

estudos de

# Psicologia

Revista do Instituto de Psicologia da PUCAMP

VOL. 4

Nº 1

JANEIRO/JUNHO/1987

## ÍNDICE

### ARTIGOS:

- O vínculo entre os pais e a estruturação edípica na configuração dos distúrbios psicossomáticos . . . . . 9  
**Dr. Maurício Knobel**
- A relação psicólogo-escola pública na região de Campinas: um estudo exploratório da opinião de diretores . . . . . 17  
**Raquel Souza Lobo Guzzo e Geraldina Porto Witter**
- Língua dos sinais e sua influência na educação . . . . . 35  
**Regina Maria de Souza e Ivani R. S. Mendes**
- Aplicação da modificação de comportamento em crianças deficientes mentais em situação de escola . . . . . 52  
**Denise Maria Guisard**
- Algumas variáveis do grupo familiar e a etiologia da farmacodependência e do alcoolismo . . . . . 81  
**Marília Martins Vizzotto**
- Estudo da estrutura familiar: um modelo de entrevista clínico-familiar . . . . . 94  
**Antonio Têrzis**
- Características de personalidade de 4 irmãos, adolescentes, atendidos durante uma "crise dissociativa conjunta" . . . . . 109  
**Rita Aparecida Romano e Sonia Regina Loureiro**
- Farmacogenética . . . . . 118  
**J. Fernando P. Arena**

### COMUNICAÇÕES:

- Prevenção na infância: a Escola . . . . . 128  
**Geraldina Porto Witter**
- Dimensões dos grandes grupos . . . . . 134  
**John Keith Wood**
- Procedimento de prevenção da ocorrência de depressão em adolescentes com quadro de pânico . . . . . 143  
**Dayse Maria Borges Keiralla**
- O drama de "Canudos": à escola não vou ! Terapia familiar no Lagamar, uma favela de Fortaleza . . . . . 153  
**Carlos Arturo Molina, Maria de Lourdes Gomes Calixto e Maria Nazaré de Oliveira Grafa**
- As implicações do stress excessivo na farmacodependência . . . . . 170  
**Marilda Novaes Lipp**

RESENHAS . . . . . 176

COMUNICAÇÕES BREVES . . . . . 182

NOTÍCIAS DA UNIVERSIDADE . . . . . 192

INFORMATIVO . . . . . 195

## 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)
Antônios Têrzi	(PUCAMP)
Cláudio Simon Hutz	(UFRGS)
Geraldine Porto Witter	(PUCAMP)
Harold Lettner	(PUC-RJ)
Jefferson Morris Fish	(St. John's University - N. York)
José Tolentino Rosa	(IMES-SBC)
John K. Wood	(PUCAMP)
Júlia Ferro Bucher	(UnB)
Maria Emília Lino da Silva	(PUCAMP)
Maurício Knobel	(PUCAMP)
Regina Maria L. L. Carvalho	(PUCAMP)
Roosevelt Moisés S. Cassorla	(UNICAMP)
Vera Lúcia A. Raposo do Amaral	(PUCAMP)
Walter Trinca	(USP)

### Conselho Consultivo:

Alina Purvinis Musolino  
Antonio Maria de Almeida Camargo  
Elisabeth de Camargo Marinelli Pacheco  
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**

Volume 10, Número 1, 1978

Artigo de síntese de Maria Tereza de Souza Lima e a Psicologia da aprendizagem  
de Maria Tereza de Souza Lima 31

Maria Tereza de Souza Lima

Estudo de caso de uma criança com síndrome de Down e sua aprendizagem  
de leitura de Maria Tereza de Souza Lima 44

Maria Tereza de Souza Lima

Contribuição ao conhecimento do vínculo afetivo-materno  
de Maria Tereza de Souza Lima e sua mãe 58

Maria Tereza de Souza Lima e Santa Rosa Lourenço

Introdução

A. Fernando P. de Azevedo

## COMUNICAÇÕES

Prevalência de sintomas de Eufria em uma amostra de  
de Maria Tereza de Souza Lima 65

Maria Tereza de Souza Lima

Diagnóstico da síndrome de Down em uma amostra de  
de Maria Tereza de Souza Lima 72

Maria Tereza de Souza Lima

# estudos de **Psicologia**

Revista do Instituto de Psicologia da PUCAMP

VOL. 4	Nº 1	JANEIRO/JUNHO/1987
--------	------	--------------------

## ÍNDICE

### ARTIGOS:

- O vínculo entre os pais e a estruturação edípica na configuração dos distúrbios psicossomáticos ..... 9  
**Dr. Maurício Knobel**
- A relação psicólogo-escola pública na região de Campinas: um estudo exploratório da opinião de diretores ..... 17  
**Raquel Souza Lobo Guzzo e Geraldina Porto Witter**
- Língua dos sinais e sua influência na educação ..... 35  
**Regina Maria de Souza e Ivani R. S. Mendes**
- Aplicação da modificação de comportamento em crianças deficientes mentais em situação de escola ..... 52  
**Denise Maria Guisard**
- Algumas variáveis do grupo familiar e a etiologia da farmacodependência e do alcoolismo ..... 81  
**Marília Martins Vizzotto**
- Estudo da estrutura familiar: um modelo de entrevista clínico-familiar ..... 94  
**Antonio Térzis**
- Características de personalidade de 4 irmãos, adolescentes, atendidos durante uma "crise dissociativa conjunta" ..... 109  
**Rita Aparecida Romano e Sonia Regina Loureiro**
- Farmacogenética ..... 118  
**J. Fernando P. Arena**

### COMUNICAÇÕES:

- Prevenção na infância: a Escola ..... 128  
**Geraldina Porto Witter**
- Dimensões dos grandes grupos ..... 134  
**John Keith Wood**

Procedimento de prevenção da ocorrência de depressão em adolescentes com quadro de pânico . . . . .	143
<b>Dayse Maria Borges Keiralla</b>	
O drama de "Canudos": à escola não vou ! Terapia familiar no Lagamar, uma favela de Fortaleza . . . . .	153
<b>Carlos Arturo Molina, Maria de Lourdes Gomes Calixto e Maria Nazaré de Oliveira Grafa</b>	
As implicações do stress excessivo na farmacodependência . . . . .	170
<b>Marilda Novaes Lipp</b>	

**RESENHAS:**

A criança pré-escolar em ação explorando os programas da 1ª infância . . . . .	176
<b>Raquel Souza Lobo Guzzo</b>	
O ponto de mutação . . . . .	178
<b>Cláudio Vital Lima Ferreira</b>	

**COMUNICAÇÕES BREVES:**

Resumos das dissertações de Mestrado defendidas em 1986 no departamento de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da PUCAMP.

Estudo clínico da influência de dois procedimentos de grupo na resposta sexual de mulheres com disfunção sexual . . . . .	182
<b>Raquel dos Santos Leal Vita Pinheiro</b>	
Conceito de autoridade paterna em pais de diferentes idades: um estudo exploratório . . . . .	183
<b>Maria Christina Monteiro Stroka</b>	
O papel do pediatra na abordagem dos problemas psicológicos da criança . . . . .	185
<b>Marli Rodrigues Lunezo Guimarães de Oliveira</b>	
Estudo exploratório de alguns farmacodependentes em tratamento em uma instituição de Campinas . . . . .	187
<b>Antonio Carlos Mezêncio Dias</b>	
Estudo descritivo das circunstâncias, motivações e sentimentos envolvidos no abortamento provocado . . . . .	188
<b>Regina Mara Jurgielewecz Gomes</b>	
Deficiência mental e o impacto no casal parental-estudo psicológico de um tipo especial de luto . . . . .	189
<b>Maria Helena de Camargo Ishido</b>	
Infidelidade conjugal: Um estudo de comportamentos e atitudes de uma amostra de homens e mulheres de nível educacional superior da cidade de Londrina . . . . .	190
<b>Maria do Socorro Moreira</b>	

<b>NOTÍCIAS DA UNIVERSIDADE . . . . .</b>	<b>192</b>
<b>INFORMATIVO . . . . .</b>	<b>195</b>

## NECROLÓGIO

### DR. RUY PIAZZA



*Faleceu em São Paulo, no dia 16 de junho próximo passado, o Prof. Dr. Ruy Piazza, primeiro Coordenador de nosso Mestrado em Psicologia, do qual foi também emérito professor de Neuratomia.*

*O Dr. Piazza, que terminou seu Curso de Graduação em 1943 na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, dedicou quase toda sua profícua vida profissional às atividades de docência e pesquisa.*

*Livre-Docente de Patologia Geral e Especial pela Faculdade de Medicina da USP, Doutor em Medicina e Livre-Docente em Patologia Geral pela Faculdade de Medicina de Sorocaba (PUC-SP), foi professor e pesquisador das seguintes instituições:*

*Faculdade de Medicina da USP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Sorocaba, Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (onde foi Médico-Chefe do Laboratório de Anatomia Patológica e pertenceu ao Serviço de Laboratórios e Estudos do Cérebro) e Instituto Butantã.*

*Como bolsista do Governo Italiano, estagiou durante dois anos na Universidade de Bologna, sob a orientação dos Profs. E. Favilli (Patologia Geral) e C. Manzini (Anatomia Patológica).*

*Em 1971, com bolsa do Governo Alemão, estagiou nos laboratórios de Neuropatologia das Universidades de Colônia e Marburgo e no Instituto Max-Planck de Estudos do Cérebro, de Frankfurt sobre o Meno.*

*Em 1977, recebeu Bolsa de Estudos de Alto Nível do Acordo Cultural Brasil-Alemanha Ocidental, tendo estagiado no Instituto Max-Planck de Psiquiatria de Munique.*

*Autor do "Atlas de Neuropatologia Psiquiátrica" e de inúmeros trabalhos publicados em periódicos científicos, fez jus aos seguintes prêmios:*

*Prêmio "Fausto Guerner" de 1960, concedido pelo Centro de Estudos Franco da Rocha, pelo trabalho "Contribuição ao Estudo da Esclerose Tuberosa", em colaboração com a Dra. U. P. Bueno;*

*Prêmio "Alvarenga" de 1963, outorgado pela Academia Nacional de Medicina, pelo trabalho "Nova Conceção Patogênica sobre a Esclerose Tuberosa", em colaboração com a Dra. U. P. Bueno;*

*Prêmio "Fausto Guerner" de 1963, concedido pelo Centro de Estudos Franco da Rocha, pelo trabalho "Paralisia Geral de Lissauer com Negatividade Liquórica;*

*Prêmio "Associação Brasileira de Psiquiatria" de 1977, pelo livro "Atlas de Neuropatologia Psiquiátrica".*

*Quando a Pontifícia Universidade Católica de Campinas iniciou, em 1972, seus Cursos de Mestrado em Biociências e em Psicologia Clínica, convidou, como seus primeiros docentes, os eminentes Mestres Prof. Dr. Aníbal Silveira e Prof. Dr. Ruy Piazza.*

*Durante os dois anos em que ministrou suas aulas, foi o Dr. Piazza Coordenador de ambos os Mestrados, na difícil fase de sua implantação.*

*Como professor de Neuranatomia, sua presença constituiu-se num marco divisor do ensino dessa disciplina em nossa Universidade.*

*Professor, no mais amplo e nobre sentido da palavra, Pesquisador eminente e Homem de caráter íntegro, marcou o Prof. Dr. Ruy Piazza, de modo indelével, sua passagem pela Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.*

# O VÍNCULO ENTRE OS PAIS E A ESTRUTURAÇÃO EDÍPICA NA CONFIGURAÇÃO DOS DISTÚRBIOS PSICOSSOMÁTICOS

Dr. Maurício Knobel \*

## RESUMO

O modelo edípico é o modelo estrutural da psicologia e da patologia humana. Os problemas parentais se refletem a nível do desenvolvimento embrionário e fetal assim como também posteriormente. A ausência ou o fracasso da figura materna e também a incompatibilidade entre pai e mãe são considerados fatores etiopatogênicos da doença. A figura 'real' dos pais e sua conduta como casal são fatores determinantes de diversos aspectos da patologia somática. Diferentes aspectos patológicos, especialmente transtornos somáticos são apresentados em forma esquemática e relacionados com a patologia parental ou a patologia do vínculo parental. O autor considera que não existem transtornos exclusivamente somáticos desde que toda a patologia é considerada como psicossomática e relacionada com a estruturação edípica do sujeito, que por sua vez relaciona-se com o tipo de vínculo parental.

A experiência clínica em psicanálise no tratamento das neuroses e psicoses infantis, permite-nos afirmar que há uma espécie de "registro" embrionário e fetal dos acontecimentos psicológicos do binômio parental e da sua relação com o ser em gestação.

As experiências biológicas sobre fatores metabólicos e genéticos exime-nos de abordarmos este aspecto do problema. Teria somente que enfatizar, dando crédito ao conceito psicanalítico da totalidade do ser humano, uma verdadeira "Gestalt" psico-bio-social, que todo processo infeccioso, distúrbio metabólico ou tóxico que atua através do pai ou da mãe em nível genético, ou através da mãe já durante a gestação, tem seus concomitantes psicodinâmicos. Vemos assim que a "angústia" do casal, do pai ou da mãe, que em última instância interage na esfera conflitiva dos progenitores, determinará

(\*) Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCAMP.

diversas ocorrências psicodinâmicas em nível do ser em gestação, agindo com pré-disponentes ou como base de desencadeantes das mais diversas expressões em psicopatologia. Estou apenas referindo-me às séries complementares magnificamente descritas por Freud, ampliadas depois por Pichon-Rivière (Freud 1916/17; Pichon e Rivière, 1970) utilizadas com algumas modificações para indicar o que seria uma história clínica com critérios psicodinâmicos em crianças (Knobel, 1977,b) e, obviamente, também em adultos.

A relação parental durante a gestação interfere, favorável ou desfavoravelmente no que se pode denominar de acordo com Rascovsky "Psiquismo Fetal". Aí começa o que se pode chamar de "Pré-História do Complexo de Édipo" (Rascovsky, 1960).

A rejeição, a agressividade, a falta de apoio para o desenvolvimento são "sentidos" intrauterinamente. As crianças que não desfrutam de um casal amoroso de pais que os aceitem, nascem com "pré-disposições" a graves problemas psicológicos ou somáticos.

Considero, de acordo com a minha experiência clínica, que grande parte da patologia somática do recém-nascido, inclusive a chamada "morte súbita" pode ter um grande componente etiopatogênico na relação má ou inexistente dos pais.

O parto também exprime o nível conflitivo da mãe ou do casal. Nas nossas experiências, atitude de rejeição ao bebê no pré-parto, pode levar a sérios problemas de distocias de parto, que podem determinar patologias somáticas irreversíveis no recém-nascido (Gadea, Knobel et alli, 1967; Knobel, 1973; Knobel, 1974, Knobel 1977a; Knobel 1977b; Knobel et alli, 1967).

Com fins clínicos, tomamos o modelo edípico como um modelo básico da estrutura psicológica humana. Este modelo tem aspectos evolutivos. Concordo com Melaine Klein na descrição do Complexo de Édipo Precoce (Klein 1954) que ocorreria em torno do sexto mês de vida aproximadamente. A experiência psicanalítica confirma, dia-a-dia, a descrição genial de Freud sobre o que chamamos atualmente de "Complexo de Édipo Clássico" (Klein 1954) e, seu reaparecimento

na puberdade e na adolescência (Knobel, 1979; Knobel, Perestrallo e Uchôa, 1981).

Parece-me conveniente enfatizar que a meu ver se reestrutura o Complexo de Édipo, posteriormente na vida adulta, com o nascimento de cada filho ou filha, ou com a falta deste processo criativo e que novamente se reestrutura com o nascimento dos netos nas pessoas que alcançam a posição de avós.

Neste processo evolutivo helicoidal, a situação dramática básica é a mesma, só que os personagens do drama mudam e se entremesclam; Layo e Jocasta interagem com Édipo em um "continuum" indefinido que nos obriga ao menos a indagar sobre a possibilidade de uma revolução verdadeira e definitiva do Complexo de Édipo (Dalma, Knobel e Fox, 1955; Dalma e Knobel, 1957). Penso que são sempre "soluções" parciais, onde parte dos aspectos primitivos surgem no reaparecimento das etapas mais primitivas do desenvolvimento evolutivo.

Neste sentido, considero útil recordar o conceito de fase genital prévia de A. Aberastury, desenvolvido em pleno período oral, iniciando cedo na vida o Complexo de Édipo Precoce. Como analisei, a elaboração desta fase evolutiva faz-se baseada no exercício de satisfazer a curiosidade no exibicionismo, na atividade masturbatória vivida ludicamente, na própria atividade lúdica (que assim conterà resquícios masturbatórios) e, **fundamentalmente** na identificação projetiva com o casal de pais em coito satisfatório (Aberastury, 1971; Knobel, 1973; Knobel, 1977, b).

Para que esta elaboração aconteça é necessário, imprescindível, a presença real (não fantasiada) do casal parental. O modelo da identificação primária integradora, é o da união discriminada das pessoas pai-mãe, como homem e mulher dando e recebendo amor e prazer no nível axiológico do humano. Esta boa relação do casal de pais, permite por sua vez, a simbiotização adequada e circunstancial mãe-filho, que na evolução "normal" levará posteriormente à dessimbiotização e ao processo de "separação-indivuação" (Bleger, 1967; Bleger 1971; Bleger, 1973, Mahler e Furer, 1968: Mahler, Pine e Bergman, 1975). "A mãe pode "simbiotizar-se" normalmente, desde que possa manter ao mesmo tempo uma relação discri-

minada com seu par. O pai adquirirá assim, sua função estrutural básica ao facilitar os aspectos regressivos orais da mãe, facilitando a manutenção do nível genital que a mesma precisa ter para não desagregar-se na regressão e não confundir-se na simbiotização.

Podemos entender então, que o tipo de vínculo parental pode determinar a evolução do indivíduo. O processo evolutivo consiste em uma série de discriminações que permitem identificações positivas e estruturantes da personalidade.

As alterações que um vínculo parental perturbado podem trazer, são infinitas. Para limitar-nos a alguns aspectos da patologia psicossomática, devo manifestar que é conveniente iniciar a análise das mesmas com a patologia da identificação sexual, e a elaboração do conflito de Édipo em cada período evolutivo.

A indiscriminação e a culpa são os dois elementos psicodinâmicos que favorecem o deslocamento para o corpo dos conflitos que, basicamente, pode descrever como histéricos, hipocondríacos ou psicóticos (Knobel, 1974; Knobel 1977a). Cada pessoa tem seu modo individual de somatizar e, como diziam os clínicos antigos: "É hepático, não o que deseja, mas aquele que o pode".

O determinismo para a patologia somática e seu peculiar conteúdo psicodinâmico, são dados pelas séries complementares (genético e constitucional) e, as relações com o casal de pais (estruturação edípica pessoal, evolutiva e dialeticamente determinada).

A figura real (e a fantasiada) do pai, são fatores fundamentais nesta estruturação da personalidade e, sua repercussão psicossomática. A falta de "pai", pode, por exemplo, "obrigar" a manter uma relação simbiótica com a mãe (doenças crônicas, que exigem cuidados contínuos) ou, a identificar-se com uma mãe fálica (homossexualidade, afecções genito-urinárias, reto-colite, etc.).

A falta de "mãe" pode facilitar a insegurança, falta de confiança básica, idealização fálica (doenças auto-imunes, lesões traumáticas, processos infecciosos, gordura ou magreza, etc.).

A incompatibilidade dos pais, determina uma vivência de carência de pai ou da mãe, segundo a história do sujeito, com as características acima mencionadas e também culpa edípica intensa, vigorosa que se torna impossível de manejar em nível psicológico e obriga a usar a doença orgânica como defesa ante a uma possível desestruturação psicótica.

Seria esta uma forma de reestruturação psicótica no sentido de BLEGER (1967, 1971, 1973) onde o indiscriminado fica no corpo como enfermidade, "doença" (dor pelos aspectos parentais perdidos e fantasiados, como edipicamente atacados e destruídos) e, culpa que obriga a auto-punições (dores diversas de diferentes patologias ou, processos auto-destrutivos de intensidade e gravidade diversas). Neste sentido, o câncer pode ser incluído como uma patologia culposa severa, com fantasias de reparação maníaca (crescimento demasiado de células imaturas) (Knobel e Sarmiento, 1980).

Não há Édipo sem Layo e sem Jocasta. A atitude estruturante dos pais é um fator decisivo na patologia psicossomática no decorrer da história vital de cada indivíduo. É de conhecimento comum em pediatria que para melhorar a uma criança doente, é necessário tranquilizar a mãe. Atualmente, os pediatras começam a perceber que muitas vezes a ansiedade da mãe é o reflexo do temor do pai e da própria angústia do mesmo. O pai tem ou melhor, adota, em nossa cultura, um papel de proteção social e de sustento sócio-familiar-econômico, enquanto a mãe ainda mantém, embora às vezes de forma reprimida, o papel de proteção individual e de eixo da configuração familiar e é o grande continente que permite o funcionamento sócio-cultural predominante. A culpa do pai frente à doença do filho, é uma culpa superdimensionada, é assumir o fracasso de toda sua função sócio-econômica e, mais profundamente, de sua importância, de sua inutilidade fálica que surge como catastrófica.

Nestas circunstâncias que observei, pode desenvolver-se nos pais, um verdadeiro complexo de Layo. Estudando jovens delinquentes parricidas, constatamos como sistematicamente aos pais levavam (agressões violentíssimas contra eles, ou contra a mãe). Vimos neles, não o simples assassino, mas o dramático e incontrolável Édipo, que não tinha outra saída para sobreviver, senão matar o pai que havia se convertido

em um Layo petrificado e compulsivo. (Dalma, Knobel e Fox, 1955; Dalma e Knobel, 1957). Muitas patologias, com alterações morfológicas severas, perturbações graves da visão, afecções somáticas agressivas, violentas (processos grangrenosos, supurações graves, diarreias incontroláveis) têm um Layo na estrutura parental.

Obviamente, os processos não são tão esquemáticos na realidade clínica e, este esboço serve como uma introdução a uma orientação que possa contribuir para solucionar os múltiplos problemas da patologia somática. Considero não haver uma patologia exclusivamente somática, como afirmam alguns (Heilman e Valenstein, 1979; Hill Murray e Trorley 1979) já que toda doença é uma crise na biografia de um indivíduo, como acentua Lopes Ibor, (1950) citando a Von Weisaeker. Isto é, toda patologia é em realidade psicossomática e, sua étio-patogênia começa na gestação e no tipo ou modalidade de vínculo parental gerador de cada pessoa.

### SUMMARY

*The Oedipal model is a structuring model for human psychology as well as for psychopathology. Parental problems reflect themselves in the embryonic or fetal level of development as well as later on. The absence or failure of the mother figure, the father figure or just parental incompatibility are considered as etiogenic and pathogenic factors of disease. The 'real' parents and their behavior as a couple are determinants of diverse aspects of somatic pathology. Several types of pathological disorders, somatic illnesses, are outlined and related to parental pathology or the pathology of the parental link. The author believes there are not exclusive somatic disorders since all pathological processes are psychosomatic and related to the Oedipal structuring of the subject, which in turn, relates to the type of parental link.*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. — *Aportaciones el Psicoanálisis de Niños*". Paidós, Buenos Aires, 1971.

- BLEGER, J. — Simbiosis y Ambigüedad. Estudio Psicoanalítico.** Paidós, Buenos Aires, 1967.
- BLEGER, J. — El concepto de psicosis.** Rev. Psicoanl. Buenos Aires, XXVIII(1): 5 — 23; 1971.
- BLEGER, J. — Esquizofrenia, autismo y simbiosis. Enfoque psicoanalítico.** Rev. Psicoanl. Buenos Aires, XXX (2): 367 — 376. — 1973.
- DALMA, J., KNOBEL, M. & Fox, M. — La presión paterna como causa criminógena. (Aportaciones al Complejo de Layo).** — Acta Neuropsiq. Argent., Buenos Aires, 1(5): 491 — 499, 1955.
- DALMA, J. & KNOBEL, M. — La presión paterna en la disposición criminal.** Rev. de Psiq. y Psicol. Med. de Europa y Amér. Lat., Barcelona, III(3): 199 — 207, 1957.
- FREUD, S. — Introductory Lectures on Psychoanalysis. Part III. General Theory of the Neuroses. Lecture XXIII, The Paths to the Formation of Symptoms (1916-1917).** Standard Edition, Vol. XVI, pp. 358 — 377. The Hogarth Press, London, 1963.
- GADEA, R., KNOBEL, M., Videla, M. & Gutkin, B. — Modificaciones psicológicas de las embarazadas en tratamiento psicoterapéutico durante la gestación.** — Orientación Méd., Buenos Aires, XVI (742):40; 1967.
- HEILMAN, K. M. & VALENSTEIN, E. — Clinical Neuropsychology.** — Oxford Univ. Press, New York, 1979.
- HILL, P., MURRAY, R. & Thorley, A. (eds.). — Essentials of Postgraduate Psychiatry,** Academic Press, London, 1979.
- KLEIN, M. — The Psycho-Analysis of Children.** The Hogarth Press, London, 1954.
- KNOBEL, M. — Aspectos de psicología evolutiva y psicopatología infantil vinculados a la Fase Genital Previa.** — Rev. Psicoanl., Buenos Aires, XXX (3/4): 731 — 742, 1973.

- KNOBEL, M. — **Abnormality in Normal Development. A Concept of Symptom Formation in Childhood.** in M. Musaph (Ed) **Mechanisms in Symptom Formation**, S. Karger, Basel, 1974.
- KNOBEL, M. — **Research and Clinical Practice in Psychosematic Medicine.** In, F. Antonelli (Ed.). **Therapy in Psychosomatic Medicine**, Vol. I, Ed. Pozzi, Rome, 1977a.
- KNOBEL, M. — **Psiquiatria Infantil Psicodinámica.** Paidos, Buenos Aires, 1977,b.
- KNOBEL, M. — **O complexo de Édipo na Adolescência.** Arq. Clín. Pinel, Porto Alegre, 1979.
- KNOBEL, M., GADEA, R., VIDELA, M. & GUTKIN, B. — **Evolución de la imagen corporal a través del tratamiento psicoterápico durante la gestación.** *Orientación Méd.* Buenos Aires, XVI (741): 29 – 30, 1967.
- KNOBEL, M., PERESTRELLO, M. & UCHÔA, D. M. — **A Adolescência e a Família Atual.** Atheneu, Rio de Janeiro, 1981.
- KNOBEL, M. & SARMENTO, R. C. — **Diagnóstico Psicológico em Mastologia.** In, J. A. Pinotti (Ed.) **Diagnóstico em Mastologia.** Editora Manole, São Paulo, 1980.
- LÓPEZ — IBOR, J. J. — **La Angustia Vital (Patología General Psicossomática).** Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- MAHLER, M. S. & FURER, M. — **On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation.** Intern. Univ. Press, New York, 1968.
- MAKLER, M. S., PINE, F & BERGAMAN, A. — **The Psychological Birth of the Human Infant.** Basic Books, New York, 1975.
- PICHON-RIVIÈRE, E. — **Una Nueva Problemática para la Psiquiatria.** In, **Del Psicoanálisis a la Psiquiatria Social**, Vol. I. Galerna, Buenos Aires, 1970.
- RASCOVSKY, A. — **El Psiquismo Fetal.** Paidos, Buenos Aires, 1960.

# A RELAÇÃO PSICÓLOGO-ESCOLA PÚBLICA NA REGIÃO DE CAMPINAS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DA OPINIÃO DE DIRETORES.

