes Maria van den Aardweg  
"Teoria da Autopiedade Compulsiva Infantil e Terapia Antiqueixa. Experiência em Clientes Brasileiros e Estudo Longitudinal do Tratamento de um Caso".
- 30-12-77 MARIANO STACIESKI  
Orientador: Dr. Gerardus Johannes Maria van den Aardweg  
"Neuroticismo e Fatores Psicológicos na Infância do Delinqüente".
- 30-12-77 VICENTE DE PAULA MORETTI GUEDES  
Orientador: Dr. Gerardus Johannes Maria van den Aardweg  
"O Inventário de Campinas e Problemas Emocionais de uma População Colegial".
- 17-01-78 SONIA MORAES JAEHN  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Estudo Comparativo das Relações Afetivo-Emocionais entre Crianças criadas em Família, através do Psicodiagnóstico de Rorschach".
- 17-01-78 TERESA CARIOLA  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Avaliação da Diferença Intelectual em Crianças Educadas em Instituições e Família Através do Psicodiagnóstico de Rorschach".
- 27-04-78 JUDITH BUONOMANO  
Orientador: Dr. John Boren  
"Mudança de Cultura, Depressão e a Dimensão Locus of Control".
- 21-06-78 ARY NEPOTE  
Orientador: Dr. João Carlos Nogueira

- "A Linguagem como Instrumento Regulador e Mediador da Identidade Humana"**.
- 22-06-78 **MARIA ELIZA GUIMARÃES JORDÃO**  
Orientador: Dr. John Jay Boren  
**"O Uso da Técnica de Fumar Rápido e Quatro Esquemas Diferentes de Auto-Registro de Segmento para Modificar o Comportamento de Fumar"**.
- 11-09-78 **ILKA DA VEIGA MORONI**  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
**"Curso Programado em Escola Secundária: Análise de Duas Variáveis Internas"**.
- 30-03-79 **SERGIO POGETTI FILHO**  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
**"Modificação do Comportamento Verbal (Gagueira) em Ambiente Natural: Dois Estudos de Caso"**.
- 28-06-79 **HIPÓLITO CARRETONI FILHO**  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
**"Biofeedback: Uma Revisão Monográfica"**.
- 30-08-79 **MYRIAN LÚCIA MAZZARELLA**  
Orientadora: Dra. Raquel Rodrigues Kerbauy  
**"Educação e Uma Escola Pública Municipal: Visão dos Alunos, Pais e Professores"**.
- 01-10-79 **ELIZABETH TEREZA BRUNINI SBARDELINI**  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
**"Um Estudo sobre Homossexualismo Feminino e Neuroticismo"**.
- 01-10-79 **EDUINO SBARDELINI**  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
**"Neurotismo e Homossexualismo Masculino."**
- 18-10-79 **MARIA SILVIA PRADO GALUPPO**  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
**"Aplicação do Procedimento de Azrin e Foxx**

- (1974) para o Controle da Micção em Crianças Normais: Alguns Problemas e Implicações Práticas".
- 08-11-79 ANA MARIA TERESA BENEVIDES PRESTES DE CAMARGO  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Uma investigação da Personalidade de Estudantes de Psicologia Através do Método de Rorschach".
- 10-04-80 MARTHA MARIA CANTATORI ROMANO PAVAN  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"Observação Versus Manipulação na Aquisição do Conceito de Número através da Técnica de Escolha de Acordo com o Modelo em Crianças Atrasadas".
- 18-04-80 IVAN ROBERTO CAPELLATO  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Uma Contribuição ao Estudo do Autismo Infantil – A Relação Pais e Filho".
- 20-06-80 ANA MARIA ARANTES  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Tentativa de Compreensão da Dinâmica Psicológica de Mulheres Obesas – Estudo Realizado Através da Prova de Rorschach".
- 25-09-80 ROMAN LAY BECERRA  
Orientador: Dr. Miguel de La Puente  
"Utilidade Clínica do "Teste de Vida" em Criança de 7 a 11 anos de Idade".
- 18-11-80 OSVALDO BRASIL SILVEIRA ALMEIDA  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"A Função do Delírio Persecutório em Pacientes Psicóticos do tipo Esquizofrênico Paranóide".
- 11-12-80 LEILA HEIMBURG FERRUA  
Orientadora: Dra. Antonieta Marília de Oswald Andrade

- "Educação Sexual: Análise Crítica de Uma Experiência"**.
- 23-12-80 MARIA ALICE SALVADOR BUSSATO DE AZEVEDO  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
**"A Aplicabilidade da Psicoterapia na Psicologia Clínica Comunitária Brasileira"**.
- 30-01-80 LEILA JORGE  
Orientador: Dr. José Carlos Simões  
**"Efeitos de Duas Drogas de Abuso Anfetamina e Cetamina no Comportamento de Pombos, sob um Procedimento de Aquisição Repetida"**.
- 27-02-81 MARIA ELIZABETH VIOTTO  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
**"Estabelecimento de Critérios para Avaliação de Relatos Auto-Biográficos Escritos de Pacientes sob Atendimento em Terapia Antiquieixa"**.
- 27-04-81 ACÁCIA APARECIDA ANGELI DOS SANTOS  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
**"Desenvolvimento do Hábito de Leitura e Compreensão de Textos através da Aplicação de Fichas: Um Estudo com Adolescentes Carentes"**.
- 04-05-81 SOFIA HELENA PORTO DI NUCCI  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
**"Análise Interna de Uma Medida Comportamental de Assertividade"**.
- 07-05-81 ELZA LAURETTI GUARIDO  
Orientadora: Dra. Antonieta Marília de Oswald Andrade  
**"Percepção de Controle Sobre o Trabalho em Grupo de Ferroviários"**.
- 15-06-81 OSCAR ROSSIM SOBRINHO  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
**"O Atraso Mental: Uma Abordagem Psicanalística"**.

- 22-10-81 DAISY INOCÊNCIA MARGARIDA DE LEMOS  
Orientadora: Dra. Walderez de Barros Fontes Bittencourt  
"Aplicação e Avaliação de Um Programa de Treino Assertivo a um Grupo de Menores Institucionalizados".
- 09-12-81 CYNTIA MARIA RODRIGUES ROSA  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"Utilização de Estratégias Cognitivas e Comportamentais para Tratamento de Ansiedade Verbal".
- 17-12-81 CARMEN GARCIA DE ALMEIDA MORAES  
Orientadora: Dra. Antonieta Marília de O. Andrade  
"A Vida de Casada: Descrição e Análise de Alguns Aspectos do Relacionamento Conjugal e Sexual de Um Grupo de Mulheres".
- 04-02-82 LUCILIA DE LURDES LUCCHIO GOLDESTEIN  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"Comparação de Três Modalidades de Aplicação de Um Programa de Auto-Controle do Peso a Adultos Obesos".
- 11-02-82 VERA LÚCIA PESSAGNO  
Orientador: Dr. Miguel de La Puente  
"Psicodrama de Casais – Seis Estudos de Caso".
- 19-03-82 MARIA HELENA MANTOVANI  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"Utilização de Procedimentos de Modelação, Expansão e Imitação no Desenvolvimento de Conceitos em Oposição por Crianças de Quatro Anos".
- 22-03-82 ALMIR DEL PRETTE  
Orientador: Dr. Álvaro Pacheco Duran  
"Treinamento Comportamental Junto à População não-Clínica de Baixa Renda: Uma Análise Descrita de Procedimentos".

- 31-03-82 MAURA ALVES NUNES GONGORA  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"Depressão: Teorias da Aprendizagem e Construção de Uma Escala Brasileira para Avaliá-la".
- 02-04-82 MARIA ADÉLIA JORGE MAC-FADDEN  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"Estudo Sobre a Personalidade de Pacientes Psoriáticos Através da Prova de Rochach".
- 14-06-82 DAYSE MARIA BORGES KEIRALLA  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"A Influência de Diferentes Condições de Pré-Treino na Aquisição de Respostas Textuais".
- 28-06-82 LYSETE FORLENZA PESGINELLI DE MORAES  
Orientador: Dr. Miguel de La Puente  
"Estudo de Um Caso Clínico Submetido a Terapia Antiquieixa Proposta por G. J. M. van den Aardweg".
- 06-06-82 HILDA RAY SALMONA  
Orientador: Dr. Miguel de La Puente  
"O Processo Experimental da Terapia Antiquieixa - Proposta por Gerard G. J. M. van den Aardweg".
- 13-09-82 MARIA ISABEL T. C. OLIVEIRA  
Orientadora: Dra. Antonieta Marília de Oswald Andrade  
"Terceira Idade e Aposentadoria: Sinônimos de Crise".
- 20-09-82 MARCUS VINICIUS SIEBURGER  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Juventude e Sexo. Um Estudo do Comportamento, Atitudes e Conceitos Sexuais do Adolescente de Nossa Sociedade".