Raquel Souza Lobo Guzzo\*

Geraldina Porto Witter\*

## RESUMO

Com o objetivo de caracterizar a relação psicólogo/escola pública em uma região educacional do Estado de São Paulo, foi remetido um questionário a cada uma das suas unidades escolares (N = 695). Destas escolas apenas 29% (N = 199) responderam e devolveram o instrumento de pesquisa.

A análise dos resultados mostrou que, de um modo geral, as relações entre o psicólogo e a escola tendem a ser indiretas, esporádicas, de curta duração e segundo modelos criticados sobejamente na literatura. Há uma valorização positiva da atuação deste profissional cuja presença parece ser também desejada. Há interesse em contacto com profissionais da psicologia, através do CRP, mas em termos de conteúdos muito dispersos.

## INTRODUÇÃO

No sistema educacional brasileiro praticamente ainda não se dispõe de um espaço significativo, oficialmente aberto para a atuação do Psicólogo Escolar, especialmente na rede oficial de ensino (Patto, 1984; Sant'Ana, 1984; Witter, 1977; Araújo, 1985). A realidade educacional vigente, todavia, apresenta uma ampla variedade de problemas, muitos já crônicos, para cuja solução esse profissional pode contribuir de forma significativa desempenhando diversos papéis<sup>1</sup>. Possivelmente

---

(\*) Professoras do Curso de Especialização em Psicologia escolar – IP – PUCCAMP.

por esta razão, em algumas redes estatais e municipais, vai aos poucos se delineando uma abertura para a inserção desse profissional.

No empenho para a inclusão do psicólogo na equipe técnica da escola há que se reconhecer que as entidades de classe vêm procurando, através de diversas estratégias, efetivamente conseguir esse espaço, aspirando a colaborar para efetivamente resolver os problemas aí vigentes. Todavia, o trabalho isolado de alguns psicólogos ou pequenos grupos de psicólogos atuando na área, a despeito das dificuldades encontradas, também tem surtido efeitos produtivos ainda que modestos. Entretanto, todos esses esforços são ainda muito tímidos e os resultados obtidos tão parcos que pouco se percebe de progresso no decorrer de décadas.

Nessas circunstâncias, embora convivendo com inúmeros problemas, para os quais contar com o apoio do Psicólogo Escolar seria útil, não é de estranhar que administradores e professores da rede conheçam pouco do tipo de colaboração que poderiam ter, que papéis o psicólogo poderia desempenhar (Witter, 1977). De fato seu contato com esse profissional é raro. Além disso, por má formação ou desinformação, ou falta de oportunidades concretas, muitas vezes a atividade desenvolvida pelo Psicólogo Escolar está longe de ser a ideal (Witter, 1977), tendendo ao desempenho de papéis menos adequados, produtivos e cientificamente recomendáveis (Sant'Ana, 1984). Assim, quando existe esse contato, nem sempre ele procede de forma adequada e recomendada pela informação técnico-científica disponível. O conceito que o corpo técnico-administrativo da escola tende a fazer desse tipo de profissional acaba por ser incompleto, inadequado e deturpado por essas circunstâncias.

Outra variável que viabiliza aos demais profissionais da escola ir estabelecendo uma base para perceber o Psicólogo Escolar é o contato com os estagiários de psicologia. Araújo (1985) lembra que o estágio é fundamental para a formação profissional, mas que raramente as condições previstas em lei são adequadamente cumpridas na realidade. Muitas vezes um estagiário despreparado, desmotivado e sem uma boa supervisão é que vai atuar na escola.

A ação do estagiário na escola pode facilitar ou dificultar a formação de um conceito preciso sobre que papéis

e em que probabilidade se podem esperar resoluções eficientes da parte do psicólogo. Todavia, as condições precárias e ocasionais em que se concretiza o estágio não contribuem explicitamente para uma melhor compreensão dos papéis do psicólogo (Araújo, 1985).

Essa situação acaba por se constituir em um círculo vicioso que precisa ser rompido para que mudanças efetivas se concretizem no quadro aqui descrito. Enquanto isto não ocorre, da parte dos poucos psicólogos que trabalham na rede escolar, é preciso de forma mais decidida afastar-se do modelo clínico, diversificando seus papéis (Witter, 1977). O mesmo cuidado deve ser tomado por parte de supervisores e estagiários (Araújo, 1985). Em síntese, deve haver um empenho dos profissionais e das entidades de classe no sentido de viabilizar uma melhor informação do público-alvo (pessoal administrativo, técnico, docente, discente e pais) sobre as possibilidades efetivas de prestação de serviços. Cabe às escolas superiores de formação de psicólogos dar-lhes condições básicas para essa atuação de forma eficiente, sendo de se destacar o papel do estágio supervisionado. Isto significa particular atenção também a seu quadro de supervisores quanto a experiência, competência e atuação (Araújo, 1985; Cherniss, 1986).

Para que entidades e profissionais possam atuar na direção aqui proposta, é útil conhecer a realidade em que atuam ou atuarão; o tipo de contato entre os psicólogos e os demais profissionais da escola; as perspectivas dos que lá estão trabalhando quanto à ação do psicólogo, suas opiniões, suas necessidades e problemas. Isto implica necessariamente pesquisa, inicialmente em nível de levantamento e, posteriormente, com delineamentos mais sofisticados. Além disso, dados desta natureza podem mostrar aos responsáveis pela rede oficial e particular de ensino pontos nevrálgicos onde a atuação do psicólogo se faz necessária para a solução de problemas e a melhoria geral da qualidade do ensino.

Foi dentro do contexto geral dessas preocupações que se planejou uma pesquisa exploratória, de levantamento de alguns aspectos úteis ao planejamento de programas de informação e de atendimento de uma região específica do Estado de São Paulo.

## OBJETIVOS

Considerando o exposto, foram estabelecidos para a presente pesquisa os seguintes objetivos:

### GERAL:

Caracterizar a relação psicólogo/escola pública em uma região educacional de São Paulo.

### ESPECÍFICOS:

1 – Verificar a ocorrência e tipos de contatos do psicólogo escolar com as unidades da rede educacional.

2 – Verificar esses contatos em nível de classe especial.

3 – Levantar a opinião de diretores quanto às dificuldades de utilização de serviços de psicólogos em nível de classe especial.

4 – Levantar a opinião de diretores quanto à necessidade de classes especiais.

5 – Levantar opinião de diretores quanto à avaliação e acompanhamento por psicólogo da criança de classe especial.

6 – Levantar a opinião dos diretores quanto a assuntos que gostariam de discutir em contatos com o CRP.

## MÉTODO

### MATERIAL

Para a obtenção dos dados, foi elaborado um questionário com sete itens e subitens, o qual foi mimeografado em folhas de papel sulfite, tamanho ofício. O instrumento ficou constituído por três folhas, sendo que na parte superior da primeira solicitaram-se os dados de identificação da unidade escolar. Algumas questões foram do tipo fechado por se referirem mais à informação, outras, relativas predominantemente à opinião

do informante, foram do tipo aberto. A especificação do conteúdo dessas questões aparece explicitado na parte de resultados, ao se esclarecer o que foi perguntado a cada passo. Em síntese, além da caracterização geral, compreendem quatro partes: a primeira relativa aos serviços de psicologia prestados por psicólogos à escola ( direta ou indiretamente ); a segunda, focalizando a relação escola-estagiário; a terceira pesquisou a formação de classes especiais e a opinião de diretores quanto à avaliação psicológica para seleção de crianças, visando à formação dessas classes; e a última tratou da expectativa da direção quanto ao trabalho de Psicólogos na rede.

### **Sujeitos Informantes**

Constituíram sujeitos do presente trabalho 199 diretores de escolas estaduais, compreendendo unidades vinculadas a 13 Delegacias de Ensino da Regional de Campinas. Destes informantes, 145 eram do sexo feminino e 54 do sexo masculino.

### **Procedimento**

Inicialmente foi realizado em contato através de carta com o Delegado Regional de Ensino de Campinas, a fim de que fossem delimitadas a região e suas Delegacias. Em seguida foi solicitado aos 13 Delegados de Ensino, que enviassem a listagem com o nome de seus Diretores e Escolas.

De posse das listagens, foi enviado pelo correio a cada Diretor o questionário para obtenção dos dados. Foi estipulado um prazo de 2 meses para a devolução dos dados sendo que, para efeito de análise nesse trabalho, os questionários devolvidos fora do prazo não foram computados. Das 695 unidades a que se remeteu o questionário, obtiveram-se 199 respostas dentro do prazo, ou seja 29% das unidades.

### **Resultados e Discussão**

Verificou-se que 41,71% dos informantes ( Ver Tabela I ) conheciam de alguma experiência vivenciada anteriormen-

te, o trabalho do Psicólogo. Dentre os Diretores que já trabalharam anteriormente mantendo contacto com psicólogos, verificou-se que a maioria (70%) teve um relacionamento mais à distância ou indireto, constituído pelo encaminhamento de aluno para ser atendido em uma clínica ou posto onde trabalhava o psicólogo, fora da escola. Apenas 49% dos informantes tiveram alguma experiência de contato com psicólogo atuando em suas escolas. Nestes casos, os informantes explicitaram que se tratou de contatos com poucas horas semanais e, via de regra, por um período de tempo restrito ao necessário ( poucas semanas ) para desenvolver uma tarefa específica, sem uma maior integração com a equipe da unidade. Alguns desses sujeitos também tiveram experiência concomitante de encaminhamento para clínicas, conforme explicitaram ao responder à questão, embora esta discriminação não tivesse sido solicitada.

Por ocasião da coleta de dados, estavam contando com a presença de um Psicólogo na escola apenas 6,5% das unidades e os poucos Diretores que informaram sobre a carga-horária de trabalho apresentaram um quadro similar ao já relatado, ou seja, poucas horas semanais/por um curto lapso de tempo. Um não respondeu a este item. Observe-se que neste caso as vivências estavam ocorrendo não diretamente na escola, não havendo nenhuma referência a contato com a clínica. Neste caso, pode-se considerar que isto talvez seja indício de um trabalho preventivo adequado levado a cabo por esses profissionais.

Como não foi solicitada a estipulação da temporalidade envolvida na experiência anterior, ficou impossível uma comparação direta com a experiência atual, por ser aquela cumulativa ( podendo envolver um número de anos desconhecidos ) e a atual dizendo respeito apenas à situação presente no momento da coleta.

A situação geral é reflexo do que se encontrou em todas as Delegacias de Ensino. É evidente que com este contacto restrito e pouco entrosamento intercurricular nas Universidades em que se formam esses profissionais, além da inexistência do profissional na rede, este quadro só pode resultar em desconhecimento do papel do psicólogo, de suas possibilidades de atuar na resolução de problemas educacionais e na manutenção

TABELA I

**Experiência de Diretores em relação ao trabalho do  
Psicólogo Escolar**

Experiência	Anterior			Atual	
	Não	Sim		Não	Sim
		Clínica	Escola		
Americana	15	3	6	20	1
Amparo	7	1	4	9	1
Bragança Paulista	6	2	5	12	—
Campinas — 1ª	3	5	3	9	1
Campinas — 2ª	12	10	2	18	3
Casa Branca	2	4	1	6	1
Jundiaí	19	8	9	30	4
Limeira	17	5	3	24	—
Mogi Mirim	9	10	4	21	—
Piracicaba	14	4	3	19	1
Pirassununga	4	1	—	5	—
Rio Claro	3	4	1	6	1
São João da Boa Vista	5	1	—	6	—
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>58</b>	<b>41</b>	<b>185</b>	<b>13</b>

de mistificação e vieses de sua percepção pela equipe técnica da escola ( Witter, 1977, Araújo, 1985 ).

Complementando a informação relativa ao tipo de contato mantido com o Psicólogo, os Diretores foram solicitados, quando tiveram ou estavam tendo relação com o primeiro, a arrolar as atividades por ele desenvolvidas. As respostas obtidas foram aglutinadas em quatro categorias. A primeira foi denominada Diagnóstico, incluindo referência específica ou genérica a essa atividade. Neste último caso as respostas foram tabuladas no próprio título da categoria ( ver tabela II ). No primeiro fo-

ram tabuladas de acordo com a especificação feita, em: psicometria (referência a aplicação de testes psicológicos), observação, entrevista e triagem para classe especial. A segunda categoria foi denominada Atendimento Psicopedagógico, implicando o atendimento aos alunos, aos professores e aos pais, focalizando problemas de aprendizagem. A terceira refere-se a um atendimento nitidamente clínico — qualquer forma de psicoterapia. A quarta categoria inclui respostas esparsas do tipo: “nenhuma”, “dá aula”, “faz relatório”.

As respostas foram categorizadas por dois juízes, uma estudante do quinto ano de psicologia\* e por uma das autoras deste trabalho. Obteve-se um índice de concordância de 98%. Os dados expressos na Tabela II dizem respeito à tabulação feita por uma das autoras.

No que tange à experiência anterior, no atendimento em nível de clínica, foram obtidas 101 respostas e, em nível de escola, 91. Em ambos os casos, a categoria 1 Diagnóstico foi predominante com 52% e 55% das respostas respectivamente. Dentro desta categoria, a sub-categoria Psicometria foi a dominante com 23% de ocorrência para a vivência com clínica e a vivência com escola em torno de 34%. A seguir vem a triagem para classe especial, sendo de 10% no caso da clínica e de 21% na escola.

Esses dados indicam uma distorção no que está transparecendo da possível ação do psicólogo, destacando-se sobremaneira seu papel como psicometrista amplamente criticado na literatura por suas limitações, inadequações e mesmo restrições éticas, especialmente em países que importam instrumentos de avaliação psicológica por norma, sem o devido cuidado científico (Witter, 1977). Considerando que via de regra a triagem para classes especiais é ainda feita através de testes, tende-se a fixar uma imagem inadequada do Psicólogo Escolar como “aplicador de testes”.

Estes resultados podem estar a refletir um trabalho insuficiente e inadequado do profissional de psicologia na prática de sua profissão, especialmente quando atua na escola, ou, pelo menos, que é esta a imagem que vem oferecendo aos diretores. Certamente é preciso reorientar o psicólogo que atua na escola, atualizando-o quanto aos recursos utilizáveis e aos papéis

(\*) As autoras agradecem a Carla Witter pela colaboração como juíza na categorização de respostas.

TABELA II

Atividades desenvolvidas por Psicólogos, segundo experiência vivenciada pelos Diretores

Atividades Desenvolvidas	Anterior				Atual	
	Clínica		Escola		Escola	
	F	%	F	%	F	%
1. Diagnóstico	6	6	3	3	—	—
Psicometria	23	23	31	34	2	9
Observação	—	—	1	1	—	—
Entrevistas						
Pais	5	5	—	—	—	—
Alunos	5	5	1	1	—	—
Diretores	2	2	—	—	—	—
Tiragem Classe Especial	11	10	19	21	4	17
<b>Subtotal</b>	52	51	55	60	6	26
2. Atendimento Psicopedagógico aos:						
Alunos	28	28	22	24	6	26
Professores	9	9	9	10	5	22
Pais	4	4	5	5	2	9
<b>Subtotal</b>	41	41	36	39	13	56
3. Psicoterapia	2	2	1	1	3	13
4. Outras	6	6	—	—	1	4
<b>Total</b>	101	100	92	100	23	100

que deve desempenhar, bem como conscientizá-lo de como sua atuação é relevante na formação da imagem social do psicólogo e na abertura de perspectivas para seu trabalho na escola.

Ainda em relação à experiência anterior, foi o atendimento psicopedagógico que se colocou em segundo lugar entre as categorias, sendo de 41% no caso da clínica e de 39% na escola, privilegiando-se sempre os alunos.

As demais categorias foram inexpressivas.

No que tange à experiência atual, bastante limitada, no total de respostas ( N = 23), tendeu a se concentrar mais na segunda categoria, ou seja, no atendimento psicopedagógico ( 56% ) predominantemente em nível de aluno ( 26% ), indicando uma melhor vivência em nível atual do que o anteriormente experimentado por estes diretores. Todavia a categoria Diagnóstico ( 26% ) é ainda muito representativa.

Esses dados se assemelham aos registrados por Sant'Anna ( 1984 ) em termos de atuação em nível de diagnóstico e triagem, mas a atuação no modelo clínico aparece mais atenuada. É verdade que o atendimento psicopedagógico pode também estar ocorrendo mais em nível clínico e remediativo que educacional e preventivo. Todavia a natureza dos dados aqui colhidos e os referidos pela citada autora não chegam a esse nível de discriminação da ação do psicólogo. Sugere-se a realização de pesquisas que aprofundem a análise da ação do psicólogo nas escolas.

Considerando a relevância do estágio, quer para a formação do psicólogo, quer para o estabelecimento de uma interface positiva com outras profissões da área, foi solicitado aos diretores que se manifestassem quanto aos contatos mantidos com os mesmos.

Verificou-se que apenas 11% dos informantes já tinham tido a presença de estagiários em suas escolas; a maioria dos diretores (85%) não teve esse contato; além disso, 14 deles não respondeu a este item.

Embora se tenha solicitado dos informantes dados quanto ao número de estagiários e tempo de permanência dos mesmos nas escolas, a maioria não respondeu ou o fez de forma inconsciente, ficando prejudicada a análise dessas variáveis.

Para verificar qual o tipo de contacto em termos de ação profissional, solicitou-se que os diretores informassem que atividades os estagiários desenvolveram no passado e estavam desenvolvendo no momento nas suas unidades de ensino. Os resultados obtidos aparecem na Tabela III.

As atividades dos estagiários foram tabuladas usando-se o mesmo sistema de categorias utilizado para avaliar as atividades do psicólogo já descrita anteriormente. Os resultados

TABELA III

## Atividades Desenvolvidas pelos Estagiários de Psicologia

Atividades Desenvolvidas	Desenvolvidas no Passado		Desenvolvidas Atualmente	
	F	%	F	%
1. Diagnóstico	1	3		
Psicometria	8	27	1	14
Observação	1	3		
Entrevistas	1	3		
Pais				
Alunos	1	3		
Professores	2	6		
Triagem Classe Especial	1	3		
<b>Subtotal</b>	15	50	1	14
2. Atendimento Psicopedagógico				
Alunos	7	23	3	42
Professores	5	16	2	28
Pais	1	3	1	14
<b>Subtotal</b>	13	43	6	86
3. Psicoterapia	1	3		
4. Outras	1	3		
<b>Total</b>	30	100	7	100

mostraram que ocorreram apenas 30 indicações no caso da experiência passada e 7 relativas ao que estava ocorrendo à época da coleta de dados. Em relação ao passado, como no caso dos psicólogos, a maior concentração ocorreu em Diagnóstico ( 50% ) privilegiando a Psicometria ( 23% ). Seguiu-se Atendimento Psicopedagógico ( 43% ) onde foram mais assistidos os alunos ( 23% ). Entre as poucas respostas relativas ao estado presente, o Atendimento Psicopedagógico ( 86% ), mormente para os alunos ( 42% ), se destacou.

Repetiu-se assim o quadro de referência dos psicólogos, indicando uma consistência interna nos dados, o que dá maior segurança à interpretação feita anteriormente, a despeito das limitações metodológicas típicas desse tipo de pesquisa ( Drew, 1980 ).

Sugere-se a realização de pesquisa dentro de uma perspectiva histórica, em que a variável tempo seja mais bem delimitada e definida do que o foi no presente estudo.

Cabe ainda lembrar que está por ser melhor pesquisada, especialmente no Brasil ( Araújo 1985 ) a atuação dos supervisores de estágio acadêmico, mais particularmente da área de Psicologia Escolar. Nestas circunstâncias, sugere-se que este aspecto seja mais bem estudado posteriormente incluindo o estagiário e seu supervisor, possivelmente usando estratégias e instrumentais como a escala de observação proposta por Cherniss ( 1986 ).

Como uns objetivos diziam respeito à classe especial, solicitou-se a informação da existência ou não desse tipo de classe na unidade. Registrou-se entre os questionários recebidos de volta ( N= 199 ) que esse tipo de classe ocorria em 30% das escolas. Das 59 escolas onde classes especiais estavam em funcionamento, as crianças tinham sido avaliadas por psicólogos em 61% e nas demais ( N = 23 ) isto não havia ocorrido. Neste último caso, o diretor devia ainda explicitar porque a avaliação não fora feita por um psicólogo. As dificuldades assinaladas por eles foram: questão de honorário: 12; falta de profissionais na rede: 18, falta de informação sobre os serviços de psicologia: 2; outras razões ( espaço físico ): 2. Deixaram de responder a este item 7 diretores que deveriam tê-lo preenchido, posto que, em suas escolas, a indicação para classe especial não decorreu de laudo assinado por psicólogo, tendo alguns indicado mais de uma razão.

Argüidos sobre as razões de não haver psicólogos atuando em suas escolas, os entrevistados alegaram como razões: altos honorários desses profissionais ( N = 30 ); o fato de o Estado não os contratar e incluir na rede ( N = 46 ); a falta de informação sobre seus serviços ( N = 20 ); a falta de espaço ( N = 20 ) e 59 não responderam.

Os diretores foram solicitados a opinar quanto à importância da presença do psicólogo em instituições educacionais na rede, justificando suas opiniões. Verificou-se que **nenhum** diretor considerou desnecessária a colaboração do psicólogo, 39 não responderam e os demais consideraram importante contar com o concurso desse profissional no âmbito da escola. Entretanto 45 não mencionaram as razões dessa importância.

As razões manifestadas como justificativa para a presença do psicólogo no sistema escolar totalizaram 282 respostas. As respostas foram categorizadas. A primeira categoria foi denominada Solução de Problemas, englobando respostas como "sanar problemas" ( N = 11 ); "avaliar situações problemas" ( N = 2 ); "resolver problemas sociais" ( N = 3 ); "resolver problemas de comportamento" ( N = 2 ), etc. Caíram nessa categoria 12% das respostas emitidas pelos informantes. Essas preocupações se assemelham às relatadas por Witter ( 1977 ) entre administradores de escola.

A experiência profissional dos diretores e possivelmente a pouca utilidade prática da avaliação e diagnóstico para a ação educacional sejam a explicação para a baixa ocorrência ( 7% ) da Categoria Avaliação/Diagnóstico em que foram incluídas todas as respostas que faziam referência a esse tema, tais como: "testar alunos" ( N = 8 ); "avaliar crianças deficientes" ( N = 7 ); "fazer diagnóstico" ( N = 3 ); "avaliação vocacional/profissional" ( N = 18 ). Este resultado indica, por outro lado, que a necessidade de auxílio psicológico sentida pelos diretores é de ordem oposta à mera avaliação e diagnóstico. Por conseguinte, comparando com os dados anteriores, a experiência que tiveram no passado, quando ela ocorreu, tendeu a ser em direção não condizente com as necessidades sentidas por esses profissionais.

A terceira categoria foi denominada "Prevenção e Desenvolvimento Psico-Educacional", englobando, como o próprio rótulo identifica, os principais papéis do psicólogo escolar em nível de sistema educacional e de processo ensino-aprendizagem, em nível de macro e micro análise, ou seja, os papéis de maior efeito em nível de comportamento de alunos e professores e de mudança intrínseca no sistema ( Witter, 1977, Sant'Anna, Patto, 1984 ). Nesta categoria foram enquadradas

81% das respostas. Como exemplos desta categoria podem ser citadas: "promover o desenvolvimento bio-psico-social do educando" ( N = 12 ); "orientar os professores para que desenvolvam melhor trabalho junto aos alunos" ( N = 48 ); "orientar os pais e alunos" ( N = 30 ), etc.

TABELA IV

Atividades que os Diretores esperam que o Psicólogo Escolar desenvolva nas Escolas

Atividades	Ocorrências	
	F	%
Solução de Problemas	33	12
Avaliação/Diagnóstico	20	7
Prevenção e Desenvolvimento Psico-Educacional	229	81
<b>Total</b>	<b>282</b>	<b>100</b>

Dos diretores 41% informaram ainda que não conheciam a diferença entre Psicólogo Escolar e Psicólogo Clínico. Verificou-se que 51% relataram estar a par das diferenças entre esses dois profissionais da psicologia, sendo que 7% não responderam. Suas respostas sobre o que esperam do Psicólogo Escolar refletem esse quadro.

Argüidos se gostariam de manter contato com o CRP para troca de informações, 85% disseram que sim, 6% que não e 8% não responderam. Os assuntos arrolados para serem enfocados neste intercâmbio foram tabulados e aparecem expressos na Tabela V. Cabe, entretanto, lembrar que 30 sujeitos não fizeram qualquer sugestão.

Objetivou-se aqui levantar temas e hierarquizá-los por ordem de indicação dos diretores, de modo a subsidiar programas de cursos, de palestras e mesmo o próprio planejamento curricular. Por essa razão, estabeleceu-se como critério manter no arrolamento, tal qual apareceram nas respostas, todas as indicações feitas, pelo menos, por quatro diretores. Desta forma, quer um termos do psicólogo, quer do pedagogo, quer das delegacias de ensino, o dado se torna mais útil. Todavia, convém lembrar a necessidade de ciclicamente serem feitos levantamentos desta natureza.

TABELA V

Assuntos arrolados pelos Diretores para serem tratados em contatos com psicólogos na CRP

Assuntos	Ocorrências	
	F	%
– Informações sobre procedimentos para inclusão do Psicólogo Escolar na Rede	39	9
– Problemas de aprendizagem	34	7
– Problemas emocionais	21	5
– Atualização ( sem especificação em que )	16	3
– Desvios de comportamento	15	3
– Debilidade mental	14	3
– Prontidão para alfabetização	14	3
– Carência Cultural	12	3
– Assuntos diversos	12	3
– Motivação	11	2
– Problemas de linguagem	11	2
– Orientação de professores	11	2
– Educação sexual	10	2
– Delinqüência	10	2
– Disciplina	10	2
– Atuação do Psicólogo Escolar	10	2
– Diagnóstico	9	2
– Aplicação de testes	9	2
– Desenvolvimento do adolescente	8	2
– Orientação do ciclo básico	8	2
– Classe especial	7	2
– Criança problema	7	2
– Agressividade	7	2
– Pais de criança problema	7	2
– Repetência	7	2
– Tecnologia de ensino	6	1
– Interação professor-aluno	5	1
– Desenvolvimento infantil	5	1
– Organização de classe	5	1
– Meios de ensino	5	1
– Rendimento escolar	5	1
– Problemas de raciocínio	4	1
– Diferença entre Psicólogo Clínico e Escolar	4	1
– Atenção	4	1
– Outras	96	21
<b>Total</b>	<b>458</b>	<b>103</b>

Registraram-se 458 indicações de assuntos, havendo uma grande dispersão de dados, uma vez que a maior ocorrência de sugestões foi na categoria "Outros" ( 21% ), incluindo indicações referidas por um ou no máximo três diretores, tais como: "aprendizagem lenta" ( N = 3 ); "evasão escolar" ( N = 3 ); "orientação a pais" ( N = 2 ); "utilização da sala de recursos" ( N = 2 ); "desenvolvimento cognitivo" ( N = 2 ), etc. A categoria útil de maior incidência foi "informação sobre procedimentos para inclusão do Psicólogo Escolar na Rede" ( N = 39 ), sugerindo preocupação e disposição para implementar uma ação neste sentido, que não deveria ser desperdiçada pelos órgãos de classe. A seguir vem: "problemas de aprendizagem" ( 7% ), "problemas emocionais" ( 5% ), "desvios de comportamento" ( 4% ) e os demais menos expressivos ainda.

Essa dispersão reflete, por um lado, uma falta de maior conhecimento das possibilidades de ação do psicólogo; por outro lado, indica uma falta de diagnóstico preciso das necessidades psico-educacionais da rede, especialmente no que tange a prioridades de temas a serem estudados. Esses fatos mais uma vez refletem a necessidade de pesquisas educacionais na realidade aqui focalizada. Também sugerem um campo fértil e diversificado para a atuação dos órgãos de classe e universidades em termos de esclarecimento e cursos.