- 28-09-82 RUTH MATTOS DE CERQUEIRA LEITE  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Relação entre Distúrbios da Menstruação e Fatores Emocionais na Adolescência".
- 14-10-82 MARIA JOSÉ GOMES DA SILVA NERY  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"Sexualidade Humana: Disfunções Sexuais, Conhecimento e Atitudes com Relação a Sexo. Esquema de Um Curso de Orientação Sexual".
- 26-11-82 MARIA APARECIDA GOBBY DUCATTI  
Orientador: Dr. Walter Trinca  
"Um Estudo sobre os Sentimentos dos Pais Decorrentes da Adolescência dos Filhos".
- 07-03-83 LÚCIA HELENA TIOSSO  
Orientador: Dr. Miguel de La Puente  
"O Humor na Terapia Antiqueixa".
- 25-04-83 JOSÉ LUIZ DO AMARAL BATISTA  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"Desenvolvimento e Teste de Um Sistema para Medir e Latência Inicial do Sono no Ambiente Natural do Sujeito".
- 19-05-83 OLIMPIA DO CARMO FERREIRA  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"Prática Médica – Prática Umbandista: Duas Formas de Lidar com o Doente Mental".
- 20-05-83 GETRUDIS GARCIA BARREIRA  
Orientador: Dr. Walter Trinca  
"Repercussões no Psiquismos Infantil de Cirurgias Lábio-Palatais Realizadas nos Primeiros Dezoito Meses de Vida".
- 01-10-83 MARIA TERESA GIMENEZ  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Estudo Clínico da Fobia Escolar".

- 06-10-83 **NORMA SAN'TANA ZAKIR**  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"Efeitos da Liberação e Retirada de Fichas na Frequência de Comportamentos Pré-Sociais e Anti-Sociais".
- 19-12-83, **FÁTIMA CRISTINA SOUZA CONTE**  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"Encoprese – Estudo de Caso de Discussão Sobre a Intersecção Entre a Prática Clínica e a de Pesquisa".
- 27-12-83 **MARIA ZILAH DA SILVA BRANDÃO**  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"Programação e Análise de Contingentes para a Alteração de Deficits e Excessos Comportamentais em uma Criança Autista".
- 27-12-83 **MEYRE DOS SANTOS EIRAS**  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"A Gravidez como Etapa do Desenvolvimento da Mulher, Relatos de Grávidas Sobre Suas Experiências e Sentimentos à Parentalidade".
- 28-12-83 **ESMERALDA APARECIDA COLOMBO MEDEIROS**  
Orientadora: Dra. Antonieta Marília de Oswald Andrade  
"Mulher na Terceira Idade: Uma Tentativa de Levantamentos de Determinantes da Solidão".
- 27-04-84 **ALFREDO JORGE SALLUM AL'OSTA**  
Orientador: Dr. Walter Trinca  
"Validação do Procedimento de Desenhos – Estórias em Pacientes Psicóticos Maníaco-Depressivos Hospitalizados".
- 03-05-84 **LUDMILA KLOCZAK**  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"Relação Entre Auto-Conceito e Expectativas

de Moças e Rapazes Quanto aos Atributos de Um Parceiro Conjugal”.

- 24-08-84 VERA LÚCIA MENEZES DA SILVA  
Orientador: Dr. Silvio Paulo Botomé  
“A Percepção do Trabalho do Psicólogo Clínico em Depoimentos de Estudantes de Psicologia”.
- 31-08-84 ANTONIO CLAUDIO MÁZZARO  
Orientador: Dr. Walter Trinca  
“Investigação Clínica da Personalidade de Adolescentes Homicidas Através do Procedimento de Desenhos-Estórias”.
- 14-07-84 SÔNIA MARIA PETROCINI  
Orientador: Dr. Walter Trinca  
“Menor Abandonado: Estudo Comparativo de Duas Diferentes Instituições”.
- 24-09-84 CELIA ISABEL BENTO MAIA  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
“Análise de auto-Relatos de Mães e Pais Sobre Experiências e Sentimentos Ligados a Parentalidade e a Vida Adulta”.
- 12-12-84 HELGA HINCKENIKEL REINHOLD  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
“Stress Ocupacional do Professor I”.
- 14-12-84 RICARDO JUSTINO FLORES  
Orientador: Dr. Walter Trinca  
“A Utilidade do Procedimento de Desenhos e Estórias na Apreensão de Conteúdos Emocionais em Crianças Terminais Hospitalizadas”.
- 28-12-85 REGINA ELISABETE SECAF SILVEIRA  
Orientadora: Dra. Maria Clotilde Rossetti Ferreira  
“Oportunidades de Contato entre o Adulto e a Criança em Creches”.