É possível ainda que estes dados estejam a revelar vivências diversificadas dos vários diretores, determinando preocupações específicas distintas. Seria relevante pesquisar essas opiniões e sugestões a partir da ótica dos docentes.

## CONCLUSÕES

Os dados colhidos permitem concluir, resguardadas as restrições típicas de estudo de levantamento com questionário que:

a) as relações psicólogo/escola pública na região estudada tendem a ser indiretas, esporádicas, de curta duração e nos moldes menos indicados pela literatura;

b) os contatos dos psicólogos com as unidades escolares carecem de continuidade e tenderam a seguir, no passado, o

modelo predominantemente clínico e psicometrista, tendendo a melhorar mais recentemente;

c) o contato em nível de classe especial não tem sido melhor, tendendo a se circunscrever à triagem com base em testes;

d) os entrevistados tenderam a considerar relevante as classes especiais e a colaboração profissional do psicólogo;

e) os entrevistados foram omissos quanto a algumas das questões que lhes foram apresentadas;

f) os diretores tenderam a considerar importante a presença do psicólogo atuando nas escolas, e

g) gostariam de estreitar relações com o Conselho Regional de Psicologia ( CRP ), porém sendo dispersivos, em termos estatísticos, quanto aos temas que deveriam ser focalizados.

## ABSTRACT

*With the objective of characterizing the relationship between psychologist/public school in an educational region of S. P. state, a questionnaire was sent to each of its schools unities ( N = 695 ). From these schools only 29% ( N = 199 ) answered and returned the questionnaire.*

*The annalysis of the results showed, in a general way, that the relationships between psychologist and school tend to be indirect, sporadic, of short duration and follow a vastly criticized model in all literature. There is a positive valorization of the performance of this professional whose presence seems to be wanted too. There is interest in having contat with psychology professionals through CRP, but in very vague terms.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, J. E. de S. A formação do psicólogo e o estágio supervisionado. Um estudo comparativo conduzido nos Institutos Paraibanos de Educação. Dissertação de Mestrado defendida na UFPH, J. Pessoa, 1985.

- CHERNISS, C. Instrument for observing supervisor behavior in educational programs for mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 1980, 91 (1): 18-21.
- DREW, C. J. *Introduction to Designing and Conducting Research*, St. Louis: The C. V. Morby Co. 1980.
- KHOURY, I ( Org. ) *Psicologia Escolar*. Col. Temas básicos de Psicologia, Vol. I – SP-EPU, 1984.
- MAZINI, E. F. S. *A ação da Psicologia na Escola*. São Paulo: Cortez e Moraes, 1978.
- PATTO, M. H. S. *Introdução à Psicologia Escolar*. São Paulo: T. A. Queiroz Editor Ltda, 1981.
- PATTO, M. H. S. *Psicologia e Ideologia*. São Paulo. T. A. Queiroz, 1984.
- SANT'ANNA H. H. N. *A Psicologia Escolar em São Paulo: uma contribuição à sua avaliação e perspectiva*. Tese de doutorado defendida no IPUSP-SP.
- Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo. *Anais do 1º, 2º, e 3º Encontro de Psicologia da área de Educação*, 1981, 1982 e 1983.
- VAN Kolck, O. L. O Psicólogo escolar em busca de identidade profissional *Boletim de Psicologia*, 1985, 35 (84), p. 24
- WITTER, G. P. *Psicologia Escolar: Pesquisa e Ensino*. Tese de livre docência defendida no IPUSP. São Paulo, 1977.

# LÍNGUA DOS SINAIS E SUA INFLUÊNCIA NA EDUCAÇÃO \*

Regina Maria de Souza \*\*  
Ivani R. S. Mendes \*\*\*

## RESUMO

Este artigo descreve e discute algumas contribuições teóricas e empíricas com relação a educação de surdos. Discute a filosofia oralista e da comunicação total e, nesta última, a influência do uso de modalidades gestuais no desempenho acadêmico dos alunos surdos. Apresenta e discute os resultados de um estudo piloto que teve como objetivo a avaliação do nível de compreensão de leitura e a produção da escrita. A amostra estudada foi de 102 alunos na avaliação de leitura e de 10 alunos na da escrita.

Os dados sugerem interferências do uso da língua dos sinais sobre estes processos, assunto que deve ser mais detidamente investigado em futuros trabalhos.

## INTRODUÇÃO

Neste trabalho, num primeiro momento, "educação" será entendida em termos globais, ou seja, como um processo que envolve não apenas o aspecto acadêmico mas o social e o psicológico. Quer dizer, um processo que engloba toda a pessoa. Deste modo, procurar-se-á localizar a influência da língua dos sinais na educação dentro de um contexto amplo.

Ultimamente vem crescendo o interesse, dentro de uma abordagem sociolinguística, pela problemática dos surdos.

---

\*Este trabalho contou com subsídios do CNPq e CENESP.

\*\* Regina Maria de Souza Mestre em Psicologia Clínica — PUCCAMP contratada pelo Centro de Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel Porto" — FCM — UNICAMP.

\*\*\* Ivani R. S. Mendes lingüista contratada pelo Centro de Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel Porto" — FCM — UNICAMP.

Estas mudanças refletem alterações filosóficas significativas no modo de encarar o surdo e a surdez, facilmente percebidas quando se analisam os objetivos do oralismo e aqueles da comunicação total.

O oralismo é uma "concepção pedagógica que faz da palavra oral, ao mesmo tempo, o objetivo final e o meio privilegiado da educação de surdos ( quer se trate da escolaridade normal ou da educação precoce ). Se acontecer que lhe seja necessário fazer concessões aos gestos, isto é feito justamente a título de concessões; como feitas a um modo de comunicação considerado como inferior à palavra oral, ou seja, menos nobre que esta" ( Mottez, 1981 ).

Para oralizar o surdo e torná-lo semelhante ao ouvinte, os educadores oralistas se valem de aparelhagens eletrônicas para amplificação do som, vibradores, treino da leitura labial e a aprendizagem da leitura e escrita. A regra básica é a de que o surdo deve aprender a língua oral da maioria ouvinte e que deve ser esta sua primeira língua. Do ponto de vista humanista e social, este processo educacional pode ter como consequência a aculturação do surdo e o pressuposto de que a surdez é um mal, um distúrbio que precisa ser superado. Porém, a superação da "doença" tem um alto preço para os pais, para o sistema educacional, para o surdo e para a sociedade em geral.

Ao nível psicológico, a relação pais-filho surdo é muito alterada quando se enfatiza a surdez como patologia. Feridos narcisicamente por terem produzido um ser doente, os pais tendem a perceberem-se a si próprios como deficientes, desenvolvem intensa culpa persecutória e relacionam-se persecutoriamente com a sociedade, como se fossem culpados ( Knobel, 1977 ). A mãe, pela maior intimidade com o bebê e, principalmente, pelo que simbolicamente ele representa para ela, acaba desenvolvendo sentimentos conscientes e inconscientes de auto-desvalorização, resultando em um profundo sentido de inutilidade ( Lax, 1972 ). Na medida em que a atitude dos pais seja depressiva e não aceitadora, a autorrepresentação da criança surda será, desde cedo, negativamente catexizada. Para minimizar ou atenuar essa influência negativa sobre o desenvolvimento do surdo, os pais precisam, desde o início, de um cuidadoso e sistemático acompanhamento psicoterápico.

Em nível educacional, são necessários aparelhos em quantidade e qualidade suficientes para a estimulação oral desses alunos; fonoaudiólogos e educadores devidamente orientados para a árdua tarefa de estimular a fala e a ensinar a leitura labial; acima de tudo, muito tempo e o compromisso dos pais em seguir uma série de orientações para que eles próprios possam atuar como "estimuladores" de fala. Infelizmente, apesar de todos estes recursos e esforços, os resultados atingidos pelo surdo dentro do modelo oral de educação têm se mostrado muito pouco satisfatórios.

Quando saem da escola ( 1º Grau ), apenas 5% dos surdos têm um nível de desempenho em leitura e escrita similar aos seus parceiros ouvintes ( McClure, 1966 ); 30% são funcionalmente analfabetos ( Mindel e Vernon, 1971 ) e 50% atingem o 5º grau ou menos ( Vernon, 1977 ). Souza ( 1986 ) realizou uma pesquisa que tinha como objetivo avaliar aspectos intelectuais, afetivos e acadêmicos dos alunos surdos matriculados nas escolas de Campinas ( SP — Brasil ). Constatou que, em geral, quando saem da escola, situam-se num grau equivalente à 3ª série, ou, em situações melhores, à 4ª série. Todavia sebaseou, em grande parte, nas informações das professoras e diretores das escolas para estabelecer esses níveis. Contatos diretos que manteve com esses surdos ofereceram indicativos para que julgasse esta avaliação otimista. É bem possível que, avaliados de modo mais rigoroso, se situem não além da 2ª série. Para atingir tal graduação, nessas escolas, o surdo necessita de pelo menos 8 anos de atendimento.

Em relação à fala, o que se consegue no final do treino oralista, via de regra, também deixa a desejar. Segundo Cohen ( 1980 ), poucos deficientes auditivos são capazes de dominar perfeitamente toda a complexidade da produção da fala. De um modo geral, se a fala é inteligível ao ouvido destreinado, é marcada por falhas na entonação e altura do som, esforços exagerados para articular os sons, inapropriação das pausas, sílabas erradas ou inadequadamente acentuadas, pobreza no ritmo e inadequado controle da respiração. Estas características da fala do surdo dificultam a compreensão da mensagem pelo ouvinte que reage ou evitando-o, ou restringindo ao mínimo o diálogo com ele. A comunicação entre ambos é, geralmente, cansativa, desgastante e frustradora ( Brito, 1985a ).

Alguns autores apontaram algumas dificuldades práticas encontradas durante o processo de oralização: a) o fato de existirem muitos sons imperceptíveis na língua oral, o que dificulta sua compreensão pelo surdo ao fazer a leitura labial. Hardy ( 1970 ) assinala, por exemplo, que 2/3 dos 42 sons que compõem a língua inglesa são invisíveis ou se parecem demasiadamente entre si na posição dos lábios, o que cria fortes obstáculos a uma compreensão basicamente oral. b) Os melhores leitores labiais ouvintes do mundo somente captam 25% do que lhes é dito ( Lowell, 1959 ); c) Como a criança surda congênita não conhece a linguagem oral, ou a domina parcialmente, tem muita dificuldade para se basear apenas na fala e consegue captar somente 5% do que lhe é transmitido oralmente ( Vernon, 1970 ).

Se a pessoa surda apreende tão pouco do que lhe é comunicado pela fala, o seu desenvolvimento lingüístico deverá ser seriamente comprometido, o que equivale dizer que a linguagem será limitada, bloqueada, quando não praticamente inexistente.

Como já foi amplamente demonstrado, a linguagem tem importante e vital papel no desenvolvimento global do indivíduo. Está intimamente relacionada com a organização das funções psicológicas superiores, desempenhando, a atividade simbólica, uma função organizadora que produz formas raras de comportamento ( Vigotsky, 1984 ). Tem íntima relação com a capacidade de planejar ações, representá-las mentalmente, inferir conseqüências e fazer escolhas, isto é, possibilita a independência da situação visual e experiencial concretas ( Brito, 1985b ).

Para Buhler ( apud Vigotsky, 1984 ) a linguagem já está presente aos 6 meses de idade. Sua aquisição envolve um processo complexo que começa no nascimento e que requer condições particulares para se realizar satisfatoriamente. "Para aprender a falar, a criança deve ser beneficiada por um banho de linguagem e conhecer o prazer de ser compreendida" ( Bouvet, 1978 ). Todavia, reconhece-se a importância dos primeiros anos de vida para um satisfatório desenvolvimento da linguagem. Sua aprendizagem parece ser mais intensa entre 2 a 4 anos ( Bouvet, 1978 ). Penfield e Robert ( apud Bouvet, 1978 ) insistem no "horário biológico para aprendizagem da linguagem" e o pressuposto é que atrasos nessa aprendizagem acarretam

retardos, em graus variados, no desenvolvimento lingüístico da pessoa.

Levando em conta tanto a importância da linguagem como o melhor período para adquiri-la, Brito ( 1985b ) aponta como conseqüências da exposição da criança surda apenas a língua oral: a) perda da oportunidade de desenvolver adequadamente e usar a linguagem, o que dificulta o desenvolvimento da ação inteligente; b) dificuldade acentuada em planejar soluções de problemas; c) não superação da ação impulsiva; d) falta de elementos estabilizadores que lhe permitam controlar a si própria e ao meio; e) dependência da situação visual concreta que a impossibilita de adquirir sistemas conceituais abstratos, já existentes, ao menos em parte, nas crianças ouvintes de 2 anos.

Na vida adulta, os atrasos no desenvolvimento, a pouca funcionalidade da fala e a limitada compreensão oral causam, ao surdo, sérios entraves na participação da vida econômica e produtiva do país. Apesar de faltar dados estatísticos, a experiência tem mostrado que, em geral, ou o surdo está desempregado ou em situação de subemprego. Apenas uma minoria consegue melhor colocação ou ascender hierarquicamente.

Possivelmente devido ao fracasso em se equiparar o surdo ao ouvinte, aliado ao aumento das pesquisas e estudos realizados na área, foram sendo observadas, paulatinamente, importantes mudanças filosóficas na educação do surdo e na concepção do que é "ser surdo". A ênfase na educação do surdo passou a ser a comunicação e não primordialmente a fala. A idéia base é a de que o fundamental é que a mensagem passe e seja entendida, não importando o meio utilizado. Esta abordagem pedagógica é conhecida como **Comunicação Total**. Neste enfoque não se negligencia nenhum meio que permita aumentar a eficácia da comunicação: aparelhagens, educação auditiva, aprendizagem da fala e da leitura labial, leitura e escrita, língua dos sinais, desenho, etc. Implica, sobretudo, que se tenha pela língua dos sinais o mesmo respeito que se tem pela oral, reconhecendo o direito do surdo de usá-la como primeira língua. Implica, ainda, que o deficiente auditivo seja bilíngüe, pois precisa aprender tanto a língua dos sinais como a língua da maioria lingüística de sua sociedade ( Mottez, 1981 ).

A mudança essencial trazida com a Comunicação Total, a nosso ver, não é a troca da palavra pelo gesto, já que não a exclui. Porém, uma visão mais existencialista do surdo que deixa de ser encarado como um "ser mutilado" e passa a ser visto como pertencente a uma minoria lingüística.

Do ponto de vista social, o surdo enfrenta como qualquer minoria, a discriminação, a desconfiança e o desprezo. De um modo geral, a sociedade tende a desconfiar daqueles que "fazem ou parecem fazer um grupo à parte. Há a tendência para se pôr de parte aqueles que falam entre si uma língua que não se entende" ( Mottez, 1981 ). A segregação é feita com liberdade e sem remorsos porque se atribui à minoria o ato anti-social de se colocar à parte. Além disto, freqüentemente uma minoria lingüística não domina com perfeição a complexidade da língua majoritária e isto facilmente transparece na comunicação. Por seu lado, o grupo maioritário tende a avaliar a pessoa em função do conhecimento que tem de sua língua. Assim, se faz muitos erros, é pouco inteligente ou pouco instruído; se tem dificuldade em perceber trocadilhos ou jogos de palavras, é obtusa, etc.

O não reconhecimento, pela sociedade, da língua dos sinais pode criar sérios obstáculos a uma verdadeira integração do surdo em razão do que segue: 1) Como vimos, por mais que o surdo se esforce na aprendizagem da língua oral, sua fala característica evidencia que alguma deficiência ele tem. Como há a tendência de se julgar as potencialidades e de se atribuir características ao surdo, baseadas na qualidade da produção de sua fala, com freqüência ele é percebido como um ser incapaz, inferior ou mutilado. Com isto, a maioria dos ouvintes, ideologicamente, justifica o fato de decidir por ele. Na medida em que não é aceito, a marginalização é uma decorrência natural. 2) O surdo tende a formar uma auto-imagem negativa ( Meadow, 1969; Best, 1973 ) porque capta a insatisfação, pena e/ou desprezo dos ouvintes; a frustração dos pais e a atitude depreciativa das pessoas em relação à língua dos sinais. Principalmente porque, desde criança, não é aceito, e as mensagens que lhe passam é que será amado quanto mais consiga parecer com o que não é, isto é, com o ouvinte. 3) A língua dos sinais passa a atuar como estigma na medida em que evidencia a surdez. Além disto, como ao estigma, em geral, estão associados rótulos e estereótipos, cria-se um dilema ao surdo: ao usá-la, pode mostrar o que não é

( inferior, pouco inteligente, um fracasso educacional, etc. ), ou seja, como se diz popularmente, "é como se a carapuça lhe servisse"; por outro lado, é seu meio natural de comunicação, aquele que lhe traz gratificações. Esta ambivalência do surdo em relação à Língua dos sinais foi muito bem colocada por Kannapell ( 1978 ). Se o surdo tem uma auto-estima baixa e vive num meio que reprova o uso da Língua dos sinais, ele tenderá a vê-la realmente como inferior e sentirá muita vergonha ao usá-la. Como ao falar também será inferiorizado. Neste caso, supõe-se que não estará integrado e identificado nem com o grupo majoritário ( ouvintes ) nem com o minoritário ( surdos ).

Por outro lado, do ponto de vista educacional, a exposição da criança surda à Língua dos Sinais, desde tenra idade, parece ser o meio mais natural de interação lingüística entre surdos ( Bouvet, 1978; Mottez, 1981; Brito, 1981, 1985b ). Estudos recentes ( Charrow e Nelson, 1973; Mindel e Vernon, 1971 ) têm mostrado que a criança que cresce tendo a Língua dos sinais, como língua materna, nos primeiros cinco anos de vida, tem uma melhor performance em suas vidas acadêmicas do que aquelas que foram apenas oralizadas.

Apesar das vantagens, já assinaladas, do uso da Língua dos sinais na educação dos surdos, há a necessidade de pesquisas que investiguem quais são as suas interferências, se existirem, sobre o processo de escrita e leitura da Língua oral, neste caso, o Português.

Alguns pesquisadores ( Friedman, 1976; Klima e Bellugi, 1979; Brito et alii 1984 ) têm demonstrado que a estrutura da Língua dos Sinais é diferente da oral, possuindo, a primeira, características fonológicas e mecanismos morfológicos próprios, além de ser basicamente uma Língua simultânea quando a oral é essencialmente linear. Possivelmente a falta de uma atenção maior para este aspecto conduza, em grande parte, às dificuldades usualmente encontradas pelos surdos na leitura e escrita. Sem uma discriminação adequada das diferenças entre as duas línguas, o deficiente auditivo pode utilizar as regras de ambas indistintamente o que, se supõe, traga confusões e uma produção em leitura e escrita deficitária.

O presente trabalho relata os resultados de um estudo piloto que teve como objetivo a avaliação do nível de com-

preensão de leitura e a produção da escrita em um grupo de surdos. O desempenho dos sujeitos é discutido levando-se em consideração as possíveis interferências da língua dos sinais nesses processos.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

### 2.1. Sujeitos e características da população estudada:

Participaram como sujeitos 102 alunos deficientes auditivos de 13 a 20 anos, pertencentes a 07 entidades dedicadas a surdos existentes no Município de Campinas. Foram incluídos também os alunos que aguardavam em fila de espera ou cujos prontuários estavam em arquivo morto nos registros dessas instituições.

Essa população, caracterizada por Souza ( 1986 ), era composta por 57% de homens e 43% de mulheres.

Cerca de 58% dos sujeitos possuíam de 13 a 15 anos, sendo que 27,4% tinham menos de 15 anos e 22,5% mais de 16 anos. Praticamente a metade dos sujeitos estava na faixa etária entre 15 a 16 anos, sendo a média igual a 15 anos e 5 meses.

Em torno de 53% dos casos, não foi possível detectar a idade do deficiente quando surgiu a surdez. Dos dados conhecidos, 26,5% foi congênita, 12,7% ocorreu antes dos 2 anos de idade e os demais, aproximadamente 8%, ficaram surdos entre 2 a 6 anos.

Em relação à perda auditiva, 63,7% dos surdos analisados apresentaram perda igual ou superior a 80 dB no melhor ouvido. Aproximadamente 34% possuíam perda entre 50 e 79 dB e 2% possuíam perda inferior a 50 dB.

Apesar de 77% dos surdos possuírem a prótese auditiva, apenas 22,5% deles a aceitavam. O motivo básico da rejeição, segundo os pais, é a vergonha em evidenciar a surdez.

O grupo de surdos, na grande maioria dos casos, apresentava-se dentro da média em relação ao nível intelectual ( Souza, 1986 ).

A forma de comunicação destes sujeitos era basicamente visual, e se constituía, entre eles, mais em um dialeto, formado por sinais familiares, do que na própria Língua dos sinais, apesar de alguns itens lexicais desta última fazerem parte da linguagem usada por eles. As professoras não conheciam a Língua dos sinais com exceção de 03 que faziam uso de uma forma de português sinalizado. A maioria dos pais ( 66% deles ), apesar de permitirem o uso, desconheciam a Língua dos sinais. Além disso, compreendiam apenas superficialmente o dialeto usado pelos filhos.

## 2.2. Metodologia:

O nível de conhecimento da Língua portuguesa, no que se refere a habilidades de leitura e compreensão de texto, foi investigado a partir de observações dos sujeitos em atividade de leitura, em situação de sala de aula e de informações de suas professoras.

Para avaliação da escrita, selecionaram-se, aleatoriamente, 20 sujeitos da amostra. Foi-lhes solicitado que fizessem, em uma ficha, uma redação a partir de uma situação que haviam experienciado concretamente. Puderam, pois, optar entre ter como tema base uma das duas visitas, feitas por eles, uma semana antes, a uma escola de computação, e à Feira Industrial de Campinas. Com exceção de 01 aluno, os demais decidiram realizar duas redações, uma de cada tema base.

A avaliação dessas redações considerou a clareza do conteúdo, a concordância verbal e nominal, pontuação, uso de sufixação e de plural.

## 2.3. Discussão dos Resultados

Com base nas observações em sala de aula e nas informações obtidas com as professoras, foi possível situar os sujeitos em uma das seguintes categorias: 1) Analfabeto; 2) Não Interpreta ( apesar de saber copiar ou/e ler ); 3) Interpreta Frases Simples ( frases estanques com sujeito, verbo e predicado claros e sem o uso de figuras de linguagem ); 4) Interpreta Textos Pequenos ( parágrafo de 5 ou 6 linhas, com várias frases

simples coordenadas de modo a constituir uma única mensagem ); 5) Interpreta Livros Infantis adaptados e 6) Interpreta Livros Juvenis.

Verificou-se então que, dos 102 deficientes analisados, 5,9% eram analfabetos; 21,6% não interpretam; 3,9% interpretam frases simples; 6,9% liam livros infantis e somente 2% conseguiam interpretar livros juvenis. Um pouco mais da metade da amostra, ou seja, 54,8%, conseguia interpretar textos pequenos. Em 4,9% dos casos não foi possível ter acesso a esse dado.

Apesar de a categorização, utilizada neste estudo, para registrar o nível de leitura dos sujeitos ter sido intuitiva, isto é, sem ter seguido critérios lingüísticos, se intercepta, até certo ponto, com os níveis de compreensão de texto propostos por Fillmore ( 1983 ). Segundo este autor, a compreensão de textos se realiza nos níveis  $E_0$ ,  $E_1$ ,  $E_2$  e  $E_3$ . No primeiro nível, o leitor decodifica o texto palavra, porém não é capaz de abstrair-se delas e estabelecer relações. Em outras palavras, não interpreta o que lê. No segundo, o leitor compreende as seqüências no texto, isto é, as relações das palavras na seqüência e as relações entre as seqüências. Porém não é capaz de realizar inferências, de captar as intenções do autor, de chegar às conclusões propostas pelo texto e nem relacionar o mundo do texto com o seu próprio, habilidades estas que caracterizam o nível  $E_2$ . O leitor do nível  $E_3$  faz inferências, cria expectativas e chega a conclusões, contudo estas não encontram suporte lingüístico no texto. Ou seja, extrapola de tal forma que as suas interpretações e conclusões não encontram respaldo no conteúdo do texto.

Se se sobrepuser a categorização utilizada neste estudo com aquela estabelecida por Fillmore tem-se que: a) os níveis "Não Interpreta" e "Interpreta Frases Simples" correspondem ao nível  $E_0$ ; b) o nível "Interpreta Textos Pequenos" o  $E_1$  e "Interpreta Livros" o  $E_2$ ; c) de acordo com os resultados apresentados, a grande maioria dos surdos ( 80,3% ) atingem apenas até  $E_1$ , sendo que 25,5% deles estão em  $E_0$  e 54,8% em  $E_1$ .

Os 8,9% dos surdos que consideramos capazes de interpretar livros, na maioria de estórias infantis, devem ser mais atentamente estudados levando-se em consideração: a perda auditiva, a idade, o tempo de escolarização, a

qualidade da interpretação e o conhecimento que possuem da Língua dos Sinais.

Os dados da presente pesquisa foram comparados com os testes de leitura silenciosa e posterior redação sobre o assunto, realizados por Ferreira Brito ( pesquisa em andamento ) com surdos adultos. Essa pesquisadora levou em consideração o nível de conhecimento da Língua dos Sinais por parte dos sujeitos surdos, sugerindo que, quanto maior o domínio da língua dos sinais, melhor a qualidade da interpretação e da produção de textos. Seus dados estão mostrando que: 1) os surdos oralizados e com limitado conhecimento da língua dos sinais decodificam o texto palavra por palavra; 2) os surdos com domínio médio da língua dos sinais demonstram uma compreensão regular do texto mas estruturam-no em português de forma dificilmente compreensível; 3) os surdos com perfeito domínio sobre a língua dos sinais, que desenvolveram de modo sistemático a leitura labial e outras pistas na compreensão da língua oral, demonstraram melhor compreensão do conteúdo do texto e melhor expressão dessa compreensão, tanto através da Língua dos Sinais como do português escrito.

Os resultados acima podem ser discutidos de vários modos. Pode-se levantar a hipótese, por exemplo, de que as falhas morfosintáticas e semânticas apresentadas pelos surdos também ocorrem entre os ouvintes. Neste caso, podem ser atribuídas ao sistema e à metodologia das nossas escolas que precisariam ser revistos e avaliados. Sob este ponto de vista, o problema teria suas raízes em causa mais ampla, ou seja, no próprio ensino. Emília Ferreiro ( 1979 ) mostra que crianças de 6 – 7 anos de idade, ao ingressarem na 1ª série escolar, estão na fase de buscar significado na escrita, decorrente das hipóteses que tiveram chance de formular, numa situação informal de aprendizagem, sobre o que é e para que serve a leitura e a escrita. No entanto, segundo essa mesma autora, em geral, a professora, ignorando tanto essas hipóteses como a busca do significado pela criança, acaba ensinando-lhe que ler é decodificar e que a escrita funciona como o espelho da fala. Em consequência, a criança abandona a busca do significado em favor da simples decodificação de sinais gráficos em sons. Ao invés de ler buscando a compreensão do texto, a criança passa a ler para converter sinais gráficos em sonoros. Segundo Faraco ( 1985 ),

“o ponto nevrálgico no ensino do português tem sido o estudo da teoria gramatical. Vale dizer, o aluno é capaz de passar 11 anos sem manter contato com a língua em si”. Dito de outro modo, o que é ensinado ao educando seria tão somente uma meta-língua ( conceitos, regras, exceções, etc. ). Como consequência, têm-se a não aprendizagem nem da teoria nem da língua, e, o que é pior, possivelmente, o estabelecimento de uma grande confusão, que poderia prejudicar profundamente a capacidade de expressão e comunicação do estudante.

Considerando-se as colocações de Emília Ferreira e Faraco, se forem relacionadas com a classificação de Fillmore ( 1983 ), pode-se levantar a hipótese de que, como os surdos, os ouvintes na 1ª fase de escolaridade ( 1º Grau ) não atingem satisfatoriamente o nível E<sub>2</sub>. Sem dúvida, o modo como ocorre a educação formal dos alunos precisa ser amplamente pesquisado, as falhas detectadas e mudanças realizadas. Em parte, é provável que vários problemas acadêmicos do surdo tenham suas raízes no modo como é estruturado o ensino. Todavia, a nosso ver, além dos problemas que os alunos ouvintes normalmente encontram, ao surdo soma-se outro: a falta de audição.

Vários autores têm enfatizado a importância do ouvir e falar sobre o desenvolvimento afetivo ( Bolbwy, 1958; Spitz, 1959 ), cognitivo ( Altshuler, 1977, Piaget, 1983 ) e social ( Vigotsky, 1984 ). O ponto básico é que “o ouvir” entre as pessoas ouvintes é o principal canal para a aquisição da linguagem. Como já dissemos, a linguagem tem íntima relação com as aquisições de causa-efeito, com a independência da situação visual concreta, com o desenvolvimento conceitual, com a realização de discriminações refinadas, entre outros. No caso dos surdos, tem-se mostrado que a falta deste canal ( a audição ) retarda sensivelmente o desenvolvimento de habilidades lingüísticas e cognitivas do surdo, quando comparados com ouvintes da mesma faixa etária, disto resultando atrasos acadêmicos ( Vernon, 1977; Souza, 1986 ).

Nossa suposição é que, se a língua dos sinais for utilizada como primeira língua, com exposição da criança desde o nascimento, o retardo na aquisição de linguagem diminui, ou mesmo deixa de existir. Levantamos igualmente a hipótese que, ao invés de obstaculizar, a aprendizagem da língua visual facilita a aquisição da oral.

Pretendemos continuar nossos estudos, investigando a influência da Língua dos sinais sobre a leitura e escrita. De acordo com os resultados do estudo piloto apresentado neste trabalho, os surdos encontram-se, em grande parte, no nível  $E_1$  de compreensão de texto, quando saem da escola. Uma minoria parece estar em  $E_2$ . Porém, para classificar esses alunos não foi considerado o tipo de texto, nem se investigou o grau de independência que esses alunos têm, da professora, para lê-lo e interpretá-lo. Se os alunos surdos estudados, de 13 a 20 anos, receberam textos com a mesma complexidade, do ponto de vista lingüístico, daqueles dados e compreendidos por ouvintes de 8 a 10 anos, então, de fato, estão em defasagem quando comparados com ouvintes. Assim sendo, em estudos posteriores pretendemos elaborar critérios de seleção de textos de tal forma que eles sejam adequados ao estágio de desenvolvimento cognitivo e lingüístico do leitor. Será investigado se o grau de proficiência da Língua dos sinais concorre para uma melhor interpretação e produção de textos. Pretendemos registrar em video-tape as atitudes do surdo frente ao texto, em atividade de leitura silenciosa. A análise detalhada e criteriosa dos sinais que realiza durante essa situação poderia trazer elementos para uma melhor compreensão do modo como ocorre o processo de interpretação de texto. Os resultados poderiam, nesse aspecto, oferecer uma contribuição aos estudos sobre leitura.

Em futuros trabalhos sugerimos que sejam investigados quais as semelhanças e diferenças entre os desempenhos em leitura e escrita dos surdos e dos ouvintes, mantendo-se controladas variáveis como idade, status sócio-econômico-cultural, tempo de escolarização, etc. Os resultados, muito provavelmente trarão mais informações sobre a importância da linguagem e das oportunidades oferecidas pela escola no desenvolvimento acadêmico dos alunos. Seria essencial verificar, em estudos dessa natureza, se o domínio da Língua dos sinais interfere, e de que forma, na aprendizagem do conteúdo do curriculum escolar. Além disso, o modo e a época em que a Língua visual foi ensinada ao surdo é um fator, a nosso ver, importante, pois estão relacionados com as possibilidades que o surdo teve de desenvolver a linguagem.

Ademais, há a necessidade de se pesquisar mais sobre as várias dificuldades que poderiam ocorrer com a prática, pelos

surdos, do bilingüismo. Dos dados poderiam resultar intervenções preventivas como orientações aos pais, programas de conscientização da comunidade, alterações da prática educacional atualmente oferecida a esses alunos, etc.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi colocado, pode-se considerar que:

1) O enfoque da intervenção psicoterapêutica nas orientações dos pais muda se o surdo é encarado não como deficiente, mas como pertencente a uma minoria lingüística.

2) Programas de conscientização e esclarecimento junto à comunidade são necessários, a fim de favorecer o reconhecimento e a aceitação da língua dos sinais, evitando que a mesma seja depreciada e que o surdo seja percebido como inferior por usá-la.

3) O surdo apresenta dificuldades na interpretação e na produção de textos que precisam ser mais detidamente investigadas.

### ABSTRACT

*This article describes and discusses some theoretical and empirical contributions relating to the education of deaf people. It discusses the oralist and total communication philosophy and, related to the last one, the influence of the using gesture in academic performance of deaf scholars. It shows and discusses the results of a pilot study that had as a goal, the evaluation of understanding level in reading and the performance in writting. 102 sholars were researched in the reading evaluation and 20 scholars in the writting one.*

*The preliminary results suggest interference of the use of sign language on these processes, subject theat must be more researched in coming works.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTSHULER, K. Z. — Evolucion social y psicológica del niño sordo: problems y tratamiento. In: Five, P. J. — **La sordera en la primera y segunda infância**. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1977.
- BEST, P. K. — Self-image, family climate and deafness. **Social Forces**, 47: 428: 438, 1969.
- BOLBWY, J. — The nature of the child's tie to his mother. **Int. J. Psychoanal.**, 39: 350, 1958.
- BOUVET, D. — L'éducation de l'enfant sourd et l'acquisition du langage. **Rééducation Orthophonique**, 16: 125 — 132, 1978.
- CHARROW, V. R. — The Written English of Deaf Adolescents. In: Whiteman, M. F. — **Writing the nature, development and Teaching of written communication**, pág. 179.
- BRITO, L. F. — Desenvolvimento lingüístico e deficiência auditiva. **Anais da 33ª reunião da SBPC**, Salvador, BA, 1981.
- BRITO, L. F.; SALLES, R. F., PISCIOTTA, H. — Morfo-fonologia e Sintaxe da Língua dos Sinais nas cidades brasileiras. **Anais do 9º Encontro Nacional de Lingüística de 1984**. PUC, R.J., a ser publicado.
- BRITO, L. F. — Os direitos lingüísticos do surdo. **Revista de Cultura Vozes**, 5, junho/julho, 1985a.
- BRITO, L. F. — Socialização, Linguagem e Cognição em Surdos. **Anais da II Conferência Latino-Americana de Surdos**. Buenos Aires, Faculdade de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, 1985b.
- COHEN, B. K. — Emotionally disturbed hearing-impaired children: a review of the literature. **American Annals of the Deaf**, 125: 1040 — 1048, 1980.
- FARACO, C. A. — O texto na sala de aula — **Leitura & Produção**, 2ª edição, pág. 17, 1985.
- FERREIRO, E. & TEBEROSKY, A. — **Los sistemas de Escritura en el Desarrollo de niño**. México. Siglo Vientiurno Editores, S. A., 1979.

- FILLMORE, C. J. — **Ideal readers and real readers.** Cognitive Science Program Institute of Human Hearing, University of California at Berkeley, 1983.
- FRIEDMAN, L. — The manifestation of subject, object and topic in the American Sign Language. In: C.N.L.I., 1976.
- HARDY, M.: Speechreading. In Danis, H.; Silverman, S. R., (eds) — **Hearing and Deafness.** New York, Holt, Linehart e Winston, 335 — 345, 1970.
- KANNAPELL, B. M. — Ce que représente l'usage d'une langue stigmatisée. **Rééducation Orthophonique**, 16: 280 — 284, 1978.
- KLIMA, E.; BELLUGI, V. — **The Signs of Language.** Cambridge, Harvard University Press, 1979.
- KNOBEL, M. — **Psiquiatria Infantil Psicodinâmica.** Buenos Aires, Ed. Pardós, 1977.
- LAX, R. F. — Some aspects of the interaction between mother and impaired child: mother's narcissistic trauma. **Int. J. Psychoanal**, 53: 339, 344, 1972.
- LOWELL, E. L. — Research in speechreading: some relationships to language development and implications for the classroom teacher. Report of Proceedings of the 39<sup>th</sup> Meeting of the Convention of American Instructors of the Deaf, 68 — 73, 1959.
- MEADOW, K. P. — Self-image, family climate, and deafness. **Social Forces**, 47: 428 — 438, 1969.
- McCLURE, W. J. — Current problems and trends in the education of the deaf. **Deaf American**, 18: 8 — 14, 1966.
- MINDEL, E. D.; VERNON, M. — **The Grow in Silence.** Silver Springs, Md, Natural Association of the Deaf Press, 1971.
- MOTTEZ, B. — Os surdos como uma minoria lingüística. **Reabilitação.** Lisboa, 1: 22 — 27, maio-junho, 1981.
- PIAGET, J. **Vida e Obra,** São Paulo, Abril Cultural e Industrial, 1983.
- SOUZA, R. M. — **Contribuição ao estudo da personalidade de adolescentes surdos através do TPC de Max Pfister.** Campinas, tese de mestrado, Curso de

Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUCAMP, 1986.

SPITZ, R. A. — A genetic field theory of ego formation. New York, International Universities Press, 1959.

VERNON, M. — Potential, achievement, and rehabilitation in the deaf population. *Rehab. Lit.*, 31: 258 — 267, 1970.

VERNON, M. — Aspectos psicológicos en el diagnóstico de la sordera en el niño. In: Five, P. J. — *La sordera en la primera y segunda infancia*. Buenos Aires; Editorial Médica, Panamericana, 1977.

VIGOTSKY, L. S. — A formação social da mente. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 1984.

# **APLICAÇÃO DA MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS DEFICIENTES MENTAIS EM SITUAÇÃO DE ESCOLA**

**Denise Maria Guisard\***

## **RESUMO**

O objetivo do presente trabalho foi o de empregar procedimentos de modificação de comportamento em crianças Deficientes Mentais Educáveis e Treináveis em situação de escola, para a alteração e eliminação de comportamentos indesejáveis. Foram relacionados 64 comportamentos disruptivos, classificados em 11 categorias a saber: (1) Agressividade; (2) Desobediência; (3) Auto-Estimulação; (4) Comportamento estereotipado e repetitivo; (5) Fala; (6) Alteração Motora; (7) Atenção; (8) Compulsividade; (9) Chamar a atenção sobre si; (10) Atividade Sexual; e (11) Fobias.

Para cada comportamento inadequado foram selecionados um ou vários procedimentos a serem empregados no ambiente escolar. Os resultados pareceram bastante satisfatórios, considerando-se que foram constatadas alterações em todas as categorias trabalhadas.

## **UMA VISÃO EVOLUTIVA DO DEFICIENTE MENTAL**

A visão que o homem tem do mundo que o cerca e do próprio ser tem sofrido modificações acentuadas ao longo do tempo. Em função de novas interações homem-ambiente, o ser humano tem sido visto sob novos ângulos. Problemas têm sido resolvidos e outros têm sido levantados em todas as áreas, sem-

---

(\*) O presente trabalho se constitui parte da dissertação de Mestrado defendida pela autora no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, sob orientação de Marilda Novaes Lipp, Ph. D.

pre forçando o homem a novas e diferentes interações, questionamentos e soluções. Através dessas escaladas, têm-se acumulado conhecimentos que se pretende sirvam para tornar nossa própria existência melhor.

A visão e o conceito que se têm feito sobre Deficiência Mental também têm sofrido grande metamorfose e, ainda assim, se está apenas no início de uma tarefa árdua: a de melhorar também a existência das pessoas portadoras de deficiência mental.

O conceito do homem como ser global, de valor infinito e dignidade potencial, formulado por Hipócrates, quatrocentos anos antes de Cristo, como mais adequado para o estudo da medicina, não subsistiu por muito tempo.

Hipócrates ensinou de modo simples e sistemático que a tarefa do médico era a de estudar o indivíduo doente e não a doença como entidade abstrata, o todo e não a parte (Stanford-Clark, 1972). Entretanto, o homem, com o tempo, reabriu o caminho da separação entre os problemas mentais e todos os outros tipos de doença. Assim sendo, aqueles cujo comportamento não se poderia entender geravam medo e repulsa, sentimentos esses que foram os fatores determinantes de seu tratamento: a segregação e o isolamento. Quando em 1793 Philippe Pinel, como médico superintendente do Hospital Bicêtre em Paris, removeu as cadeias dos doentes sob os seus cuidados, ele libertou não apenas o corpo de seus pacientes, mas também, em última instância, a mente das pessoas que estudava.

Essa "liberdade" custou ainda mais para chegar aos Deficientes Mentais, que, durante muito tempo, foram vistos como seres sub-humanos, que não tinham as mesmas necessidades básicas, sentimentos, atitudes e expectativas dos outros membros da sociedade. Os programas de tratamento, então desenvolvidos, limitavam-se a uma restrição de ambientes, onde a livre escolha não era possível e direitos de privacidade eram inexistentes.

O Deficiente Mental era olhado como uma pessoa que precisava ser vigiada e restringida para que não causasse problemas. Talvez, para que a segregação fosse justificada, novas conjecturas foram feitas a seu respeito e ele passou a ser também encarado como uma ameaça à sociedade, como tendo uma "dis-

posição interna" para cometer crimes. Os programas de tratamento continuavam a ser restritos. Quando verificações em contrário foram evidenciadas, o Deficiente Mental passou a ser objeto de pena. Esta visão mais humanizada, foi igualmente inútil. A "eterna criança" deveria ser sempre cuidada e protegida e não se esperava nada de seu desenvolvimento.

## INFLUÊNCIA DA MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO NO TRATAMENTO DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Muitos anos de estudo e progressos técnicos foram necessários para que alguns profissionais passassem a encarar o Deficiente Mental dentro de uma perspectiva mais otimista. Finalmente, após inúmeros estudos, chegou-se à visão atual do excepcional, que é a de um ser **capaz de desenvolvimento**. Assim, ao invés do ser estático mentalmente, o Deficiente Mental foi encarado como capaz de **aprendizagem**. A expectativa era de que ele evoluísse de alguma forma e incluísse novas respostas adaptativas em seu repertório inicial.

Esta visão nova originou-se a partir dos anos 50/60, quando estudos experimentais de modificação de comportamento foram realizados neste campo causando uma diminuição de intensidade do enfoque médico no tratamento do Deficiente Mental e um aumento de influência das técnicas advindas de Teoria de Aprendizagem.

Verificou-se que os pontos de vista pessimistas que foram mantidos tão amplamente, e por tanto tempo, com respeito à ineducabilidade do Deficiente Mental não tinham em muitos casos base científica. "O problema da Deficiência Mental é um exemplo clássico do imenso dano que se pode causar quando o modelo médico se aplica inadequadamente" ( Yates, 1975, pág. 370 ). Com maior conhecimento dos procedimentos operantes, estes foram utilizados tanto para definir a natureza dos déficits nos repertórios de comportamento dos deficientes mentais, como para desenvolver técnicas sistemáticas que visavam a suprir esses déficits. A mudança dos métodos de abordagem ao problema de Deficiência Mental redefiniu-o e

reposicionou-o numa perspectiva melhor quanto à sua evolução. A falta de progresso das pessoas deficientes mentais, devia-se, portanto, muito mais à inadequação dos métodos empregados para sua recuperação do que devido às características inerentes à Deficiência Mental em si ( Azrin, 1966 ).

O tratamento passa então, para muitos profissionais, a ser norteado por um ideal de "normalização", termo este bem definido por Nirje como: tornar viáveis ao retardamento mental condições e padrões de comportamento da vida diária, que sejam os mais próximos possíveis daqueles que são preponderantes na sociedade ( Nirje, 1966 ).

Seria, portanto, inevitável que também o problema de classificação e diagnóstico do deficiente mental fosse reavaliado sob o enfoque do conceito de normalização das técnicas operantes. O deficiente mental passou a ser considerado de modo diferente daqueles em que era visto como portador de doenças psiquiátricas e emocionais e seu tratamento passou a diferenciar-se dos demais. Deve-se considerar, entretanto, que não existe uma distinção na prática entre desenvolvimentos emocionais e mentais. Conflitos emocionais podem competir com a aprendizagem de comportamentos adequados, levando a criança a parecer deficiente mental, da mesma forma que retardo mental frequentemente produz conflito emocional. Além disso, a privação cultural em períodos iniciais da vida pode também causar uma pseudo-deficiência mental.

Considera-se o termo Deficiência Mental como abrangendo uma gama de pacientes; de um lado, os totalmente dependentes; de outro, aquelas crianças com um bom nível de repertório adaptativo, cujo déficit intelectual se torna aparente somente na escola, quando se dá o início da alfabetização. Da mesma forma que varia o grau do retardo, também variam as características físicas e de personalidade a ele associadas. Crianças deficientes variam entre si, da mesma forma que as crianças normais. O denominador comum entre elas é a lentidão da aprendizagem.

Isto de certa forma as tira da linha mestra da educação geral ou das metas a serem atingidas normalmente. Esta característica também as restringe vocacionalmente e as retira de uma competição aberta no mercado de trabalho. Entretanto,

( Lipp, 1981 ) assinala que uma educação especial poderia minimizar essa diferença e maximizar a capacidade do retardado mental no desempenho das tarefas comuns.

Uma ampla variedade de técnicas comportamentais tem sido usada com pessoas de todos os níveis de retardamento. Também tem sido muito ampla a variedade de tipos de comportamentos para os quais essas técnicas são efetivas. A partir de 1960, na Universidade de Washington e na Universidade do Arizona, princípios de Modificação de Comportamento começaram a ser usados também para crianças deficientes mentais. Essas técnicas foram utilizadas tanto em tratamentos individuais como para grupos, em salas de aula ( Bijou, 1976 ).

A maioria das técnicas de modificações de Comportamento usadas em pessoas deficientes se baseiam em princípios de condicionamento operante. Elas têm sido especialmente úteis para se desenvolver padrões específicos de comportamento que suprirão respostas deficitárias ( déficits comportamentais ), bem como para eliminar comportamentos problemáticos ou inadequados ( excessos comportamentais ).

Na seleção dos procedimentos a serem usados no trabalho com crianças deficientes mentais tem sido dada preferência ao uso máximo de reforçamento positivo, principalmente os naturais, em detrimento dos procedimentos de punição. Também são usados procedimentos tais como esquemas de fichas, modelagem e modelação e "prompts" para a instalação de comportamentos e "time-out", isolamento social e algumas formas de punição, como a prática negativa, "over-correction" e retirada do reforço positivo para diminuição de comportamentos inadequados.

Inúmeras pesquisas têm comprovado a eficácia do emprego dessas técnicas: ( Azrin e Foxx, 1971; Azrin e Wesowski, 1974; Neisworth e Smith, 1978; O'Brien, Bugle e Azrin, 1972 ).

## UMA DEFINIÇÃO DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Tem sido difícil obter-se concordância quanto a um termo que englobe a gama de "desenvolvimento incompleto da mente", ou funcionamento intelectual "abaixo da média". Al-

guns estudiosos como Sarason e Gladwin (1958) debateram longamente o tópico da diferenciação entre **Retardo e Deficiência Mental**, restringindo o termo "deficiência" para aqueles com uma patologia neurológica demonstrável e "retardo", para os que não tivessem dano orgânico demonstrável. Teoricamente, esta é uma distinção bastante lógica, mas que na prática se demonstra quase impossível de ser feita. O termo "Anormalidade Mental" foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (1973) como um termo genérico que incluiria tanto o retardo como a deficiência, sugestão que acabou por não ser aceita. A palavra "excepcional" também tem sido comumente empregada para se referir à pessoa com desempenho abaixo da média, embora na realidade ela também se refira a indivíduos com desempenho muito acima da média, bem como àquelas portadoras de deficiência auditiva, visual e outras. Neste trabalho usar-se-ão esses termos como sinônimos. Atualmente, qualquer termo que indique que uma criança é lenta em aprendizado é quase sempre sentido como insultuoso, principalmente pela família da criança, e acaba por se tornar indesejável. Provavelmente não se está lidando com uma questão de nomenclatura, mas sim de **atitude** sobre a qual um termo ganha valorização. Quando esta atitude frente ao deficiente mental for realmente modificada, qualquer tipo de nomenclatura usada não será sentida com conotação pejorativa.

Desta forma a definição de retardo mental tem sido modificada e hoje a American Association on Mental Deficiency (A.A.M.D.) aceita como principais características que definem a Deficiência Mental: (1) funcionamento intelectual geral significativamente rebaixado; (2) resultante de, ou associado a deficiência e incompetência no comportamento adaptativo; (3) que tenha sido estabelecida antes dos 18 anos. Esse diagnóstico deve ser dado ao coexistir ou não com outra desordem física ou mental.

O funcionamento intelectual geral é definido pelo quociente de inteligência obtido pela aplicação individual de um ou mais testes de inteligência. Assim a deficiência intelectual fica definida por um Q.I. de 70 ou inferior a este, permitindo-se um desvio padrão de 5 (65-75).

O comportamento adaptativo se refere à efetividade com que o indivíduo atinge os padrões de independência pessoal

e responsabilidade social esperada para sua idade e seu grupo cultural. Existem escalas para quantificar o comportamento adaptativo, mas nenhuma considerada suficientemente fidedigna e válida para ser usada sozinha. Assim, o julgamento clínico é também necessário, levando-se em consideração a idade do indivíduo para a melhor avaliação da sua capacidade adaptativa. O Q.I. 70 foi escolhido como limite superior de Retardamento Mental, porque a maioria das pessoas com Q.I. inferior a 70 são tão limitados em seus repertórios adaptativos que requerem proteção e serviços especiais, principalmente durante a fase da escolarização ( D.S.M., III, 1980 ).

Segundo a A.A.M.D., existem expectativas de comportamento adaptado normal que variam com a idade, e o seguinte referencial é adotado:

a) Durante a primeira infância:

- padrões de desenvolvimento sensorio-motor;
- padrões de comunicação — incluindo fala e linguagem;
- auto-ajuda;
- socialização — desenvolvimento da habilidade de interação.

b) Segunda infância e início da adolescência:

- aplicação de padrões acadêmicos básicos nas atividades da vida diária;
- padrões sociais — relacionamento interpessoal e atividade em grupo.

c) Adolescência adiantada e fase adulta:

- habilidade e responsabilidade sociais e vocacionais.

Desta forma, ao se pretender que o comportamento adaptativo de uma criança Deficiente Mental se aproxime o mais possível do que é esperado para sua idade, todas as áreas funcionais devem ser igualmente consideradas e trabalhadas especificamente.

Neste trabalho, a classificação funcional foi instalada e treinada em cada sujeito visando a sua maior independência na área de (1) locomoção; (2) comunicação; (3) área social; (4) área econômica; (5) área de comunicação; (6) área de direção ou

auto-governo. Paralelo ao treino de modificação de comportamento, oferece-se também aos sujeitos um treino de Psicomotricidade que não foi incluído neste relato.

## 2. MÉTODO

### 2.1 – Sujeitos:

Para o presente trabalho foram selecionadas as quatorze primeiras crianças aceitas para o treinamento.

O sujeito número um foi retirado do treinamento logo após o seu início, em função de graves desordens orgânicas que o acometeram. Restaram, portanto, treze sujeitos que permaneceram até o final deste trabalho.

Os critérios de aceitação iniciais dos sujeitos para o treinamento foram:

1. idade cronológica acima de três anos, sem limite superior;
2. ausência de deficiência motora que exigisse ajuda constante de outras pessoas;
3. ausência de surdez ou cegueira que impedisse o sujeito de acompanhar as atividades normais propostas;
4. quociente intelectual acima de 30 e inferior a 70, idade mental acima de 2a 5m no teste inicial. O Q.I. foi considerado como parte do critério de aceitação inicial, visando ao encaminhamento feito por outras instituições locais que trabalham nesta base.

Problemas de fala e linguagem não foram levados em consideração, uma vez que treinamento fonoaudiológico era fornecido na clínica como parte das atividades cotidianas.

Os sujeitos deram início ao programa de treinamento em diferentes datas, sendo quatro em 1979, três em 1980, quatro em 1981 e dois em 1982.

Dos sujeitos, seis eram do sexo masculino e sete do sexo feminino, sendo que seis foram diagnosticados como Deficientes Mentais Leves e sete como Deficientes Mentais Moderados.

Para cada sujeito foram estabelecidas metas individuais, modificações de comportamento, sendo esta subdividida em modificações dos comportamentos emocionais inadequados e treinamento de habilidades básicas.

## 2.2 – Ambiente:

Os sujeitos foram treinados em uma clínica, contendo sala de espera, biblioteca, banheiros, cozinha, quatro salas de aula, uma das quais específica para psicomotricidade com todo material necessário e espelhos.

Existia um pátio externo, parcialmente coberto, com chão de cimento e partes de areia e grama.

Para o presente trabalho, nenhuma modificação especial foi feita no ambiente normal da Clínica.

## 2.3 – Recursos:

a) **Recursos Humanos** – A equipe que trabalhou com as crianças constituiu-se de uma fonoaudióloga e seis professoras, e uma psicóloga. As professoras eram: duas de Primeiro Grau; duas estudantes de pedagogia especial e duas estudantes de Psicologia. Nenhuma delas tinha até então qualquer tipo de experiência quer em magistério, quer em treinamento com crianças normais ou deficientes.

Outros profissionais consultados, tais como médicos, dentistas, foram livremente escolhidos pelos sujeitos e não tiveram interferência direta neste trabalho.

b) **Recursos Materiais Usados com Alunos** – Nos treinamentos foram empregados todos os materiais normalmente usados em escolas comuns, tais como quadro-negro, giz, cartelas ( em forma de mesas individuais ), além de material de consumo para a criança, como lápis de diversos tipo, colas, tintas, papéis, etc.

Materiais específicos para os treinos de psicomotricidade também foram utilizados, tais como cordas, bolas, jogos pedagógicos e materiais específicos dos vários métodos adotados ( Frostig; Poppovic e outros ).

Os testes utilizados foram os seguintes:

- Escala de Maturidade Mental Colúmbia;
- Terman-Merril — Forma I — M;
- Prova gráfica perceptiva para crianças de quatro e cinco anos;
- Prova gráfica de Organização Perceptiva;
- Teste Metropolitano de Prontidão Forma R;
- Reversal Test;
- Escola de Maturidade Social Vineland;
- Teste de Lateralidade;
- Inventário de Avaliação de Comportamento Emocional;
- Inventário de Avaliação de Habilidade Social Geral.

Os dois últimos inventários foram elaborados pela própria equipe para o presente trabalho, sendo que o Inventário de Avaliação do Comportamento Emocional teve seus itens formulados a partir de observações não sistemáticas da psicóloga em: a) sua experiência anterior com trabalho em outras instituições que cuidavam de Deficientes Mentais e b) em seu próprio trabalho clínico, de atendimento individual às crianças deficientes, onde verificou o aparecimento da maioria destes itens nas queixas formuladas pelos pais. Os comportamentos emocionais inadequados foram então classificados em 11 (onze) itens com sub-divisões que facilitassem sua operacionalização e que pudessem ser respondidos "sim ou não". Esta forma de marcação visou a simplificar o trabalho das professoras que utilizaram o inventário.