- 25-03-85 **NILTON ANTONIO SANCHES**  
Orientador: Dr. Antônio I. Tézis  
"Estudo Epidemiológico de Clientes da Clínica — Escola do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (MG).
- 15-04-85 **MARIA LÚCIA CASTILHO ROMERA**  
Orientador: Dr. Roosevelt Moisés S. Cassorla  
"Considerações sobre Aspectos Psicológicos da Gravidez, Parto e Puerpério na Adolescência".
- 30-08-85 **VILMA MARIA BARRETO PAIVA**  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"A Velhice e o Corpo na Opinião de Homens e Mulheres na Meia-Idade e na Velhice".
- 03-10-85 **MARIANGELA GENTIL SAVOIA**  
Orientadora: Walderez de Barros Fontes Bittencourt  
"Estudo Exploratório sobre a Repercussão Psicológica da Menopausa em um Grupo de Mulheres de Um Hospital Público".
- 22-10-85 **VALDEQUE RIBEIRO NOGUEIRA PORTO**  
Orientador: Dr. Walter Trinca  
"Estudo da Validação de Um Procedimento de Desenhos de Família com Estórias, destinado a Exploração Clínica da Personalidade de Crianças".
- 26-12-85 **SUELI REGINA GALLO**  
Orientador: Dr. Miguel de La Puente  
"A relação Terapeuta-Paciente na Psicologia Centrada na Pessoa".
- 27-12-85 **DENISE MARIA GUIARD DIAS**  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"Modelo de Treinamento Múltiplo para Deficientes Mentais de Habilitação para Professores Especializados na área".

- 13-03-86 , REGINA MARIA DE SOUZA  
Orientador: Dr. Antônio I. Tézis  
"Contribuição ao Estudo da Personalidade de Adolescentes Surdos Através do TPC de Max Pfister".
- 15-03-86 TEREZINHA EDUARDES KLAFKE  
Orientador: Dr. Roosevelt Moisés S. Cassorla  
"O Médico Lidando com a Morte: Aspectos da Relação Médico-Paciente Terminal em Cancerologia".
- 27-03-86 ALMIR LINHARES DE FARIA  
Orientador: Dr. Miguel de La Puente  
"Investigação Sobre Valores a Respeito do Ser Humano Presentes em Psicoterapeutas e em Suas Práticas Clínicas".
- 04-03-86 SUELI APARECIDA FREIRE  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"Experiências de Vida Adulta, Mudanças Sociais e Criação de Filhos Segundo Depoimentos de Pais e Mães de Crianças de 02 a 05 anos".
- 14-04-86 SONIA EL HAULI  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"Depoimentos de Pais e Mães com Referência a Parentalidade e a Vida Adulta, por Ocasão da Saída dos Filhos de Casa".
- 24-03-86 MARCIONILA RODRIGUES DA SILVA BRITO  
Orientador: Dr. Luiz Ernesto Rodrigues Tápia  
"Dinâmica das Relações Familiares e Perturbações no Processo de Identificação de Meninos com o Papel Sexual Masculino".
- 25-04-86 JOSÉ ANTONIO JACÓ ARGUMEDO  
Orientadora: Dra. Terezinha Moreira Leite  
"Psicoterapia em Grupo com Crianças".