O Inventário de Avaliação de Habilidade Social Geral foi embasado no Teste de Maturidade Social Vineland. Os itens contidos neste teste foram operacionalizados e outros itens julgados pertinentes ao aprendizado social geral da criança foram introduzidos. Tais itens foram retirados dos livros: *Modificação de Comportamento, Novos Modos de Ensinar Novas Habilidades* (Panyam, 1974) e *Modificação de Comportamento Infantil* (Krumboltz e Krumboltz, 1972).

Tanto a operacionalização dos itens como a marcação "sim" — "não" utilizadas visaram a facilitar e dar confiabilidade ao uso do mesmo pelo professor. Este inventário foi empregado pelas professoras, ao invés da utilização direta do Vineland, que foi utilizado pela própria psicóloga, pois este último requereria

maior treinamento por parte das professoras na marcação da folha de resposta.

## 2.4 – Procedimento:

A modificação foi dividida em duas partes:

- a) Modificação de comportamento indesejável e
- b) Treino de habilidade básica. Obs.: Aqui somente os procedimentos de modificação de comportamento indesejável serão relatados.

## MODIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS INDESEJÁVEIS

Para a verificação da presença de comportamento inadequado no repertório de cada criança, utilizou-se do Inventário de Comportamento Emocional, que se constituiu de uma relação de sessenta e cinco (65) comportamentos inadequados observados em crianças deficientes mentais em situação livre, em várias instituições, e relatos pelos pais como parte do repertório das crianças em casa. Estes 65 comportamentos foram subdivididos em 11 áreas, a saber:

- (1) Agressividade
  - a) verbal
  - b) física
- (2) Desobediência e/ou Desacato à Autoridade
  - a) ativa
  - b) passiva
- (3) Auto-Estima
- (4) Comportamentos estereotipados
- (5) Fala
  - a) excesso
  - b) déficit
- (6) Alteração Motora
  - a) excesso
  - b) déficit
- (7) Atenção

- (8) Compulsividade
- (9) Chamar atenção sobre si
- (10) Atividade sexual inadequada
- (11) Fobias

Após a triagem dos sujeitos e na posse dos dados obtidos acerca do repertório adequado e inadequado de cada criança, elaborou-se um plano para a necessária modificação dos comportamentos indesejáveis, com a seleção prévia de um ou vários procedimentos que deveriam ser aplicados no sujeito que agisse daquela forma. Caso esse conjunto de procedimentos dos técnicos não resultasse na modificação desejada, um novo estudo de caso seria feito e novos técnicos seriam escolhidos. Em seguida, seriam relacionados os procedimentos usados para cada comportamento inadequado presente. Cumpre-se dizer que o reforçamento do comportamento adequado incompatível foi feito para cada item, em todos os momentos possíveis, de tal forma que não foi necessário incluí-lo como procedimento usado na listagem a seguir.

Os conjuntos de procedimento foram os seguintes:

## 1. AGRESSIVIDADE

### 1.1 – Verbal

1.1.1 – Xingar usando as palavras de baixo calão ou ofensivas.

– “Time out”.

– Esquema de reforçamento positivo para falar adequadamente, em esquema de intervalo fixo de acordo com a linha de base da criança.

1.1.2 – Ameaçar Verbalmente de bater ou prejudicar, de alguma forma, outras pessoas ou material próprio ou alheio.

– Isolamento social.

– Retirada do reforço positivo (atividade do momento).

– Esquema de reforçamento positivo para falar adequadamente.

1.1.3 – Ameaçar Verbalmente de jogar objetos no chão ou em pessoas.

- Isolamento social.
- Esquema de fichas para portar-se adequadamente.
- “Time-out” quando a ameaça da criança se processa.

#### 1.1.4 – Gritar, sozinha, ou dirigindo-se a outro.

- Ordem para que a criança cessasse o grito.
- Modelo adequado dado pela professora.
- Reforço positivo para a imitação adequada.
- “Time-out” quando a ordem não era obedecida.

#### 1.1.5 – Emitir sons incompatíveis com a situação do momento.

- Ordem de parada do comportamento e reforço para obediência.
- Isolamento social se necessário.
- Esquema de reforço para comportamentos adequados incompatíveis.

## 1.2 – Física

#### 1.2.1 – Cuspir em outras pessoas ou objetos.

- “Time-out”.
- Punição caso o “time-out” não seja efetivo.
- “Over-correction”.
- Reforçamento positivo.

#### 1.2.2 – Morder pessoas ou objetos.

- “Time-out”.
- Punição local ( em caso do “time-out” não ser efetivo ).

#### 1.2.3. Mostrar a língua.

- “Time-out”.
- Punição local.
- “Over-correction”.
- Esquema de reforçamento positivo para não mostrar a língua.

#### 1.2.4 – Agredir pessoas ou objetos fisicamente, dando pontapés, tapas, beliscões ou empurrão.

- “Time-out”.
- “Over-correction”.
- Esquema de ficha para comportar-se adequadamente.

**OBS.:** para um dos sujeitos, além dos procedimentos acima descritos, foi necessária a instalação de um repertório de brincar, até então inexistente.

1.2.5 – Ameaçar fisicamente de bater ou jogar objetos.

– “Time-out”.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para comportamento adequado.

1.2.6 – Jogar objetos em pessoas ou em outros lugares.

– “Time-out”.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para comportamento adequado.

1.2.7 – Fazer gestos obscenos ou ameaçadores.

– “Time-out”.

– Esquema de reforçamento para comportamento adequado.

– **OBS.:** Nenhum sujeito apresentou este comportamento na clínica durante este trabalho.

1.2.8 – Jogar-se no chão.

– Isolamento social.

– Esquema de reforçamento positivo para comportamento adequado.

1.2.9 – Auto-agressão de qualquer forma.

– “Time-out”.

– Punição caso o “time-out” não fosse efetivo.

1.2.10 – Fazer caretas para outras pessoas.

– Isolamento social.

– Retirada de ficha ou atividade reforçadora no momento.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado incompatível com essa atividade.

1.2.11 – Destruir ou inutilizar material ( rasgar, rabiscar, etc. ).

– “Time-out”.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado incompatível com essa atividade.

1.2.12 – Fazer barulhos incompatíveis com a situação presente. batendo palmas ou provocando barulho com objetos.

– Isolamento social.

– “Time-out” caso o sujeito persista na atividade.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado.

## 2. DESOBEDIÊNCIA E/OU DESACATO À AUTORIDADE

### 2.1 – Ativa

2.1.1 – Negar-se expressamente a cumprir alguma ordem (... “não vou”, ... “não faço” ).

– Isolamento social.

– Retirada do material de trabalho no momento.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para toda participação voluntária da atividade.

2.1.2 – Resistir fisicamente ao cumprimento de uma ordem, ou correndo ou ficando imobilizado no lugar.

– Isolamento social.

– Retirada do material referente à atividade do momento.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para obediência de ordem.

2.1.3 – Ironizar, fazer brincadeiras jocosas ou imitar pessoas perante uma solicitação, não cumprindo a mesma.

– Isolamento social.

– “Time-out” caso o isolamento não seja efetivo.

– Retirada do material do momento.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento de comportamentos incompatíveis com esses comportamentos.

## 2.2 – Passiva

2.2.1 – Negar-se a responder ou atuar, quando chamado pelo nome ou solicitado para alguma atividade.

– Isolamento social.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado, em aproximações sucessivas, se necessário.

2.2.2 – Ficar “emburrado” sem cumprir a ordem dada.

– Isolamento social.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado.

2.2.3 – Demorar-se para atender a alguma ordem dizendo “já vou” ou “espera um pouco”.

– Retirada de todo material ou atividade do momento.

– “Time-out” se necessário.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado.

## 3. AUTO-ESTIMAÇÃO

3.1 – Balançar ou mexer com uma ou várias partes do corpo de modo constante ou funcionalmente inútil.

– Instalação e/ou reforçamento de toda atividade útil incompatível com a auto-estimulação.

– Extinção sensorial quando possível (segundo Rincover).

– Impedimento físico quando necessário.

3.2 – Esfregar partes do corpo em outras partes do próprio corpo ou em outros objetos.

– Instalação ou reforçamento de atividade útil incompatível com tal comportamento.

– Extinção sensorial quando possível.

– Impedimento físico quando necessário.

## 4. COMPORTAMENTO EXTERIOTIPADO E REPETITIVO

4.1 – Fechar os olhos ou piscar repetitivamente enquanto fala.

– Prática negativa.

– Esquema de reforçamento para a atividade adequada, iniciando-se com aproximações sucessivas do comportamento final.

4.2 – Estalar os dedos.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado.

4.3 – Outros

Os sujeitos não apresentaram qualquer tipo de comportamento que pudesse ser enquadrado nesta classificação.

## 5. FALA

### 5.1 – Excessos

5.1.1 – Falar demasiadamente durante atividades programadas ou convívio social informal.

– Aproximações sucessivas ao comportamento final, usando-se reforço positivo.

– Ausência total de atenção para a fala inadequada.

– Esquema de ficha.

5.1.2 – Mudar constantemente de um assunto para outro, de forma incoerente.

– Ordem de parada com novo assunto.

– Exigência de conclusão do assunto anterior.

– Modelo de conclusão dado pela professora, se necessário, ou de "dicas" para a conclusão do mesmo.

– Esquema de reforçamento para conclusão dos assuntos de forma coerente.

5.1.3 – Interromper conversas alheias constantemente com palpites ou falas inadequadas.

– Ausência total de atenção para a fala inadequada, com aviso prévio da professora.

– Esquema de ficha com retirada da mesma quando ocorresse o comportamento inadequado.

### 5.2 – Déficit

5.2.1 – Não participar oralmente das atividades do mesmo quando solicitado.

- Reforço positivo em aproximações sucessivas de acordo com cada sujeito.

- Esquema de reforçamento para manutenção do comportamento adequado.

- **OBS.:** Para alguns sujeitos foi necessária a instalação deste comportamento, um treino individual e feita a generalização para o grupo.

5.2.2 – Responder em voz baixa de forma a não ser ouvido.

- Aproximações sucessivas do comportamento final.

- Esquema de reforçamento para manutenção do comportamento.

## 6. ALTERAÇÃO MOTORA

### 6.1 – Excesso

6.1.1 – Mudar de uma atividade para outra.

- Reforçamento para permanecer tempos maiores na mesma atividade.

- Exigência do término de uma atividade para que outra seja iniciada, com a retirada da atividade posterior, caso a anterior não tenha sido cumprida.

- **OBS.:** Para este treino as atividades escolhidas foram bastante curtas de início, prolongando-se à medida que o sujeito progredia no treino.

6.1.2 – Sair do lugar sem ter sido mandado.

- Esquema de reforçamento para permanecer sentado.

- Ajuda física se necessário.

- Esquema de ficha com retirada da mesma para crianças com compreensão suficiente.

6.1.3 – Mexer em material não utilizado para atividade que estiver sendo executada no momento.

- Esquema de reforçamento para o comportamento incompatível adequado.

- Princípio de Premack para sujeitos novos em grupo ( que ainda não se haviam acostumado ao ambiente e ao material ).

– Retirada de todo material da atividade quando o esquema acima era insuficiente.

6.1.4 – Ficar mexendo na própria roupa ou tirar partes da mesma.

– Esquema de reforçamento para o comportamento incompatível adequado.

– Impedimento físico, caso o esquema de reforçamento somente não fosse suficiente.

6.1.5 – Iniciar atividade dos outros colegas deixando de lado sua própria atividade.

– Impedimento físico.

– Esquema de reforçamento para efetuar sua própria atividade.

## 6.2 – Déficit

6.2.1 – Não efetuar a parte motora das atividades nem mesmo quando diretamente solicitado.

– Ajuda física ( prompt ) com esvanecimento da mesma ( fading out ).

– Esquema de reforçamento em aproximações sucessivas.

– Treino específico de obediência a ordens, se necessário ( Este treino foi feito de acordo com o Treino de Imitação Motora de Striefel, 1975 ).

6.2.2 – Não ter iniciativa para execução das tarefas.

– Ajuda física, com esvanecimento da mesma.

– Esquema de reforçamento em aproximações sucessivas.

## 7. ATENÇÃO

7.1 – Não atender às instruções dadas, embora seja capaz de o fazer.

– Esquema de reforçamento em aproximações sucessivas.

– Ajuda física associada ao item acima.

– Esquema de ficha em intervalo de tempo.

– Treino individual de atenção concentrada quando o esquema acima era insuficiente.

7.2 – Dispensar atenção imediatamente após as instruções, deixando de iniciar a tarefa, embora seja capaz de fazê-la.

– Esquema de reforçamento para efetuar a tarefa explicada após a instrução.

– Esquema de ficha para terminar a tarefa explicada em determinado período de tempo.

7.3 – Deixar tarefas inacabadas.

– Esquema de reforçamento para terminar as tarefas.

– Retirada de toda atividade reforçadora, enquanto a anterior não tivesse sido terminada.

– Impedimento físico para iniciar outra atividade, se necessário.

7.4 – “Esquecer-se” de ordens dadas.

– Esquema de reforçamento para executar a atividade imediatamente.

– Refazer a atividade esquecida. “Over correction”, se necessário.

## 8. COMPULSIVIDADE

8.1 – Permanecer demasiado tempo tentando fazer a mesma tarefa ou melhorar sua qualidade.

– Ordem de parada associada a reforço pelo que já foi efetuado.

– Retirada do material que esteja sendo utilizado ou retirada da criança da situação.

– Esquema de reforçamento para o término em tempo determinado

8.2 – Não trocar de tarefa quando solicitado.

– Esquema de reforçamento para terminar a tarefa dentro de um tempo determinado.

– Impedimento físico para continuar efetuando a mesma coisa.

– Esquema de reforçamento para toda e qualquer atividade efetuada pela criança sem compulsividade ( na escola e no lar ).

8.8 – Cheirar objetos, cabelos, etc.

– Impedimento físico.

– Esquema de reforçamento para não cheirar.

## 9. CHAMAR A ATENÇÃO SOBRE SI

9.1 – Emitir atividades motoras ou verbais com aparente intuito de chamar a atenção sobre si.

9.2 – Interromper conversas ou atividades alheias de forma não verbal, cutucando ou puxando as pessoas.

– Esquema de reforçamento para não interrupção da conversa, iniciando-se com pequenos períodos ( sempre com pedido prévio do adulto para que a criança não interrompa ).

– Isolamento social para quando a criança interromper.

## 10. ATIVIDADE SEXUAL

10.1 – Agarrar, abraçar e beijar pessoas todo o tempo.

– Esquema de reforçamento para fazê-lo com moderação.

– Orientação verbal sobre namoro, beijo, abraço e os locais adequados para essa atividade.

– Retirada de uma atividade reforçadora quando a criança não se controlava.

10.2 – Ficar tocando seu próprio órgão sexual.

– Orientação verbal sobre local adequado para atividade sexual.

– Orientação verbal para que a criança se dirija ao banheiro quando estivesse nessa atividade.

10.3 – Exibir-se sem roupa.

– Orientação verbal quanto ao local adequado para desnudar-se.

– Reforçamento do comportamento incompatível com esse comportamento.

– Exigir da criança que se vista novamente.

– Retirada de uma atividade reforçadora caso o esquema acima não fosse suficiente.

10.4 – Tentar olhar ou tocar órgão sexual dos outros.

– Reforçamento de comportamento incompatível com esse comportamento.

– Orientação de acordo com o nível da criança.

– “Time-out” caso o comportamento tenha-se transformado em birra.

10.5 – Masturbar-se em lugar inadequado.

– Orientação de acordo com a criança (nível).

– Orientação quanto ao local adequado para isso.

10.6 – Trazer consigo e mostrar revistas ou objetos pornográficos.

– Orientação verbal quanto ao local adequado para isso, para que a aula não seja prejudicada.

– Professora olhar abertamente junto com as crianças e conversar a respeito, com naturalidade.

10.7 – Levantar ou abaixar roupas alheias.

– Orientação quanto ao respeito alheio.

– “Time-out” se a criança persistir no comportamento.

– Esquema de reforçamento para comportamento adequado.

## 11. FOBIAS

11.1 – Visuais

– Dessensibilização sistemática.

– Modelação.

11.2 – Auditivas

– Dessensibilização sistemática.

– “Role Play” (imitar o som).

– Modelação.

11.3 – Espaciais

– Dessensibilização sistemática.

– Modelação.

11.4 – Pessoas

– Dessensibilização sistemática.

– Generalização.

– Modelação.

11.5 – Solidão

– Dessensibilização sistemática.

11.6 – Animais

– Dessensibilização sistemática.

– Modelação.

11.7 – Machucados Físicos ou Doenças

– Retirada de modelo negativo, se houver algum.

– Dessensibilização sistemática de atividades que possam causar ferimentos ( correr, saltar, etc. ).

– Dessensibilização sistemática para cuidar dos ferimentos ou ser medicada.

11.8 – Morte

– Associação com “paraíso” lugar perfeito.

– Associação com deixar o corpo como quem deixa ou troca de roupa.

11.9 – Sobrenatural

– “Role-play”.

## RESULTADOS

A verificação dos treinos de Modificação de Comportamentos Indesejáveis ( resultados ) foi feita através da comparação da presença ou ausência desses comportamentos na avaliação inicial e avaliação final dos comportamentos relacionados nos critérios de avaliação de comportamentos emocionais.

Discutiremos em seguida os resultados obtidos em relação aos sessenta e cinco (65) comportamentos indesejáveis aí relacionados.

Com respeito ao item 11 – Fobias, dois (02) comportamentos não foram tratados. Foram o medo da morte e o medo do sobrenatural. A razão para isso foi a de estarem ambos os comportamentos profundamente associados com a presença ou ausência de crenças religiosas específicas de seus pais. Em entrevistas individuais com eles, verificou-se uma diferença significativa entre a opinião sobre “morte” entre os pais católicos e espíritas e ainda entre estes e alguns pais ateus. Não foi possível encontrar uma explicação sobre a morte, genérica o suficiente para atender à expectativa de todos os pais e ao mesmo tempo efetiva na extinção do medo da morte com os sujeitos. Preferiu-se então tentar uma orientação individual para esses sujeitos, abordando apenas o medo do sintoma físico ( medo de doenças,

ferimentos, sangramentos, etc. ) como uma primeira alternativa viável na abordagem do problema. Da mesma forma, o medo do sobrenatural estava tão presente no repertório de certos pais, suas crenças tão arraigadas, que teria sido impossível abrandar o medo dos sujeitos frente a tais modelos de medo fornecidos pelos próprios pais. Os medos da morte e do sobrenatural não foram trabalhados com nenhuma criança. O medo de ficar sozinha foi trabalhado e nenhum resultado positivo foi evidenciado. Constatou-se depois que este comportamento também estava associado aos medos relatados acima e além disto não contava com o apoio de nenhum pai para seu treinamento em casa. As razões para esse "não apoio" pareceu advir do sentimento de "super-proteção" dos pais para com as crianças e também algumas vezes do receio dos pais ( mães especificamente ) de ficarem sozinhos eles próprios.

Também permaneceram inalterados dois (02) outros comportamentos: item 3 – Auto-Estimulação: balançar ou mexer partes do corpo de modo repetitivo e funcionalmente inútil e do item 4 – Comportamento Estereotipado ou Repetitivo – piscar repetidamente enquanto fala.

Ambos os comportamentos pareciam estar intimamente associados à ansiedade dos sujeitos, aumentando visivelmente de frequência na presença de pessoas estranhas ou frente a situações de difícil solução. No início do tratamento, houve certa dificuldade por parte dos professores em estabelecerem uma linha de base fidedigna para tais comportamentos, de tal forma que não foi possível nem sequer avaliar se houve qualquer melhora real ou não. Também para esses sujeitos foi sugerido um tratamento individualizado para esses comportamentos específicos. Ainda na classificação dos comportamentos, o item – cheirar objetos, cabelos etc., pareceu inalterado. Entretanto, o único sujeito que o apresentava mudou as características do próprio comportamento, tornando-o mais próximo de um repertório social aceitável. O sujeito após cheirar algum objeto, ou cabelo, etc., acrescentava comentários tais como – "Hum, tia, seu cabelo está cheirando bom!" ou – "Que delícia de perfume", ou ainda – "Isto está cheirando sabonete!". Muitos desses comentários feitos pelos sujeitos suscitaram agradecimentos ou até mesmo elogios dos outros, o que servia como reforço positivo para o comportamento de cheirar.

Os próprios pais pareceram se agradar da mudança topográfica do comportamento e o reforçaram constantemente.

O item 7.3 — deixar tarefas inacabadas — foi alterado em 12 sujeitos, dos 13 que o apresentaram. O sujeito que não apresentou alteração pareceu ter um nível de atenção concentrada menor que os outros sujeitos e uma hiper-atividade bem mais acentuada. Preferiu-se seguir com orientação dos pais e sessões individuais de modificação de comportamento para o próprio sujeito.

Alguns comportamentos inadequados relacionados nunca foram detectados nos sujeitos, nem em ambiente escolar, nem em ambiente do lar ( segundo relato dos pais ). Foram eles: a) trazer consigo revistas ou objetos pornográficos; b) fazer gestos obscenos e c) estalar os dedos compulsivamente.

Os outros cinqüenta e sete (57) comportamentos inadequados relacionados foram todos extintos dos repertórios dos sujeitos que o apresentaram, assim sendo:

— Item 1 — Agressividade: todos os 12 comportamentos classificados como agressividade foram eliminados no final do tratamento.

— Com relação ao item 2 — Desobediência: todos os comportamentos inadequados relacionados estiveram presentes na avaliação inicial do grupo e foram completamente eliminados durante o treinamento.

— Quanto ao item 5 — Fala: todos os seus cinco itens encontravam-se presentes em sujeitos do grupo e foram completamente eliminados até o final do treinamento. Da mesma forma, todos os sete sub-itens do item 6 — Alteração Motora: foram completamente eliminados até o final do treinamento.

— Do item 7 — Atenção: dois sub-itens foram completamente eliminados.

— Do item referente à Compulsividade (item 8) o sub-item 8.3 — cheirar objetos, cabelos, etc., não foi eliminado do único sujeito que o apresentou durante o treinamento.

— Do item 9 — seus dois sub-itens foram completamente eliminados para todos os sujeitos que os apresentaram.

— Do item 10 — Atividade Sexual: seis sub-itens foram eliminados completamente até o final do treinamento. Quanto ao item 11 — Fobias: o sub-item 11.5 — Medo de solidão: não foi alterado embora fosse tratado, e os itens 11.8 — Medo da Morte e 11.9 — Medo do Sobrenatural: não foram tratados embora fossem constatados no grupo.

Assim sendo, pareceu-nos que os procedimentos de modificação de Comportamento foram bastante efetivos na eliminação de comportamentos indesejáveis ( inadequados ) em crianças Deficientes Mentais dentro de uma situação escolar.

Durante o treinamento das crianças, os pais receberam orientações individuais e pareceram bastante entusiasmados com a melhora de seus filhos em situações de clínica. Essa melhora motivou-os a seguirem as instruções no sentido de se conseguir uma generalização daquelas modificações para o ambiente do lar e, à medida que as crianças se apresentavam melhores, estas e os pais foram também muito reforçados por vizinhos e parentes. A diminuição desses comportamentos inadequados, motivou os pais a fornecerem diversas experiências novas para os sujeitos, principalmente na área social, tais como levarem a parques, restaurantes ou lanchonetes, em lojas para experimentar roupas, etc. Com o incremento do que se chamaria "VIDA SOCIAL" dos sujeitos, sua própria aparência física passou a ser visivelmente mais bem cuidada. As crianças passaram a se vestir melhor, cortes de cabelo "caseiros" foram substituídos por cortes profissionais e fivelas, fitas e presilhas começaram a aparecer com maior freqüência.

Segundo relato dos pais, o ambiente do lar pareceu ficar muito mais "agradável" e livre de tensões.

Estes resultados, não diretamente programados, confirmaram ainda mais a eficácia dos procedimentos de Modificação de Comportamento aplicados a Deficientes Mentais em ambiente escolar e reforçaram a tentativa de generalizar toda e qualquer aquisição para outros ambientes. A facilidade do emprego de tais técnicas, para sujeitos classificados como Deficientes Mentais, e o resultado com eles alcançados, deveriam ser um incentivo para seu uso em qualquer escola ou instituição que lide com tais sujeitos.

## SUMMARY

*The objective of the present work was to apply behavior modification procedures to Mental Deficient children from educable and trainable levels in school situations, with the objective of producing alterations and elimination of undesired behaviours. Sixty-four disruptive behaviours were classified in 11 categories, namely: (1) Agressivity; (2) Disobidience; (3) Auto-Estimulation; (4) Stereotyped and repetitive behaviour; (5) Speech; (6) Motor Alteration; (7) Attention; (8) Compulsivity; (9) To call attention upon himself; (10) Sexual Activity; and (11) Phobias.*

*For each inappropriate behaviour one or various procedures were selected to be applied in the school environment. The results were very satisfactories considering that changes happened in all the performed categories.*

## BIBLIOGRAFIA

- AZRIN, N. H., HUTCHIGSON, R. R., and HAKE, D. F. Extinction – induced aggression. *J. exp. Anal. Behav.* 1966, 9, 191-204.
- AZRIN, N. H. e FOXX, R. M. A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1971, 4-89-99.
- AZRIN, N. H. e WESOLOWSKI, M. D. Theft reversal: an over correction procedure for eliminating stealing by retarded person. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1974, 7-577-581.
- BEE, H. *A criança em Desenvolvimento*. S. Paulo Harper and Row do Brasil, 1977.
- BIJOU, S. W. *Child Development: The Basic Stage of Early childhood*, by Prentice – Hall, Inc. Englewood. Chiffs, New Jersey, 1976.

- DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER, by the American Psychiatric Association, 1980, 3th Edition.
- FREIRE, P. *Introdução à Psicologia Escolar* de M. H. S. Patto ( organização ) S. P. T. A. Queiroz, 1981.
- GESELL, A. *Diagnóstico del Desarrollo*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1976.
- HALL, R. V. *Manipulação de Comportamentos: Modificação de Comportamento*. Vol. 3, 4, 5, E. P. U., São Paulo, 1973.
- KOTHE, S. *Pensar é divertido*. Ed. E. P. U., São Paulo, 1973.
- KRUMBOLTZ, J. KRUMBOLTZ, H. *Modificação do Comportamento Infantil*, Ed. E. P. U., São Paulo, 1972.
- LIPP, M. N. *Terapia Comportamental: Implicações Éticas para seu Exercício*. *Estudos de Psicologia*. 1984, Vol. 1 (2) 39-50.
- LIPP, M. N. *Sexo para Deficientes Mentais: sexo e excepcional dependente e não dependente*. Ed. Cortez: Autores Associados, S. Paulo, 1981.
- MACINTYRE, R. W. *Diretrizes para o Uso de Modificação de Comportamento na Educação ( tradução )* in Ulrich, R. Satachnick, T., Malby, J. *Control of Human Behavior*. Ed. Scott, Foresman and Company, 1974.
- MACINTYRE, R. W. *Guidelines for Using Behavior Modification in Education*, extraído de Ulrich, R.; Stachnick, T.; Malby, J. *Control of Human Behavior*, Scott, Foresman and Company, 1974.
- NIRJE, B. *The normalization principle and its human management implications*. In Kesseler, I. W. — *Psychopathology of childhood*, New Jersey: Prentice-Hall, Inc. 1986.
- O'BRIEN, F.; BUCLE, C. e AZRIN, N. H. *Training and Maintaining a retarded child's proper eating*. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1972, 5, 67-72.
- PANYAN, C. M. *Modificação de comportamento — Novas formas de ensinar novos comportamentos*. E. P. U. São Paulo, 1974.

- RATHS, L. E.; ROTHSTEIN, A. M.; JONAS, A. e WASSERMANN, S. *Ensinar a Pensar*. Ed. E. P. U., São Paulo, 1977.
- RINCOVER A. Sensory Extinction: A procedure for Eliminating Self-Stimulatory Behavior in Developmentally Disabled Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 6, nº 3, 1978, págs. 299-310.
- SARASON, M. T. Gladwin. *Mental Deficiency in Gossman, H. J. M. D. Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation, 1973* — Revision by American Association on Mental Deficiency.
- STANFFORD CLARK, D. *Introdução à Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Ed. Agir, 1972.
- STRIESEL, S. *Manipulação de Comportamento: como ensinar uma criança a imitar*, E. P. U., São Paulo, 1975.
- SUBSÍDIOS para implantação do Guia Curricular de Língua Portuguesa para 1ª série de 1º grau. Nicolau, M. L. M. e outros. Projeto: Desenvolvimento de novas metodologias aplicáveis ao processo de ensino. Aprendizagem para ensino de 1º grau. Editado pela Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, 1977.
- WINETT, R. A. e WINKLER, R. C. Atual Modificação de Comportamento na Sala de Aula: Fique Quietos, Fique Calado, Seja Obediente, *Jornal of Applied Behavior Analysis*, 1972, (5) 499-504.
- YATES, Abrey. J. *Terapia del comportamento*. Ed. Trilhas, México, 1975.

# ALGUMAS VARIÁVEIS DO GRUPO FAMILIAR E A ETIOLOGIA DA FARMACODEPENDÊNCIA E DO ALCOOLISMO

Marília Martins Vizzotto\*

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo destacar variáveis que dizem respeito ao relacionamento familiar, ao início da dependência à droga ou ao álcool e à existência de casos de alcoolismo e de farmacodependência em pais ou irmãos. Para isso, apresenta inicialmente diferentes posições em relação à influência do grupo familiar na etiologia da farmacodependência, do alcoolismo, ou da associação de ambos. Analisam-se, a seguir, as respostas dadas a um questionário por 47 pacientes internados em duas instituições de recuperação de dependentes. Destes, 37 estavam se recuperando de dependência a drogas, 8 eram alcoolistas em recuperação e 2 apresentavam dupla dependência com predomínio de dependência à droga. Os resultados mostram que 57,4% dos sujeitos tinham pais e/ou irmãos dependentes de drogas e/ou álcool. 78,7% dos pacientes conviveram com a família até, no mínimo, seus primeiros 18 anos de vida, tendo se tornado farmacodependentes ou alcoolistas durante o tempo de convivência com o grupo familiar.

## INTRODUÇÃO

No presente estudo analisam-se alguns dados relacionados com o grupo familiar e sua possível influência na gênese do alcoolismo e da farmacodependência.

---

(\*) Mestranda em Psicologia Clínica — PUCCAMP.

Nota: Agradeço a colaboração do Professor Saulo Monte Serrat — Departamento de Pós-Graduação — PUCCAMP.

Seguindo a orientação dada pela Organização Mundial de Saúde, distinguem-se os dois tipos de dependência.

Assim a farmacodependência seria: "Estado psíquico, e às vezes físico, causado pela ação recíproca entre um organismo vivo e um fármaco e que se caracteriza por modificações do comportamento e por outras reações que compreendem um impulso irreprímível de tomar o fármaco de forma contínua ou periódica, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e às vezes para evitar o mal-estar produzido pela privação. Uma pessoa pode ser dependente de um ou mais fármacos" ( O. M. S. — apud Tancredi, 1983 p. 08 ).

Em relação ao alcoolismo, a O. M. S. havia estabelecido a existência de dois estágios no processo de instalação da dependência: alcoolismo sintomático e alcoolismo crônico. Contudo, diante das críticas recebidas, a O. M. S. sugeriu que o álcool viesse a ser incluído "em categoria especial intermediária entre as drogas produtoras de toxicomanias e as drogas produtoras de hábitos" ( Mello, 1981, p. 149 ).

Podendo diferir em alguns pontos, o álcool e a droga têm em comum uma existência de vários milênios e o efeito devastador que, principalmente nos dias de hoje, ambos causam ao homem.

A grande arma para o combate tanto ao álcool como à droga é a prevenção. E a prevenção será tanto mais eficaz quanto mais se conhecerem as causas do alcoolismo e da farmacodependência.

As disfunções no relacionamento familiar são frequentemente citadas como causas fundamentais do problema.

Procuram-se estudar as possíveis influências que a família nuclear, a mais comum na sociedade ocidental moderna, poderá ter na gênese da dependência ao álcool ou às drogas.

Para Poster (1979), a família contemporânea, descendente direta da família burguesa do século XIX, é forçada pela economia capitalista a tornar-se cada vez mais nuclear e mais unidade de consumo. Entretanto, algumas características básicas de família burguesa ainda se fazem presente: a criança defronta-se com dois adultos (os pais) de quem deve obter satisfação de suas necessidades de amor, alimentação e educação. E é dian-

te desse número restrito de adultos que busca seus modelos de identificação.

A ausência de dependência comunitária e de sociabilidade são traços comuns à família contemporânea e à família burguesa.

“Se é verdade que a sociedade moderna suprimiu, com tendência à abstração, o sentimento de participação, o indivíduo dificilmente poderá desenvolver ou cumprir na sua família um papel mais concreto” ( Kalina e Kavadloff, 1976; p. 50 ).

Sobre a família e a etiologia da farmacodependência, há posições diversas e muitas vezes conflitantes.

Do ponto de vista organicista, muitos autores atribuem a fatores hereditários principalmente a dependência ao álcool.

Koller ( apud Pain, 1976 ), estudando pacientes psicóticos, verificou uma predisposição hereditária ao alcoolismo e a outras drogas.

Schuckit ( apud Milan e Ketchan, 1983 ), estudando descendentes de alcoólatras, constatou que a anormalidade metabólica encontrada nos alcoólatras preexiste ao uso da bebida. Filhos de alcoólatras, que antes do experimento nunca haviam tomado álcool, foram incapazes de converter acetaldeído em acetato à velocidade normal.

Há, entretanto, inúmeros estudos que ressaltam a importância das interações familiares no surgimento da farmacodependência e do alcoolismo.

Moura (1978), numa extensa revisão sobre a farmacodependência, entre muitas causas apontadas, cita as tremendas pressões sociais exercidas sobre a família, obrigando-a a desagregar-se e impossibilitando-a de propiciar aos filhos uma filosofia de vida fundamentada no amor. Além disso, a permissividade dos pais, baseada em falsos conceitos psicológicos, e a ignorância em relação a princípios educacionais, impedem que a família exerça o papel preventivo que deveria exercer.

Knobel ( 1982; p. 22 ) num trabalho sobre a farmacodependência entre adolescentes diz: “Lembrando que durante a adolescência o sujeito procurará estabelecer uma identidade adulta na base do que se chama ‘identificações’ com os pais ou

figuras modelo do meio social, é fácil compreender que a adolescência de nossos dias seja bem mais vulnerável ao fenômeno da drogadição que as de outras épocas sócio-economicamente mais estáveis”.

Esse mesmo autor ( 1981; p. 28 ), após ressaltar que a sociedade e a família bombardeiam os adolescentes com mensagens ou exemplos que exaltam o uso do álcool, do fumo, dos tranqüilizantes, das pílulas, conclui: “Eis o ‘modelo’ familiar contemporâneo da vida urbana. Eis o mundo fornecido às crianças e adolescentes. Nessas condições, fica bem difícil para o adolescente não cair na tentação da droga. Seus modelos de identificação são os da vida regulada pelas drogas, pois seus pais e familiares usam-nas e muitos abusam delas”.

Kalina e Korin (1976), a partir de experiências clínicas, dizem que não haviam ainda encontrado farmacodependentes que não tivessem na família ou no seu meio social sua fonte de inspiração. De maneira mais ou menos evidente, membros da família apresentam dependência, seja ao álcool, ao fumo, ao jogo, à comida, ao trabalho ou às pílulas. Os autores acreditam que a diferença entre essas dependências e as drogas é apenas que a sociedade aceita as primeiras e não tolera a última.

Afirmam ainda esses autores que ninguém é original em sua patologia e que não existe nenhum dependente que não faça parte de um contexto familiar com alguma conduta drogadiça manifesta ou latente.

Garza et alii (1977), num estudo sócio-familiar de uma população de adolescentes mexicanos de baixa renda, viciados em cimento plástico, verificaram, entre outros aspectos, a incidência de farmacodependência e de alcoolismo na família dos sujeitos. A dependência aparecia nas seguintes porcentagens: 63% de genitores do sexo masculino, 3% de mães e 35% de irmãs. O álcool aparecia como a substância mais consumida, seguido pelo cimento plástico.

Davidson et alii (1982), num estudo com 226 jovens franceses viciados em droga, verificaram, entre outros aspectos sócio-familiares, a incidência de alcoolismo e farmacodependência na família. Os resultados mostraram:

a) a incidência de alcoolismo era maior entre os pais (24,5%) do que entre as mães (4,0%);

b) o alcoolismo associado à drogadição é também maior entre os pais (7,9%) do que entre as mães (4,1%);

c) o uso de drogas medicamentosas é maior entre as mães (31,8%) do que entre os pais (16,5%).

Kandel (1983) afirma que o tipo de relacionamento pais-filhos (adolescentes) pode ter influência sobre a iniciação do jovens à droga. Entre outros aspectos, a atitude dos pais diante da droga e o próprio fato de os pais usarem drogas servem muitas vezes de preditor para o comportamento futuro dos filhos.

Segundo essa autora, o uso de bebidas alcoólicas seria normalmente aprendido com os pais; enquanto que o uso de maconha seria influenciado principalmente por companheiros. O uso de drogas ilícitas, excetuando-se a maconha, estaria ligado a problemas de relacionamento familiar, ao contato com pessoas que usam tais drogas e a uma série de características pessoais fortemente desviadas do normal.

Glynn (1981) acha que os pais podem ter grande influência na iniciação ao uso da maconha, enquanto que o efeito modelador exercido pelos companheiros poderia ser o fator mais importante no uso de bebidas fortes, contrariando pois as afirmações de Kandel. Quanto às relações interpessoais, este autor assegura que um relacionamento familiar desfavorável influi significativamente na procura do fármaco pelo jovem, enquanto que um relacionamento saudável poderia evitar o seu descaminho.

Olivenstein et alii (1975), em sua experiência no Centro Marmottan, verificaram que seus pacientes tinham, em geral, um mau relacionamento com seus pais. Particularmente com o genitor do sexo masculino o relacionamento era mais conflitivo.

Monte Serrat (1985), comparando o relacionamento familiar de farmacodependentes com o de criminosos violentos e não violentos, recolhidos ao Presídio de São Bernardo, verificou que ambos os tipos de criminosos apresentavam melhor relacionamento familiar que os farmacodependentes, em relação aos três aspectos considerados: relacionamento dos pais entre si; relacionamento do sujeito com seu pai; relacionamento do sujeito com sua mãe. Evidenciou-se, particularmente, o mau relacionamento do sujeito com o genitor do sexo masculino.

Tendo em vista as considerações feitas acima, no presente estudo procurou-se pesquisar:

- a) a incidência do alcoolismo e da farmacodependência na família dos recuperandos;
- b) a possível influência de algumas variáveis familiares na gênese do alcoolismo ou da farmacodependência.

Essas variáveis são analisadas quanto à importância de sua participação num conjunto de fatores significativos para o indivíduo e não como singularidade etiológica da farmacodependência e do alcoolismo.

## MÉTODO

### 1 – SUJEITOS

Este estudo foi realizado com alcoolistas e/ou farmacodependentes em recuperação, pertencentes a duas Instituições: "Associação Promocional Oração e Trabalho" – situada em Campinas – SP e "Desafio Jovem" – situada em Rio Claro – SP. Ambas apenas trabalham com pacientes do sexo masculino.

A população estudada constituiu-se de 47 recuperandos, dos quais: 37 relacionados a drogas; 8 ao álcool e 2 com dupla dependência, com predomínio da dependência à droga.

Todos eram do sexo masculino, solteiros em sua maioria (80,8%). A maioria (68,08%) estava na faixa etária de 20 a 30 anos; o nível de escolaridade predominante (70,2%) era de 1º grau, não necessariamente completo; o nível sócio-econômico era baixo e exerciam 18 diferentes profissões.

### 2 – INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO

Foi aplicado, de modo individual, um questionário, através de entrevista semi-dirigida, com duração de uma hora e meia a três horas aproximadamente\*. As entrevistas foram realizadas em dependências das duas instituições.

Para o presente estudo foram selecionados principalmente os itens que diziam respeito à família.

---

(\*) Colaboraram na realização das entrevistas os psicólogos Miguel Sferra Junior e Heloisa S. C. Pieri.

Após a colocação da questão, o sujeito tinha o tempo que desejasse para responder a ela, podendo abordar outros assuntos se assim o desejasse, mas sempre dentro do objetivo da questão.

## RESULTADOS

Embora concordando com Kalina e Korin (1976) de que a família deve ser definida mais pela intensidade do relacionamento entre seus membros do que pelo parentesco legal, no presente estudo considerou-se o parentesco legal.

**TABELA Nº 1**  
**Constituição Do Grupo Familiar**

Membros da Família	Frequência / Porcentagem	
Sujeito, Pai, Mãe e irmãos	40	85,1%
Sujeito, Pai, Mãe, Irmãos, Tios e Avós	1	2,1%
Sujeito, Mãe e Irmãos	3	6,4%
Sujeito, Avós e Irmãos	1	2,1%
Sujeito e Mãe	1	2,1%
Sujeito e Avós	1	2,1%
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>99,9%</b>

A Tabela 1 mostra como era constituído o grupo familiar dos sujeitos: 85,1% conviveram com seu grupo familiar natural, considerando-se, no caso, também o substituto do pai ou da mãe e irmãos por parte de um dos genitores, mas que vissem na mesma casa. 6,4% eram filhos de pais separados ou de mães viúvas e seu grupo era constituído por Mãe e Irmãos. Um sujeito viveu em grupo constituído pelos pais, avós e tios; outro era filho de pais separados e não possuía irmãos e, finalmente, um terceiro, com a morte da mãe, passou a viver com os avós.

Estes resultados sobre o relacionamento familiar indicaram que, com relação aos pais entre si e entre sujeito e pai, o relacionamento era pouco harmônico. Notou-se também, durante os relatos, que não havia diálogo entre eles, substituído muitas vezes por brigas e discussões.

**TABELA Nº 2**  
**Relacionamento Familiar**

MEMBROS DA FAMÍLIA	BOM		REGULAR		MAU		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Pais entre si	18	38,3	12	25,5	17	36,2	47	100
Pai e Sujeito	13	27,6	17	36,2	17	36,2	47	100
Pai e Irmãos	22	48,9	15	33,3	8	17,8	45*	100
Mãe e Sujeito	30	63,8	12	25,5	5	10,6	47	100
Mãe e Irmãos	34	75,5	11	24,4	—	—	45*	100
Sujeito e Irmãos	37	82,2	4	8,9	4	8,9	45*	100

\*Dois dos sujeitos eram filhos únicos

Quanto a sujeito e irmãos, o relacionamento era bem melhor. A figura materna foi apontada sempre como uma figura mediadora e afetiva. Mesmo aqueles que disseram não se relacionarem bem com a mãe, esclareciam que isto acontecia em virtude da cobrança que ela lhes fazia em relação ao uso da droga ou do álcool.

**TABELA Nº 3**  
**Incidência de Alcoolismo e Farmacodependência**  
**Entre Pais e Irmãos**

Presença e Ausência	Frequência	Porcentagem
— Presença de Pais e Irmãos farmacodependentes e/ou alcoolistas	27	57,4%
— Ausência de Pais e Irmãos farmacodependentes e/ou alcoolistas	20	42,5%
TOTAL	47	99,9%

Um sujeito, aos 5 anos, por morte da mãe, passou a conviver com avós. 19,1%, depois dos 12 anos, deixaram suas famílias e foram viver em outros lares. 78,7% conviveram com suas famílias até 18 anos ou mais.

TABELA Nº 4

Categoria de Membros da Família e a Presença de Alcoolismo, Farmacod dependência e Dupla Dependência

Membros Da Família	Alcoolismo		Farmacod. dep.		Dupla Depend.		Alcool. e/ou Farma codep.	
	Freq. / %	Freq. / %	Freq. / %	Freq. / %	Freq. / %	Freq. / %	Freq. / %	
Pai ou substituto	17	36,2	—	—	—	—	—	—
Mãe ou substituto	—	—	—	—	—	—	—	—
Irmãos	3	6,4	2	4,2	1	2,1	—	—
Pai e Mãe	—	—	—	—	—	—	1	2,1
Pai e Irmãos	—	—	—	—	—	—	2	4,2
Mãe e Irmãos	—	—	—	—	—	—	—	—
Pai, Mãe e Irmãos	—	—	—	—	—	—	1	2,1

TABELA Nº 5

Período De Convivência Com A Família

Faixa Etária	Frequência / Porcentagem	
De 0 a 5 anos	1	2,1%
De 0 a 12 anos	9	19,2%
De 0 a 18 anos	37	78,7%
TOTAL	47	100,0%

TABELA Nº 6

Idade De Iniciação Ao Uso do  
Álcool Ou Drogas Drogas

Faixa Etária	Frequência / Porcentagem	
De 07 a 09 anos	1	2,1%
De 10 a 12 anos	7	14,8%
De 13 a 15 anos	28	59,6%
De 16 a 18 anos	10	21,3%
De 19 a 21 anos	1	2,1%
TOTAL	47	100,0%

## DISCUSSÃO

Pelos resultados obtidos, constata-se um relacionamento familiar conflitivo, particularmente do sujeito em relação ao genitor do sexo masculino. Esses dados confirmam os achados de Olievenstein (1975) e Monte Serrat (1985) sobre a desarmonia familiar e, particularmente, sobre a dificuldade de relacionamento com o genitor do sexo masculino.

Estão também de acordo com as conclusões de Kandel (1983) e Glynn (1981) sobre a importância do relacionamento familiar na gênese da farmacodependência e do alcoolismo.

O significativo índice de alcoolistas e farmacodependência encontrados entre pais e irmãos vem ao encontro da posição da Kalina e Korin (1976) e Knobel (1981) que afirmam existir um alto índice de dependência de variados tipos entre os membros da família do dependente.

Os resultados concordam também com as conclusões de Garza et alii (1977), Glynn (1981), Davidson et alii (1982) e Kandel (1983) sobre a existência, de modo significativo, de farmacodependência e alcoolismo entre pessoas pertencentes ao grupo familiar do dependente.

Os dados relativos ao tempo de convivência com o grupo familiar (78,7% viveram com a família até os 18 anos de idade ou mais) e quanto à idade em que foi iniciado o uso de álcool ou de droga (85% iniciaram o uso de álcool ou de droga na época em que viviam com a família), confirmam as afirmações de Kalina e Korin (1976) e Knobel (1982) sobre os modelos de identificação fornecidos pelos pais e familiares à criança, no que diz respeito ao uso de álcool e droga.

## CONCLUSÃO

O alto índice de alcoolismo e farmacodependência entre membros de sua família, o relacionamento desarmonioso entre seus familiares, o fato de terem sofrido durante toda a infância e a adolescência a influência de um meio familiar patogênico são fatores que parecem ter influenciado, de modo significativo, na procura da droga ou do álcool.

Pretendemos ampliar esta pesquisa, trabalhando com amostras maiores e que incluam sujeitos do sexo feminino, enfocando também os aspectos dinâmicos da família da farmacodependente e do alcoolista, para que possamos verificar mais profundamente a posição de Kalina e Korin (1976) e Knobel (1982) sobre a "família e sociedade drogaditas", uma vez que o instrumento utilizado pelo presente estudo não possibilitou uma análise nesse nível, mesmo porque o intuito foi apenas o de levantamento de algumas variáveis familiares.

### ABSTRACT

*The objective of this study is to point out the variables related to the family relationship, at the beginning of drug or alcohol addiction, and to the existence of alcoholism and drug addiction in the family, either in the parents and/or among brothers and sisters. First the study presents the different positions in relation to the influence of the family in the etiology of drug addiction, of alcoholism or the combination of both. Second, the answers given by 47 patients from two Rehabilitation's Centers are analysed. Of these patients, 37 were getting over drug addiction, 8 from alcohol addiction, and 2 were addicted both to drug and to alcohol, but specially depending on drugs. The results reveal that 57,4% of the subjects had drug and/or alcohol addicted parents and/or brothers or sisters. 78,7% of the patients had lived with the family until they were 18 years old, having become addicted during that period of living with their family.*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DAVIDSON, F; DEFRANCE, J; e FACY, F. Recherche D'Une Typologie des Jeunes Toxicomanes. *Psychiatrie de L'Enfant*, 25 (2), 1982, 295 – 318.
- GARZA, F. *Adolescência Marginal e Inhalantes*, México: Editorial Tribas S/A, 1977.
- GLYNN, T. J. From Family To Peer: Transition of Influence Among Drug Using Youth. In D. J. Lettier e J. P. Ludford

- (ED). **Drug Abuse and The American Adolescent**. Maryland. Dep. of. Health and Human Services, 1981, 57-81.
- KALINA, E. e KAVADLOFF, S. **Drogadição: Indivíduo, Família e Sociedade**. Livraria Francisco Alves Editora S/A, ( Trad. Santiago Kavadloff ), 1976.
- KALINA, E. e KORIN, E. A Família do Drogadito. In E. Kalina e S. Kavadloff (ED). **Drogadicção: Indivíduo, Família e Sociedade**. Livraria Francisco Alves Editora S/A, ( Trad. Santiago Kavadloff ), 1976.
- KANDEL, D. Comportament des Jeunes devant la Drogue et L'Alcool. **Psychiatrie de L'Enfant**, 26 (2), 1983. 564-629.
- KNOBEL, M. Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos ligados ao uso de drogas pelos adolescentes. In: **Padrões de Saúde: A Farmacodependência em seus múltiplos aspectos**. Secretaria da Educação do Estado de São Paulo (1), 1981 — 25-31. São Paulo.
- Adição a drogas e o Problema adolescente. In: **Padrões de Saúde: A Farmacodependência e seus múltiplos aspectos**. Secretaria da Educação do Estado de São Paulo (2), 1982. 17-25. São Paulo.
- MELLO, A. L. Nobre de. **Psiquiatria Volume II**. São Paulo: Edit Guanabara Koogam, 1981, 426 p.
- MILAN, J. R. e KETCHAN, K. **Alcoolismo: Os Mitos e a Realidade**. São Paulo. Ed. Fundo Educativo Brasileiro Ltda, 1983. ( tradução — Auriphebo Simões ).
- MONTE SERRAT, S. Farmacodependência: Estudo de Algumas de Suas Causas. **Estudos de Psicologia** 2 (1), 1985. 5-26.
- MOURA, R. S. Pinto de. Toxicomania: A Sociedade no Tribunal. In R. S. Moura e J. F. Regis (ED). **Construção Social da Enfermidade**. São Paulo: Ed. Cortéz e Moraes, 1978. 109-138.
- OLIVENSTEIN, C. **A Droga**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1977. ( Tradução — Marina Celedônio ).
- OLIVENSTEIN, C. BRACONNIER, A. e NICOLAS, A. C. Les Jeunes et la Drougue. **Psychiatrie de L'Enfant**, 18 (2), 1975. 443-476.

- PAIN, I. **Tratado de Clínica Psiquiátrica**. São Paulo: Editorial Grijalbo, 1976.
- POSTER, M. **Teoria Crítica da Família**. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1979. ( tradução – Álvaro Cabral ).
- TRANCREDI, F. B. As Toxicomanias do Ponto de Vista da Medicina, a Saúde Pública. In: **Drogas e Drogados: O Indivíduo a Família, a Sociedade**. A. M. T. Sanchez (ED). São Paulo, Ed Pedagógica e Universitária Ltda, 1982.

# ESTUDO DA ESTRUTURA FAMILIAR: UM MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICO-FAMILIAR

Antonio Térzis\*

## RESUMO

Este modelo de entrevista familiar é uma tentativa de se distanciar do modelo tradicional da história clínica focalizada no paciente individual, para entrevista com todos os membros do grupo familiar. A meta é sistematizar um conjunto de dados pertinentes à estrutura do grupo familiar. Para esse propósito certos dados devem ser obtidos, se possível, numa entrevista com o grupo terapêutico.

Finalmente, foi apresentada uma configuração dinâmica do grupo familiar.

## I – INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar um modelo de entrevista clínica e uma técnica de representação gráfica da família ( organograma ). Esse organograma familiar permite visualizar os vínculos das pessoas que integram o grupo no qual se incorporam os dados mediante símbolos. A técnica do organograma é útil para visualizar a configuração dinâmica do grupo familiar, facilitando desta forma diagnóstico e prognóstico.

A família pode ser considerada como uma entidade social com sua longa história e estrutura; como um sistema cibernético, com suas estruturas lingüísticas; como um organismo vivo ao serviço de manter a vida e preservá-la em cada um dos seus membros; e como um conjunto de valores derivados, em grande parte, instituições das quais afirma ser membro, tais como a igreja, sindicatos, associações civis e filiações sociais.

---

(\*) Professor do Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUCCAMP.

Das diversas aproximações teóricas ( psicanálise, antropologia estrutural, teoria da comunicação, sociologia, etc. ), sem dúvida, a grosso modo, duas correntes parecem haver favorecido a compreensão das relações familiares: a primeira, através da evolução do pensamento psicanalítico, e a segunda, através da antropologia estrutural. A teoria psicanalítica tal como foi desenvolvida por S. Freud, é uma teoria do significado inconsciente; e a antropologia estrutural, segundo Lévi-Strauss (1976), uma das principais noções é a estrutura inconsciente dos fenômenos culturais.

Assim, o modelo psicanalítico-estrutural das relações familiares segundo Korin (1980) reúne as seguintes condições: 1) As relações familiares têm um caráter simbólico cujo significado está na estrutura inconsciente; 2) A estrutura inconsciente das relações familiares é um conjunto ligado de relações entre termo a saber: a) relação entre marido e mulher; b) relação da mulher com sua família de origem ( família materna ); c) a relação do filho com seus progenitores, etc. Segundo Lévi-Strauss (1976), toda relação matrimonial está fundada sobre um sistema de intercâmbio recíproco e que o "elemento do parentesco" está constituído pela união de duas famílias, através da relação existente entre o par conjugal. A aliança entre essas duas pessoas ( marido e esposa ) transmite a bagagem genética e cultural de seus grupos familiares de origem. Do ponto de vista psicanalítico a união de um par matrimonial é analisado pelas vicissitudes do complexo de Édipo. Alguém se encontra e através dessa relação procura, inconscientemente, completar de alguma maneira a solução sempre inacabada dada às primeiras relações de objeto. Assim, o começo dessa relação conjugal não é casual, nem a família parte do zero, mesmo que os seus integrantes pensem dessa maneira. Freud (1967) dizia que os modelos de escolha objetual exogâmica são: a) conforme ao tipo de oposição ( sobre o modelo da mãe nutriz ou do pai protetor ); b) conforme ao modelo narcisista ( elegendo o que o sujeito é, o que foi, o que queria ser, ou alguém que foi uma parte do mesmo ).

Contudo, o conhecimento que a psicanálise tem-nos dado das relações de objeto intrapsíquicas ou a família interna nos permite afirmar que, ainda quando ambos os grupos familiares de origem não estão em contato pessoalmente na consulta, serão recriados de uma maneira fantasmática na relação, através

da transferência entre os dois cônjuges e também com seus filhos. Por exemplo, o marido pode deslocar para sua esposa sentimentos, idéias, etc., derivados da sua família de origem; ele está se comportando como se a esposa fosse sua mãe, irmã, pai, etc.