- 02-05-86 HILDA MARIA ALOISI  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"Auto-Conceito e Sexualidade na Opinião de Pessoas Portadoras de Deficiência Física".
- 23-05-86 JUREMA LEÃO MONTE ARRAIS TONELLI  
Orientador: Dr. André Jacquemin  
"Uma Contribuição ao Estudo da Violência Através do Psicodiagnóstico de Rorschach".
- 09-06-86 LYLIAN CRISTINA PILZ PENTEADO  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"O Comportamento da Mulher na Sociedade Atual: Uma Investigação Sobre as Opiniões e Atitudes das Pessoas Frente ao Tema".
- 28-10-86 RAQUEL DOS SANTOS L. V. PINHEIRO  
Orientador: Dr. José Tolentino Rosa  
"Estudo Clínico da Influência de Dois Procedimentos de Grupo na Resposta Sexual de Mulheres com Disfunção Sexual".
- 16-12-86 MARIA CHRISTINA MONTEIRO STROKA  
Orientadora: Dra. Anita Liberalesso Neri  
"Conceito de Autoridade Paterna em Pais de Diferentes Idades: Um Estudo Exploratório".
- 05-04-87 MARLI RODRIGUES LUNEZO G. DE OLIVEIRA  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"O Papel do Pediatra na Abordagem dos Problemas Psicológicos da Criança".
- 16-04-87 ANTONIO CARLOS MEZÊNCIO DIAS  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"Estudo Exploratório de Alguns Farmacodependentes em Tratamento em uma Instituição de Campinas".

- 21-05-87 REGINA MARA J. GOMES  
Orientador: Dr. Antónios I. Tézis  
"Estudo Descritivo das Circunstâncias, Motivações e Sentimentos Envolvidos no Abortamento Provocado".
- 04-06-87 MARIA HELENA DE CAMARGO ISHIDO  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Deficiência Mental e o Impacto no Casal Parental – Estudo Psicológico de um Tipo Especial de Luto".
- 14-06-87 MARIA DO SOCORRO MOREIRA  
Orientadora: Dra. Marilda Novaes Lipp  
"Infidelidade Conjugal: Um Estudo de Comportamentos e Atitudes de uma amostra de homens e mulheres de nível educacional superior da cidade de Londrina".
- 17-09-87 MARIA CELINA PEIXOTO LIMA  
Orientador: Dr. José Tolentino Rosa  
"Sexualidade masculina e Atendimento Psicológico na Reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular. Um Estudo Exploratório".
- 26-09-87 CLÁUDIO VITAL DE LIMA FERREIRA  
Orientador: Dr. Antónios I. Tézis  
"Estudo Epidemiológico das doenças mentais em amostra hospitalar no sul de Santa Catarina".
- 04-11-87 HELOÍSA DE SOUZA CAMARGO PIERI  
Orientador: Dr. Maurício Knobel  
"Estudo do Desenvolvimento Psicosssexual e o Fator de Dependência de Adolescentes Toxicômanos em Psicoterapia Analítica".

## **CURSO NA FACULDADE DE MEDICINA DA USP**

Sob o patrocínio do British Council, o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo receberá a Visita do Professor Isaac Marks, do Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres, no período de 27 de maio a 3 de junho do corrente ano.

O Professor Marks é autor, entre outros, dos seguintes livros: "Fears and Phobias", "Cure and Care of Neurosis", "Fear, Phobias and Rituals", "Behavioural Psychotherapy" e "Living with Fear".

Durante sua permanência entre nós o Professor Marks ministrará um curso no qual serão abordados os seguintes assuntos: fobias, ansiedade, obsessões e compulsões, distúrbios sexuais, hábitos e tics.

Maiores Informações poderão ser obtidas no Instituto de Psiquiatria da USP, à Av. Dr. Armando nº 455 CEP 01246 - São Paulo - SP.



## ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Revista Semestral do Instituto de Psicologia da PUCAMP

**Estudos** aceita colaborações que lhe forem espontaneamente enviadas, reservando-se o direito de publicá-las ou não, conforme avaliação dos Editores. Os temas abordados serão os relacionados com as várias áreas de Psicologia e Ciências afins dando-se preferência aos trabalhos resultantes de pesquisas originais. Os originais devem conter no máximo 30 laudas datilografadas, 21,5 x 31,5cm, de 30 linhas cada uma, em espaço duplo, e remetidos em 3 vias, seguindo o formato dos artigos aqui publicados, e obrigatoriamente acompanhados de um resumo em português e outro em inglês de 10 linhas\*.

---

\* Os nomes dos autores, bem como sua vinculação profissional, devem aparecer em folha separada do texto, de modo a possibilitar, sem identificação, um julgamento da autoria do trabalho. Cada artigo será julgado por dois membros do Conselho Editorial.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS**

**Magnífico Reitor:** Prof. Eduardo José Pereira Coelho

**Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos:** Prof. Paulo de Tarso Barbosa Duarte

**Vice-Reitor para Assuntos Administrativos:** Prof. Antonio José de Pinho

**Diretora do Instituto de Psicologia:** Profa. Glória Elisa B. P. Von Buettner