Nesse sentido, vários autores que se ocuparam em estudar os conflitos e as manifestações intrapsíquicas da pessoa, agora se interessam em estudar a dinâmica do grupo familiar. Querem compreender a relação existente entre motivações inconscientes dos pais e as dificuldades de ordem emocional da criança.

Por isso, entende-se que os estudos sobre a dinâmica do grupo familiar são importantes no campo terapêutico. Especialmente, estudos retrospectivos que possam ilustrar como era o meio familiar de um paciente e as manifestações psicopatológicas de seus integrantes.

A seguir apresentamos: a) o modelo de uma entrevista clínica; e b) o organograma familiar. Esse tipo de trabalho tem por finalidade incentivar o leitor a encontrar um modelo de entrevista familiar que lhe permita sistematizar um conjunto de dados, facilitando desta forma a valorização diagnóstica e prognóstica. Obviamente, cada investigador processará estes dados segundo seu esquema referencial teórico-clínico.

Essas técnicas foram elaboradas por A. Canavero (1978,) à luz da antropologia estrutural e da psicanálise, às quais acrescentamos novos elementos. Alfredo Canavero apresenta uma configuração dinâmica do grupo familiar e diferencia empiricamente dois tipos de grupos: a família "coesiva ou centrípeta"; e a família "dispersiva ou centrífuga". A combinação destes dois grupos familiares de origem, através do vínculo de aliança, cria um novo campo psicológico, que é o que esta entrevista pretende estudar.

## II – ENTREVISTA DO GRUPO FAMILIAR

A entrevista familiar, além de obtenção de informações objetivas sobre eventos ocorridos na vida do paciente e no ambiente familiar, permite a avaliação do ambiente emocional em casa, a partir das emoções expressas pelos familiares. A entrevista deve ser considerada de grande importância como ins-

trumento de pesquisa na área da interação familiar. Manoni ( 1973 ) lembra que o que nós obtemos de uma entrevista é na verdade um quadro do mundo assim como é visto pelos entrevistados. Cabe ao entrevistador avaliar e tentar objetivar a informação apresentada subjetivamente, levando em conta: a) o estado emocional dos entrevistados; b) as opiniões daqueles, ou seja, formulações cognitivas sobre determinado assunto; c) suas atitudes, isto é, suas reações emocionais com relação à matéria em discussão. Bergeret ( 1983 ) enfatiza a importância, para o entrevistador, de bem observar o modo de expressão verbal no grupo familiar, o nível de evolução afetiva, o grau de adaptação à realidade, a necessidade de idealizar, de dominar ( alguns falam sem cessar para fugir do diálogo ), as possibilidades de identificação, as inibições ( intelectuais ou afetivas ), o tipo de angústia ou a agressividade, as faculdades defensivas ou adaptativas numa situação nova, o modo de funcionamento mental ( fantasias, sonhos, projeções, etc. ).

O perfil psicológico resultante da entrevista clínica familiar nos permitirá ter uma idéia sobre a estrutura do grupo familiar; como funciona frente a circunstâncias críticas de origem interna ou externa em seu curso vital; compreender a emergência dessas crises, assim como prever alterações em outros membros da família aparentemente de boa saúde; e detectar os pontos de urgência ou prevêê-los.

A seguir apresentamos o modelo de uma entrevista clínica familiar com um certo número de pontos que devemos conhecer:

## 1. FICHA FAMILIAR

Ficha nº

Entrevistador:

Nome do informante:

Nome do paciente:

Identidade:

Idade:

Sexo:

Nacionalidade:

Residência permanente do paciente:

Telefone:

Motivo de consulta:

Problema central observado através do Organograma Familiar:

Sugestões:

## 2. ESQUEMA DE ENTREVISTA FAMILIAR

Data	Entrevista (pai, mãe, cônjuge, filhos, etc.)	Nº de entrevista	Gravação	Nº fita de gravação	Observações
				1. Sim 2. Não	
				1. Sim 2. Não	
				1. Sim 2. Não	
				1. Sim 2. Não	
				1. Sim 2. Não	

## 3. FAMÍLIA AMPLIADA

Integrantes

### a) FAMÍLIA MATRILINEAR

Nomes completos	Parentesco	Idade	S	Nascim.	Ordem nasc.	Estado civil	Educação	Ocupação

Identidade grupal da família matrilinear ( Status Sócio-econômico, mobilidade social, integrantes em grupos sociais ):

## b) FAMÍLIA PATRILINEAR

Nomes completos	Parentesco	Idade	S	Nascim.	Ordem nasc.	Estado civil	Educação	Ocupação

Identidade grupal da família patrilinear ( Status sócio-econômico, mobilidade social, integrantes em grupos sociais ):

#### 4. FAMÍLIA NUCLEAR ( Pai-mãe-filhos )

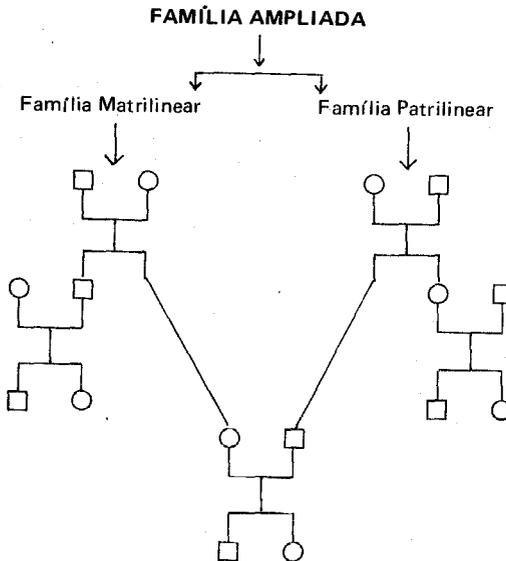
Integrantes

Nomes completos	Parentesco	Idade	S	Nascim.	Ordem nasc.	Estado civil	Educação	Ocupação
<p>Parentes e não parentes que convivem no mesmo lar:</p>								
<p>Animais ( nomes, a quem pertencem, que significam ):</p>								

Identidade grupal da família nuclear ( Status sócio-econômico, mobilidade social, integrantes em grupos sociais ):

## 5. HISTÓRIA FAMILIAR ( Familiograma nº 1 )

- a) Família ampliada ( Matrilinear e Patrilinear ):
- Os avós ou bisavós onde nasceram ( países de origem )
  - Migrações
  - Mortes ( quando e por que )
  - Características pessoais
  - Personalidades significativas ( pelo menos avós ).
- b) Família nuclear ( Pai-mãe-filhos ):
- Conhecimento do casal
  - Casamento
  - Nascimento dos filhos por ordem
  - Tamanho da prole
  - Mortes possíveis.



**FAMILIOGRAMA 1** – Família ampliada ( matrilinear e patrilinear ) e família nuclear ( pai-mãe-filhos ).

## 6. SITUAÇÃO ATUAL ( Família nuclear e aqueles que convivem no mesmo lar )

- a) Distribuição espacial:
  - O perfil da habitação atual, lugares onde dormem, comem, etc.
  - Desenho da sala de jantar, lugares que ocupam
  
- b) Utilização do tempo:
  - Trabalho
  - Livre
  - Fim de semana
  - Férias ( juntos e em par separado )
  
- c) Caracterologia individual de cada um dos integrantes ( Família nuclear ):
  - Dados psicopatológicos
  - Doenças
  - Reação frente a situações stressantes, tensão ou crises
  - Hobbies
  
- d) Relações parentais ( conjugais):
  - A relação do pai com os filhos
  - A relação da mãe com os filhos
  - A relação entre os pais ( marido-esposa )
  - As relações com as famílias de origem e as pessoas fora da família.
  
- e) Situação financeira:
  - Produção econômica e circulação do dinheiro na estrutura familiar
  - Quem toma conta do dinheiro e das questões financeiras em casa. Por exemplo: pagar contas, o aluguel, ou organizar o orçamento
  
- f) Outros:
  - Medo fora do comum
  - Expectativas e anseios de cada um, consigo mesmo, com os demais ou sobre a família

— A quem se consideram parecidos fisicamente e em caráter? Eventualmente se podem pedir fotografias representativas do grupo familiar

## **7. SITUAÇÃO FAMILIAR DURANTE A ENTREVISTA ( Uma representação da equipe do entrevistador que inclui ):**

— Distribuição espacial no momento da entrevista ( diagrama )

— Descrição da entrevista dinamicamente ( interação, quem fala e como fala; formação de subsistemas ( mãe-filho ou pai-filho )

— Sentimentos contratransferenciais

— Impressão diagnóstica e prognóstica

— Outras informações do assistente social, etc.

## **III – CONFIGURAÇÃO DINÂMICA DA ESTRUTURA FAMILIAR**

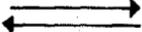
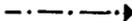
A dinâmica da estrutura familiar pode ser desenhada com finais práticos, como um modelo que nos permita pensar, dialogar e traçar estratégias terapêuticas. Inicialmente, como uma tentativa o organograma familiar pode incluir: a) fenômenos observáveis empiricamente derivados das entrevistas psicológicas com os membros do grupo familiar; b) aspectos dinâmicos que podem ser provocados indiretamente mediante certas manipulações ou incluindo o tempo como variável esclarecedora; finalmente, c) construções do observador ou terapeuta, que são abstrações mais ou menos generalizadas que supõem aproximações teóricas de distintos esquemas referenciais destinados sempre à conceitualização esclarecedora.

A configuração dinâmica do grupo familiar procura mostrar, de um modo geral, espaços reais e visuais onde se integram elementos da realidade externa e interna de um grupo de pessoas que ainda estão unidas por uma relação de parentesco e uma histórica compartilhada.

A seguir nesse estudo apresentam-se códigos gráficos, que representam esquematicamente certas variáveis que condicionam a situação: Código Gráfico nºs: 2, 3, 4, 5, 6.

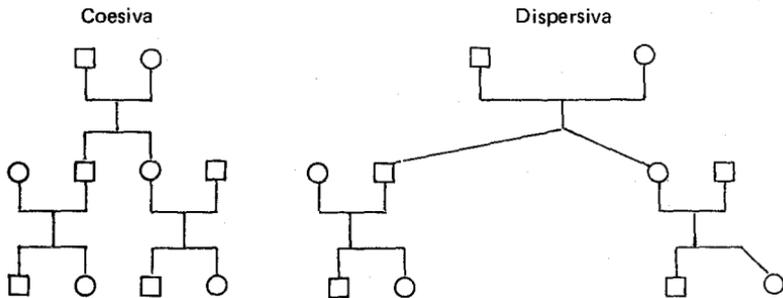
	HOMEM	
	MULHER	
	SEPARAÇÃO	
	ABORTO ESPONTÂNEO	
	ABORTO NÃO ESPONTÂNEO	
		MORTES
		FILHO MATRIMÔNIO
		FILHO EXTRA-MATRIMÔNIO RECONHECIDO
		FILHO EXTRA-MATRIMÔNIO NÃO RECONHECIDO
		PACIENTE DESIGNADO
		RELAÇÕES EXTRA-MATRIMÔNIO
A	FILHO ADOTIVO	
¿ ?	SEM INFORMAÇÃO	

### TENSÃO, DIREÇÃO E COMPROMISSO EMOCIONAL

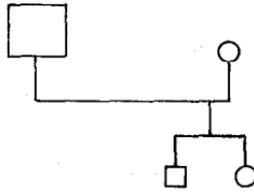
- |    |   |                             |
|----|---|-----------------------------|
| 1) |  | UNIDIREÇÃO                  |
| 2) |  | BIDEREÇÃO                   |
| 3) |  | AMBIVALÊNCIA                |
| 4) |  | POUCO COMPROMISSO EMOCIONAL |
| 5) |  | FALTA COMPROMISSO EMOCIONAL |
| 6) |  | CONFLITOS MANIFESTOS        |

**CÓDIGO GRÁFICO 3** – Setas que indicam a tensão ou desnível no potencial relacional, que dão como resultado a forma de agrupação centrípeta ou centrífuga.

### AGRUPAÇÃO



**CÓDIGO GRÁFICO 4** – de acordo com sua maneira de agrupar-se pode ter dois tipos de família coesiva e dispersiva.

**PROXIMIDADE**

**CÓDIGO GRÁFICO 5** – Significado da relação que indica maior ou menor grau de simbiose – autismo ou compromisso emocional.

**DIMENSÃO OBJETAL**

**CÓDIGO GRÁFICO 6** – Caracteriza o objeto idealizado ou desvalorizado, com maior ou menor relevância, de acordo com suas características, autoridade, poder, etc.

**IV – EXEMPLO PARCIAL**

Paciente 20 anos, solteiro, vive com seus pais. Motivo da consulta: a mãe preocupada pelo uso de drogas do seu filho.

**1. ESTRUTURA FAMILIAR ( Código Gráfico nº 7 )**

a) Família ampliada:

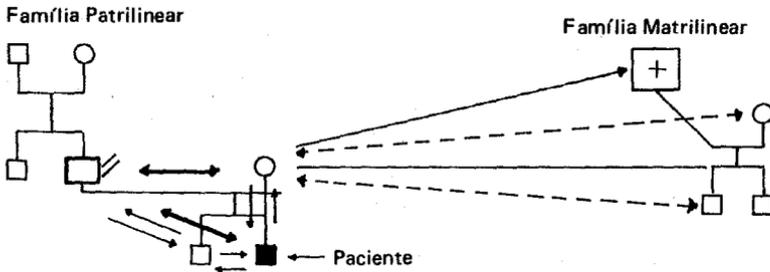
**FAMÍLIA MATRILINEAR:** dispersiva – centrífuga. Pai (morto) muito idealizado, mãe desprezada. Vínculos emocionais pouco estreitos.

**FAMÍLIA PATRILINEAR:** Coesiva – centrífuga, de tipo patriarcal. Fortes vínculos simbióticos.

b) Família nuclear:

**MÃE** desvalorizada, relação muito próxima a seus filhos, especialmente o paciente designado e uma ambivalência entre marido e esposa.

**PAI** idealizado mas distante, relações extra-matrimoniais.



**CÓDIGO GRÁFICO 7** – caso clínico.

## 2. ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA ( Código Gráfico nº 8 )

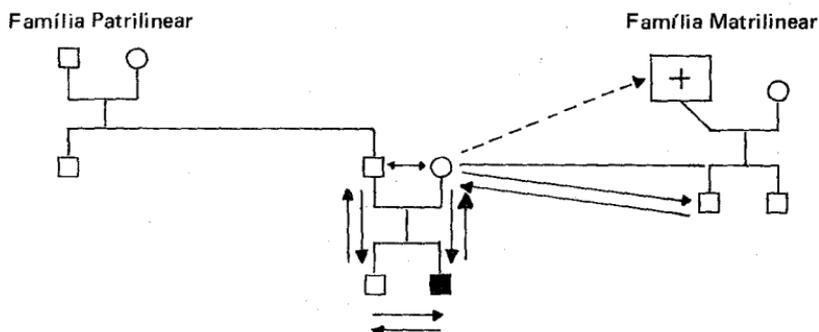
- Inicialmente o processo terapêutico gira em torno da relação simbiótica mãe-filho, para que o paciente possa ter a sua individualização ( independência ).
- Maior aproximação pai-filho, em função do passo anterior, procurando que o filho crie uma boa imagem para os seus pais.
- Revisão da relação conjugal ( marido-esposa ), intensamente ambivalente.
- Trabalhar sobre o vínculo da mãe com seus irmãos, com o fim de clarificar possíveis deslocamentos

sobre os seus filhos, de necessidades emocionais vinculadas com sua família de origem.

Para finalizar, foi apresentado um modelo de uma entrevista clínico-familiar e uma proposta de um modelo mostrando graficamente a configuração dinâmica da estrutura familiar, que tende a indicar espaços reais e virtuais nos elementos da realidade interna e externa de um grupo de pessoas vivendo sobre o mesmo teto.

Usando esses modelos, podemos pensar, discutir e traçar estratégias terapêuticas.

### POSSÍVEL RECOMPOSIÇÃO ESTRUTURAL



CÓDIGO GRÁFICO 8 – possível recomposição estrutural.

### SUMMARY

*This model of a family clinical life is an attempt to get away from the traditional model of a clinical history focusing on the individual patient, by taking into account all members of the family system.*

*The goal is to systematize a set of data pertaining to a longitudinal slice of this system in a diachronic vision, at the*

*same time systematizing information about the transversal slice, or cross-section, in a synchronic vision.*

*For this purpose certain data must be gathered, if possible, in an interview with a therapeutic team.*

*Finally a tentative design is presented showing graphically the dynamic configuration of the family structure.*

## BIBLIOGRAFIA

- BERENSTEIN, I. — Familia y enfermedad mental. Buenos Aires, Paidós, 1976.
- BERGERET, J. — Psicologia patológica. São Paulo, Masson Editora, 1983, p. 141.
- CANEVARO, A. A — Um modelo de ficha clínica-familiar. *Terapia familiar*, 02: 11-28, 1978.
- FREUD, S. — Introducción al narcisismo. O. C. tomo I, Madrid, Bibliot. Nueva, 1967.
- KORIN, — Psicologia y psicoterapia de grupo. *Terapia Familiar*, 4: 143 — 186, 1980.
- LÉVI-STRAUSS, C ÷ Antropologia estrutural. Buenos Aires, Paidós, 1976.
- MANONI: M. — La primeira entrevista con el psicanalista. Buenos Aires, Granica, 1973, p. 123.
- TERZIS, A. — Psicologia do grupo familiar e sua relação no processo esquizofrênico. *Estudos de psicologia*, 2: 73-85, 1985.

# CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE DE 4 IRMÃOS, ADOLESCENTES, ATENDIDOS DURANTE UMA "CRISE DISSOCIATIVA CONJUNTA".

Rita Aparecida Romano\*  
Sonia Regina Loureiro\*

## RESUMO

Objetivou-se discutir as avaliações psicológicas de 4 irmãos adolescentes, atendidos no Serviço de Psiquiatria do H. C. F. M. R. P., durante uma "crise dissociativa conjunta". Imediatamente após essa "crise", os 4 foram encaminhados para avaliação psicológica, realizada concomitantemente, utilizando-se as técnicas projetivas: HTP, Desiderativo e Rorschach.

A caracterização da personalidade de cada um, sugeriu uma dificuldade na resolução dos lutos próprios da adolescência, sugestionalidade e busca conjunta de diferenciação.

Considerando-se os movimentos de regressão e progressão e os constantes períodos de desestruturação e reestruturação da personalidade que ocorrem durante a adolescência, torna-se difícil o estabelecimento dos limites entre o normal e o patológico nessa fase.

A revivência do conflito separação/individuação está intimamente relacionada a imagos parentais e a elaboração dos conflitos infantis que emergem nesta época na forma de lutos: pelo corpo infantil, pela identidade infantil, pelos pais da infância. Nesse processo, os mecanismos esquizoparanóides, depressivos e confusionais são reativados, mobilizando defesas maníacas com base na negação e onipotência, que permitem o emergir das fantasias de regressão fetal. Na tentativa de evitar o sofrimento, o adolescente faz uso da intelectualização, do

---

(\*) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

acting-out, de mecanismos obsessivos e de outros mecanismos que por vezes assumem características semelhantes aos estados psicopatológicos, mas cuja dinâmica nem sempre se encontra a serviço da busca da identidade ( ABERASTURY, 1984 ).

A discriminação entre a "síndrome normal da adolescência" descrita por KNOBEL e o estado anormal, se caracterizaria por um tênue limite de tempo, de intensidade e de significação, necessitando-se considerar se ocorreram aquisições progressivas da personalidade nessa fase, ou se o que o adolescente nos apresenta é uma forma de funcionamento, em função de seus antecedentes histórico-genético-familiares.

Kalina ( 1976 pág. 20 ) ressalta a existência "de estados patológicos claramente definidos e com existência própria, às vezes anterior, que podem ou não ser mais ou menos modificados pelas crises". Nessa época pode ocorrer a instalação de sérios quadros psicopatológicos, que expressariam a resolução imperfeita dos lutos ou, nos casos mais sérios, a não superação da condição simbiótica.

Tendo-se em conta as dificuldades encontradas para a realização de um diagnóstico diferencial durante a adolescência, onde um certo grau de conduta psicopatológica é inerente à evolução do processo, pareceu-nos oportuno apresentar esse estudo, objetivando discutir as avaliações psicológicas de 4 irmãos, adolescentes, que foram atendidos no Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — Universidade de São Paulo, durante "uma crise dissociativa conjunta", correlacionando os dados à literatura existente.

## MÉTODO

### Sujeitos

Os 4 irmãos, adolescentes, procedentes de meio rural, 3 rapazes ( L. 14a R. 18a e V. 19a ) e 1 moça ( F. 16a ), foram encaminhados ao Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, apresentando um quadro que foi diagnosticado como uma "crise dissociativa conjunta", na qual,

segundo o informe dos pais, se encontravam há 5 dias. O início da crise foi abrupto, caracterizando-se por uma variedade e intensidade de sintomas, iniciados pela queixa de V. que sentia um cheiro diferente que o incomodava e que as demais pessoas não se apercebiam dele. À noite desse mesmo dia, os 4 irmãos ficaram reunidos "olhando para as paredes" (sic), quando L. começou a dizer que era Pelé, F. uma "nega preta" (sic), Deus e Nossa Senhora Aparecida e R. dizia ser Maradona ( jogador de futebol ) e Deus, e que Deus havia chegado. Falaram a noite toda, alternando-se na assunção de papéis e tentando dar "passe nos pais", identificando a mãe, que é preta como eles, com uma vizinha de cor branca, dizendo que a vizinha "estava na mãe" (sic), posteriormente; tentaram agredir os pais.

Nos dias que se seguiram, os 4 se associaram na assunção desses papéis, comunicando-se intensamente e realizando atividades em conjunto, nas quais se revelavam contra os pais, os amigos e as figuras de autoridade, chegando a agredir fisicamente os pais e a destruir parcialmente a casa onde moravam e a horta.

Tal estado os impedia de realizarem suas funções ( trabalho, estudo ), uma vez que se identificavam e atuavam o papel incorporado de benzedor e das figuras acima mencionadas. No 5º dia da crise, como as agressões se intensificassem, os pais pediram ajuda aos vizinhos e, posteriormente, à Polícia para levarem os filhos ao Pronto Socorro, sendo então encaminhados ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, onde foram atendidos e dispensados. No dia seguinte, considerando-se o agravamento dos sintomas, retornaram ao Hospital das Clínicas, onde L. foi internado na Enfermaria e V. na Unidade de Emergência, por terem sido considerados os mais comprometidos. Os outros voltaram para casa.

No 10º dia de crise e 4º de internação, os 2 receberam alta, assintomáticos, como também encontravam-se assintomáticos os outros 2 adolescentes que não foram hospitalizados, retornando às suas funções normais. Após a alta, a família evitava falar sobre o ocorrido, opondo obstáculos a qualquer abordagem sobre o mesmo. Os adolescentes alegavam não se lembrarem da crise, apesar da mobilização da cidade para a reconstrução da casa.

## Procedimento

A avaliação psicológica foi realizada 20 dias após a alta, por 2 psicólogos e 2 estudantes de psicologia familiarizados com as técnicas. A aplicação e avaliação das técnicas projetivas: Bateria de Grafismo de Hammer, Desiderativo e Rorschach, foram realizadas conforme o procedimento recomendado por cada 1 das técnicas, sugeridas respectivamente por CAMPOS (1981), OCAMPO e col. (1976) e AUGRAS (1981). A aplicação foi realizada em 2 sessões num mesmo dia, para se evitar a comunicação e a sugestionalidade entre os irmãos. A avaliação dos testes foi realizada somente pelas 2 psicólogas.

Durante a avaliação, os rapazes mostraram-se desconfiados e veladamente hostis, conduzindo-se de modo lacônico, parecendo temer envolver-se. A adolescente mostrou-se ansiosa, porém mais falante e colaboradora que os irmãos.

## Resultados e Discussão

Os dados dos testes não serão apresentados separadamente, mas em seu conjunto, considerando-se a síntese final dos relatórios individuais. É importante notar que, apesar das idades dos irmãos variarem de 14 a 19 anos um praticamente entrando na adolescência e o outro em seus estágios finais, quase não se evidenciaram diferenças na organização evolutiva de suas personalidades. Provavelmente isto tenha ocorrido devido à ligação simbiótica existente na família, parecendo que a entrada de 1 delas na adolescência teria provocado uma crise familiar, expressa pela "crise dissociativa conjunta".

Tentaremos abordar a hipótese acima, baseando-nos em elementos detectados através da análise dos testes projetivos, sem a especificação dos índices, considerando-se seus aspectos globais, em termos de: esquema corporal, contato com o real, identidade e defesas.

### Esquema Corporal

Considerando-se as mudanças físicas próprias da adolescência e a conseqüente alteração da percepção do esquema corporal (como "resultante intrapsíquica da realidade do su-

jeito", ABERASTURY, 1981, pág. 31 ) é esperado um certo nível de estereotipia na percepção do esquema corporal nesta idade. Nos protocolos de L. e V. apareceram indícios de uma problemática a nível de identidade que estaria interferindo na organização do esquema corporal com marcadas distorções que provavelmente prejudicariam a diferenciação eu-tu. Nos protocolos de F. e R., a estereotipia apresentava-se acompanhada de conteúdos fantasiosos. Tais dados sugeriram uma dificuldade na elaboração do luto pelo corpo infantil, principalmente nos protocolos de R. (18a) e V. (19a), considerando-se a idade. (1) A ênfase na visão estereotipada do esquema corporal, que até certo ponto é própria da idade, se encontrava bastante acentuada, sugerindo uma intensa repressão que dificultaria o contato consigo mesmo, além do esperado na fase da adolescência.

### Contato com o Real

O contato com o real apresentava-se distorcido, estabelecendo-se de modo superficial e com marcadas tendências ao refúgio na fantasia, de modo onipotente e narcisista. A organização lógica pareceu mais comprometida e rígida, nos protocolos de L. e V., que se utilizavam da distorção do real como forma de manter "um equilíbrio", o que acentuava a tendência ao isolamento e a propensão à sintomatologia delirante, com conteúdo mágico ( incorporação do benzedor durante a "crise" ). O aumento da ansiedade, que é própria nesta fase, pareceu-nos assumir um caráter persecutório que foi atuado durante a crise, pelos membros mais comprometidos do grupo, e seguido por sugestão pelos outros membros ( R. e F. ).

### Identidade

Em nível de identidade, os 4 irmãos parecem ter introjetado a figura materna como sendo a de maior valência, de um modo simbiótico, o que teria dificultado a diferenciação eu-tu, principalmente para V. e L. Ao reviver os lutos da adolescência, a tendência à regressão e à diferenciação sexual pareceram mobilizar mecanismos mais regressivos que não encontra-

---

(1) Cabe notar que, na realidade, com exceção de L., os outros irmãos já apresentavam um corpo bem desenvolvido, de adulto.

ram respaldo em uma figura parental positivamente introjetada para a superação da crise. Assim, o luto pela bissexualidade infantil acentuou a onipotência e a regressão simbiótica de todo o grupo, que assumiu papéis diferentes, próximos à despersonalização, com a posterior negação do ocorrido. O narcisismo próprio da adolescência, em 3 dos membros desta família ( L., V. e R. ) pareceu assumir um caráter de distanciamento e regressão à situação simbiótica, tendendo a utilizar-se da dissociação ( Splitting ) mais como defesa do que como uma forma organizacional do ego que precisa romper com os vínculos simbióticos remanescentes. O narcisismo caracterizava-se (em F.) pela identificação com a figura introjetada de modo idealizado.

Esses mecanismos apareceram de modo mais intenso no protocolo de V., expressando-se de um modo místico-transformador, demonstrando grande dificuldade em lidar com os limites impostos pelo mundo adulto e pelo real. V. também apresentava uma tendência a aliar-se à L., que se encontrava no início do processo adolescente; ambos vivenciando a "crise" como líderes do grupo que detinham poderes mágicos, que procuravam vivenciar na realidade, projetando-se no restante do grupo familiar.

### **Mecanismos de defesa**

Entre os mecanismos de defesa utilizados, alguns caracterizavam a dificuldade de elaboração dos lutos dessa fase do desenvolvimento, sugerindo um tênue contato com o real e tendência ao afastamento com marcados sinais de projeção e de particularização do real através da onipotência, negação e regressão. Na busca de um aparente equilíbrio, utilizavam-se da estereotipia, da repressão e do apego ao convencional, que não eram suficientes para conter a hostilidade e as demandas de integração e maturação exigidas durante a adolescência.

Esse funcionamento defensivo foi detectado através dos protocolos. Contudo, a produção de L. foi sugestiva de maior fragmentação e afastamento, tendendo no misticismo. Tais elementos evidenciaram-se durante a "crise dissociativa" tornando-se indicada a internação integral. Nas avaliações dos protocolos de V., que também foi hospitalizado, observou-se uma maior desorganização do pensamento e o uso intenso de defesas

com base na projeção e na onipotência, expressas pelo domínio persecutório e controle místico do real, o que pela sua idade assumia características mais patológicas. R. apresentava defesas com base na projeção, que assumia características persecutórias, expressas pela dissociação e isolamento.

A avaliação dos protocolos de F. sugeriu indícios de uma estrutura egóica preservada, através de defesas histeriformes e hipocondríacas, provavelmente por ser a figura feminina a de maior valência dentro desta dinâmica familiar, apesar de simbiótica.

## COMENTÁRIOS

O forte vínculo simbiótico presente nessa estrutura familiar, pareceu dificultar a elaboração dos lutos normais da adolescência, havendo, ao invés de uma busca de diferenciação, uma vivência conjunta da crise. Provavelmente a entrada na adolescência do membro mais jovem (L.) desta família tenha mobilizado nos outros irmãos uma revivência do conflito separação-indivíduo, com os conseqüentes mecanismos regressivos. Pareceu-nos, também, que o ingresso de L. na adolescência conferiu-lhe o papel de líder no grupo familiar; L. parecia associar-se e identificar-se com V. (irmão mais velho e emocionalmente mais comprometido). Os outros 2 irmãos, também simbioticamente ligados, porém um pouco mais integrados, suggestionavam-se com a "fantasia atuada" sob a liderança de L. e V. voltando-se todos contra as figuras parentais, talvez na tentativa de abalar, de tentar romper essa simbiose. Mas tal tentativa assumiu características patológicas, mobilizando ansiedades, hostilidades e defesas psicóticas, onde se tornava difícil perceber as diferenças de idade e provavelmente os níveis diferentes no processo evolutivo dos membros do grupo, devido à acentuada regressão que caracterizou a crise.

Segundo OSÓRIO ( 1984 pág. 333 ), "as vivências de despersonalização, outro fenômeno comum na adolescência, seriam uma das manifestações clínicas mais vívidas dessa luta entre os impulsos antagônicos de separação e fusão onde por momentos fugazes ( adolescentes normais ) ou duradouros

(adolescentes esquizóides) a busca do sentimento de identidade pessoal vê-se ameaçada pela persistência ou retorno à condição simbiótica original”.

Anteriormente à crise, esses adolescentes desempenhavam um papel adulto no sentido de trabalharem, parecendo haver uma pseudomaturidade. No momento de crise, com a quebra dos papéis assumidos socialmente, mas pouco integrados internamente, a repressão se expressou por uma franca hostilidade e pelo assumir de papéis de heróis que expressavam um domínio fantasioso na tentativa de romper com a dependência e, portanto, com a simbiose, através de fantasias narcisistas.

OSÓRIO (1984) refere que o Narcisismo, dentro dessa concepção, estaria a serviço da fantasia de retorno ao paraíso perdido, pois, através de seu caráter onipotente, vincula-se à idéia de imortalidade.

Passada a crise, que expressou uma tentativa de separação dos pais, a família simbiotizou-se novamente como um todo, negando o ocorrido, negando a própria realidade, apesar da cidade haver se mobilizado para a reconstrução parcial da casa e a equipe de atendimento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, haver indicado e ressaltado a importância de um atendimento psicoterápico individual para seus membros.

Dessa forma, a família expressou, mais uma vez, sua fragilidade frente às demandas do real e do crescimento, caracterizando através da “crise dissociativa conjunta” sua patologia, que também foi evidenciada pelas técnicas projetivas.

## ABSTRACT

### PERSONALITY TRAITS OF 4 ADOLESCENT SIBLINGS TREATED DURING A “JOINT DISSOCIATIVE CRISIS”

*The objective of the present study was to discuss the psychological evaluations of 4 siblings treated at the Psychiatry*

*Service of the University Hospital, FMRP-USP, during a "joint dissociative crisis".*

*Immediately after this "crisis", all 4 subjects were submitted to psychological evaluation, which was performed simultaneously using the projective techniques HTP, Desiderative and Rorschach.*

*Characterization of the personality of each sibling at different levels suggested a difficulty in resolving the problems peculiar to adolescence, suggestibility and joint search for differentiation.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. (1984) – Adolescência Normal. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 3ª edição.
- AUGRAS, M. (1981) – Teste de Rorschach: atlas e dicionário. Rio de Janeiro: ISOP, 4ª edição.
- CAMPOS, D. M. de S. (1981) – O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade. Petrópolis, Vozes.
- KALINA, E. (1976) – Psicoterapia de Adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora S. A.
- OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. e cols. (1976) – Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Buenos Aires: Nueva Visión.
- OSÓRIO, L. C. (1984) – Vicissitudes da aquisição do sentimento de identidade durante o processo puberal. Revista Brasileira de Psicanálise, 18:329.

# FARMACOGENÉTICA

J. Fernando P. Arena\*

## RESUMO

O Autor após a apresentação de conceitos fundamentais da Genética aborda o problema das respostas que os organismos podem dar às drogas, e de como tais respostas podem sofrer a influência de fatores genéticos. São focalizados os efeitos de uma mesma droga em diferentes indivíduos, de diferentes drogas em um mesmo indivíduo e de uma droga em dois indivíduos, quando um está gerando o outro.

O ser humano, como produto final, é conseqüência de uma interação do seu patrimônio hereditário com o meio ambiente em que ele foi criado e em que esta vivendo.

O patrimônio hereditário do ser humano é constituído pela informação genética que ele recebeu de seus pais, a qual esta contida nos seus cromossomos. Esses cromossomos são estruturas muito delicadas presentes nos núcleos das células e contêm milhares de informações genéticas (genes) as quais são absolutamente necessárias para o crescimento, para o desenvolvimento e para a manutenção dos indivíduos. Cada célula humana normal, com exceção do óvulo e do espermatozóide, possui 46 cromossomos. Esses cromossomos podem ser fotografados e arranjados de forma a constituírem 23 pares.

O exame laboratorial que identifica os cromossomos denomina-se cariótipo. Assim sendo, verifica-se que a carga genética do ser humano encontra-se contida em 23 pares de cromossomos os quais existem em todas as células nucleadas do nosso organismo. Entretanto, é interessante notar que os bilhões de células existentes em um indivíduo

---

(\*) Departamento de Tocoginecologia — UNICAMP.

adulto originaram-se a partir de uma única célula, ou seja, a célula ovo ou zigoto, a qual, por sua vez, resultou da fusão do gameta masculino (espermatozóide) com o gameta feminino (óvulo).

Os gametas masculino e feminino carregam apenas a metade da carga genética total distribuída em 23 pares de cromossomos, ou seja, os gametas carregam apenas um cromossomo de cada par. A união de um gameta masculino (23 pares) com um gameta feminino (23 pares) é que permite o aparecimento do ovo ou zigoto, com 46 cromossomos.

Quando observamos os cromossomos de um casal, verificamos que tanto o homem quanto a mulher apresentam em cada par de cromossomos um que veio do seu pai (P) e um que veio de sua mãe (M). Quando esse casal dá origem a vários filhos, cada filho recebe, ao acaso, uma combinação de cromossomos.

A título de exemplo, podemos considerar o que pode ocorrer em relação a um único par de cromossomos quando observamos três gerações, ou seja, avós, pais e filhos.

O par de cromossomos envolvido é o mesmo, porém, como as pessoas são diferentes (avós), os cromossomos carregam informações genéticas diferentes. Assim sendo, na geração dos filhos, embora originados dos mesmos pais, podemos observar que o filho número III-1 e o número III-3 possuem cromossomos completamente diferentes e que ambos têm em comum um cromossomo com suas irmãs III-2 e III-4. Já os indivíduos III-2 e III-5 são idênticos em relação a esse par de cromossomos e qualquer outra combinação que imaginemos criará um novo indivíduo idêntico a algum já existente nessa irmandade. Isso mostra que o número de combinações diferentes possíveis em relação a um único par de cromossomos é 4 (quatro), ou seja,  $2^2$ . Se considerarmos 2 pares de cromossomos, o número de combinações possíveis será de 16, ou seja,  $2^4$ , ou ainda  $2^{2n}$ , sendo  $n$  o número de pares cromossômicos envolvidos. Desta maneira, quando se leva em conta que um casal, não aparentado, deve possuir, provavelmente, os 23 pares cromossômicos diferentes entre si, o número total de combinações cromossômicas possíveis em sua prole será de  $2^2 \times 2^{23}$ , ou seja,  $2^{46}$  que é menor do que 1/70 trilhões. Dessa forma, podemos verificar que, na prole de um mesmo casal, a chance de nascer mais de um filho com

idêntica combinação cromossômica, sem que sejam gêmeos monozigóticos, é menor que 1/70 trilhões. Tal observação deixa claro que cada um de nós é único quanto ao seu patrimônio genético e deve possuir, portanto, o seu próprio desempenho bioquímico e conseqüentemente metabólico.

A individualidade determinada geneticamente representa, assim, uma propriedade fundamental dos seres vivos.

O desenvolvimento da Genética Bioquímica Humana com o conhecimento das deficiências enzimáticas determinadas geneticamente deu origem ao campo da Farmacogenética. Tanto GARROD, o fundador da Genética Bioquímica Humana como HALDANE, o grande geneticista britânico, haviam, de certa forma, previsto que a individualidade bioquímica poderia ser a explicação para várias reações adversas às drogas e a certos alimentos apresentadas por indivíduos da raça humana. ( VOGUEL & MOTULSKY, 1979 ).

Enquanto a Farmacologia estuda a ação dos medicamentos e outras substâncias nos organismos vivos, a Genética estuda a transmissão hereditária dos caracteres biológicos. Situada na confluência dessas duas disciplinas, surgiu a Farmacogenética, que estuda a influência dos caracteres hereditários na reação individual aos medicamentos. ( WHO, 1973 ).

Em 1957, MOTULSKY sugeriu que certas respostas anormais a determinadas drogas poderiam ser causadas por deficiências enzimáticas determinadas geneticamente. Em 1959, VOGUEL introduziu o termo **Farmacogenética**. Atualmente, a Farmacogenética pode ser considerada uma área especial da Genética Bioquímica, que lida com a resposta às drogas e com as variações geneticamente condicionadas dessas respostas nos indivíduos.

O estudo das diferenças genéticas existentes entre os indivíduos no que concerne a sua susceptibilidade à ação dos agentes físicos, químicos e biológicos do meio ambiente denomina-se Eco-Genética ( BREWER, 1971; OMENN, 1974 ).

## AÇÃO DAS DROGAS

O metabolismo humano constitui algo extremamente complexo. Milhares de reações bioquímicas ocor-

rem diariamente no organismo humano, com a finalidade de manter o processo chamado vida.

É fácil imaginar as necessidades de alimentação, de energia, transporte, excreção, etc... de todas as células que compõem o ser humano, sendo também necessária a existência de um equilíbrio harmônico entre todos os mecanismos que desempenham essas funções. Dessa maneira, o alimento, uma droga, ou ainda qualquer substância, ao penetrar em um organismo, interage com o mesmo através de diferentes mecanismos, cuja importância varia de caso para caso. Tais mecanismos, como absorção, ligação com proteínas, armazenamento em tecidos, biotransformação, transporte através de membranas, excreção e interação com outros mecanismos, utilizam-se de enzimas específicas e inespecíficas, as quais são determinadas geneticamente e, portanto, passíveis de variações entre os indivíduos.

Se imaginarmos o número de passos metabólicos evolidos desde a entrada de uma determinada substância no organismo humano até a sua completa metabolização e imaginarmos que em cada passo metabólico existem enzimas envolvidas as quais são geneticamente condicionadas e, portanto, passíveis de serem diferentes entre os indivíduos, podemos concluir sobre as possibilidades metabólicas dos seres humanos frente a uma única substância. Dessa maneira, é importante que se entenda que as pessoas são diferentes e que, como dizia LUCRETIUS, "o que é alimento para certos homens pode ser veneno para outros".

Portanto, ao se estudar a ação das drogas nos organismos, ou seja, a maneira como uma determinada substância ou droga interage com um organismo no sentido de causar um determinado efeito (resposta), as situações abaixo enumeradas devem ser consideradas e analisadas:

I – Uma droga... Diferentes indivíduos

II – Diferentes drogas... Um indivíduo

III – Uma droga... Dois indivíduos ( um gerando o outro )

**I – Uma droga... Diferentes indivíduos**

**ISONIAZIDA** – um bom exemplo que caracteriza as diferenças existentes entre os indivíduos, quanto à meta-

bolização das drogas é o que ocorre em relação à Isoniazida. Essa droga também conhecida pelas siglas INH ( Iso-Nicotiny-Hidrazine ) é utilizada no tratamento da tuberculose por apresentar boa ação contra o bacilo causador da doença e ainda ser absorvida completamente no trato digestivo humano e ser excretada pela urina no período de 24 horas. As investigações realizadas em populações revelaram a existência de dois tipos de indivíduos, ou seja, um que metaboliza a Isoniazida rapidamente ( excretadores rápidos ) e outro que metaboliza a Isoniazida lentamente ( excretadores lentos ). A figura a seguir mostra como esses indivíduos se distribuem em nossa população.

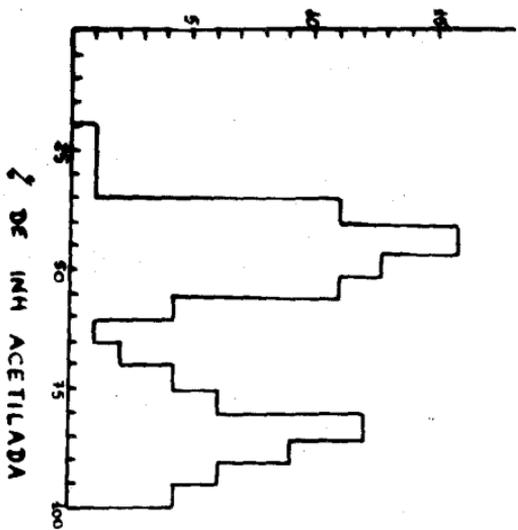
A situação de acetiladores lentos e rápidos da Isoniazida é determinada por um único gene, sendo os acetiladores lentos a condição de recessividade em relação aos acetiladores rápidos. Mais da metade da população caucasóide e negróide é constituída de acetiladores lentos, enquanto a grande maioria dos japoneses é constituída de acetiladores rápidos.

**ÁLCOOL** – Em relação ao álcool, os fatores genéticos envolvidos na resposta dos indivíduos à ingestão dessa droga podem atuar em vários níveis para produzirem diferenças individuais. Existem dois estudos interessantes que levam em conta diferenças raciais na reação ao álcool ( OMENN and MOTULSKY, 1978 ).

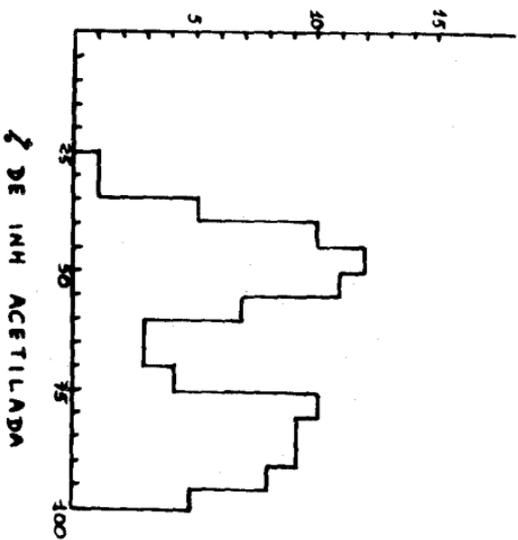
Quando comparados aos caucasóides, é comum encontrar-se Orientais que apresentam vermelhidão facial, aumento de vigor do pulso e sinais de intoxicação após a ingestão de quantidades de álcool as quais não produzem tais efeitos nos caucasóides ( WOLF, 1972 ). Por outro lado, entre os índios e os esquimós observou-se que os mesmos apresentam um ritmo de eliminação mais lento do etanol sangüíneo e, portanto, demoram mais para se recuperarem dos efeitos da ingestão de álcool que os caucasóides ( FENNA et al., 1971 ).

**CAFEÍNA** – Experimentos mais antigos mostraram que 150 a 200mg de cafeína ingeridas antes de dormir, em estudo duplo cego, produziam nítida perda de sono em alguns indivíduos e nenhum efeito em outros ( OMENN e MOTULSKY, 1978 ). Para esclarecer se os efeitos da cafeína nos indivíduos eram devidos diferenças bem estabelecidas entre os indivíduos ou meramente devidos a variações da resposta de

149 CAUCASOÍDES



145 NEGROÍDES



acordo com o dia do experimento, GOLDSTEIN e col., 1965, testaram um grupo de pessoas durante dez noites, com cafeína e placebo e confirmaram a diferença.

## II – Diferentes drogas... Um indivíduo

A interação resultante da administração simultânea de duas ou mais drogas em um mesmo indivíduo acarreta, por vezes, certos efeitos indesejados, os quais podem colocar em risco a própria vida do indivíduo.

**ISONIAZIDA** – Além das implicações concernentes à maneira de se metabolizar lenta ou rapidamente a Isoniazida, alguns indivíduos quando estão fazendo uso dessa droga podem responder de maneira anormal à administração ou a exposição de outros agentes. Por exemplo, entre certos pacientes que apresentam epilepsia e tuberculose e estavam tomando Isoniazida e Difenhidantoína, verificou-se que a concentração de Isoniazida entre os indivíduos acetiladores lentos pode atingir certos níveis que acabam inibindo o metabolismo da Difenhidantoína pelos microsomas hepáticos, acarretando assim um acúmulo da Difenhidantoína, a qual atinge níveis tóxicos fazendo com que o indivíduo apresente ataxia, nistagmos e tonturas (KUTT, 1971). Um grande número dessas interações e de efeitos secundários pode ser esperado, especialmente aqueles mediados pelo sistema de metabolização de drogas no fígado ( CONNEY, 1972 ).

**ÁLCOOL** – O álcool interfere com a ação dos barbitúricos, potencializando-a. Inúmeros acidentes fatais têm sido observados em consequência dessa interação. De uma maneira geral, contra-indica-se formalmente a ingestão de bebidas alcoólicas por indivíduos que estejam fazendo uso de barbitúricos. Entretanto, como seria de se esperar, existem pessoas nas quais, dentro de certos limites, a interação álcool-barbitúrico não se manifesta por uma reação indesejada.

## III – Uma Droga... Dois indivíduos ( um gerando o outro )

O que foi visto anteriormente em relação à ação de uma droga sobre um organismo pode ser estendido quando

consideramos uma situação de gravidez, ou seja, a presença de um organismo dentro de outro. Nesse caso, a droga ou substância, após ser absorvida pelo organismo materno e sofrer neste a interação dos mecanismos habituais ao seu metabolismo, interage com o organismo fetal, quer na sua forma original ou já através de alguns de seus produtos de degradação no organismo materno.

Até meados deste século, acreditava-se que o embrião, dentro do útero materno, estivesse quase que totalmente protegido de todas as adversidades do meio ambiente. Entretanto, no final da década de 50 e início da década de 60 este conceito foi completamente abalado, em consequência do desastre produzido pela Talidomida. Milhares de crianças em diferentes países nasceram com sérias malformações congênitas, principalmente de membros superiores e inferiores, em consequência da ingestão materna, durante a gestação, de uma droga conhecida por Talidomida.

De lá para cá, muito se tem estudado sobre a ação das drogas nos embriões em gestação. A nosso ver, os mesmos princípios descritos anteriormente para explicar a ação de uma droga em um organismo continuam válidos, sendo que, no caso específico do feto em gestação, existem dois organismos para interagir com a droga e seus produtos de degradação.

O resultado obtido sobre o feto será uma consequência dessa dupla ação e também da fase em que se encontra a gestação. Isto explica, em nossa opinião, a variabilidade encontrada tanto nos tipos de anomalias congênitas observadas, quanto na presença ou ausência dessas anomalias em fetos de diferentes mulheres submetidas a um mesmo agente causal.

Um bom exemplo dessa situação, diz respeito ao uso por certas gestantes de uma droga denominada Difenhidantolna. Essa droga usada como anticonvulsivante propicia, em aproximadamente 10% dos casos, o nascimento de crianças com a Síndrome da Difenhidantolna (SMITH, 1976). Esta Síndrome é caracterizada por retardo mental leve a moderado, hipoplasia das falanges terminais das mãos e dos pés e hipoplasia das unhas.

Também o fumo durante a gestação acarreta, em muitos casos, consideráveis prejuízos para o feto. Sabe-se hoje

que uma boa porcentagem de crianças filhas de mãe fumantes nascem com baixo peso e apresentam dificuldades no aprendizado da leitura (SMITH, 1982).

No concernente ao uso de bebidas alcoólicas durante a gravidez, JONES et al., 1973, descreveram a Síndrome do Alcoolismo Fetal em crianças filhas de mães alcoólatras. Tal Síndrome já se encontra hoje bem estabelecida e caracteriza-se pela presença de retardamento mental, microcefalia, deficiência de crescimento pré-natal e pós-natal, incoordenação motora e hipotonia, bem como estreitamento da fenda palpebral ( SMITH, 1982 ).

### ABSTRACT

*After presenting the basic concepts of genetics, the author focuses on the body's reactions to drugs. He also analyses how these reactions can be influenced by genetic factors.*

*The effects produced by the same drug in different individuals and the effects different drugs can produce in the same person are presented, together with the possible effects a drug may have on a pregnant woman and her fetus.*

### BIBLIOGRAFIA

- VOGUEL, F. e MOTULSKY, A. G.: Human Genetics – Problems and Approaches. Springer – Verlag Berlin Heidelberg New York, 1979.
- WHO: Farmacogenética. Informe de um grupo científico de la OMS-Serie de informes Tecnicos – Nº 524, 1973.
- MOTULSKY, A. G.: Drug reactions, enzymes and biochemical genetics. J. Am. Med. Assoc. 165, 835-837, 1957.
- VOGUEL, F.: Moderne Probleme der Humangenetik. Ergeb. Inn. Med. Kinderheilh 12, 52-125, 1959.

- BREWER, G. J.: Annotation: Human ecology, an expanding role for the human geneticist. *Am. J. Hum. Genet.* 23:92-94, 1971.
- OMENN, G. S.: "Eco-Genetics": Host variability in health effects of environmental agents. *Proc. Intl. Symp. on Health Effects of Environmental Pollution*, Paris, June 24-28, 1974, Abstr 170.
- BEIGUELMAN, B., RAMALHO, A. S., ARENA, J. F. e GARLIPP, C. R.: A acetilação da isoniazida em brasileiros caucasóides e negróides com tuberculose pulmonar. *Rev. Paul. Med.* 89: 12-15, jan. Fev., 1977.
- OMENN, G. S. and MOTULSKY, A. G.: "Eco-Genetics": Genetic Variation in Susceptibility to Environmental Agents. *Pub. Health and Med.* pp 83-111, 1978.
- WOLFF, P. H.: Ethnic differences in alcohol sensitivity. *Science* 175: 449-450, 1972.
- FENNA, D.; MIX, L.; SCHAEFER, O. and GILBERT, J. A. L.: Ethanol metabolism in various racial groups. *Can Med Assoc J.* 105: 472-475, 1971.
- KUTT, H.: Biochemical and genetic factors regulating Dilantin metabolism in man. *Ann. NY Acad. Sci.* 179: 704-722, 1971.
- CANNEY, A. H.; BURNS, J. J.: Metabolic interactions among environmental chemicals and drugs. *Science* 178: 576-586, 1972.
- SMITH, D. W.: Recognizable patterns of human malformation. Genetic, Embryologic and Clinical Aspects. Second Edition. Saunders Company - Philadelphia - London - Toronto, 1976.
- SMITH, D. W.: Recognizable patterns of human malformation. Genetic, Embryologic and Clinical Aspects., 1982. Edition.
- JONES, K. L., SMITH, D. W., ULLELAND, C. N. and STREISSGUTH, A. P.: Pattern of malformation in off-spring of chronic alcoholic mothers, *Lancet*, 1: 1267, 1973.

## COMUNICAÇÕES

### PREVENÇÃO NA INFÂNCIA: A ESCOLA \*

Geraldina Porto Witter \*\*

#### RESUMO

É necessário implantar e desenvolver nas escolas brasileiras programas de prevenção conduzidos dentro dos parâmetros da ciência. O ponto de partida deve ser uma programação para reduzir ou anular a escola como geradora de problemas comportamentais. Deve também abranger problemas originados fora da escola.

Os papéis da escola na prevenção de quaisquer dos vários tipos de problemas de comportamento estão por merecer um maior cuidado por parte dos vários profissionais que nela atuam ou que aí deveriam também estar atuando. Neste último caso podem ser lembradas algumas ausências lamentáveis, não apenas a nível de prevenção como da própria concretização dos objetivos mínimos da escola. Entre elas basta lembrar o psicólogo escolar, o fonoaudiólogo educacional, o bibliotecário escolar, a assistente social, a enfermeira educacional. Com essas ausências a escola já está hoje limitada nas suas possibilidades de oferecer ao aluno tudo aquilo que deveria dar-lhe, no nível em que deveria fazê-lo. Assim, suas possibilidades de uma prevenção eficiente, em profundidade e abrangência, já estão limitadas, de saída, pelas limitações e restrições existentes no seu corpo técnico-administrativo.

Um trabalho de prevenção a partir da escola poderia ser altamente eficiente e viável pelas próprias características dessa instituição, por congregar um contingente expressivo, quando

(\*) Parte deste trabalho foi apresentado no IV Encontro da Região de Campinas

(\*\*) Profa. Depto. de Pós-Graduação em Psicologia Clínica — PUCCAMP.

não majoritário da população infantil, pela possibilidade de contato com as famílias, levando até elas educação para prevenção não apenas dos aspectos da saúde física, mas também do comportamento.

Mas a realidade com que se defronta quem percorre as escolas, especialmente as públicas, em busca de um esforço de prevenção é estarrecedora e por vezes desanimadora. Como prevenir sem dispor de pessoal competente para planejamento e implementação de programas completos de prevenção? Isto só seria possível com uma equipe interdisciplinar competente. Uma equipe interdisciplinar atuando na escola poderia conduzir um trabalho de prevenção de alto nível e capaz de abranger as múltiplas necessidades de crescimento e de desenvolvimento da criança. Ela não existe. O corpo técnico-administrativo que atua no cotidiano da escola é composto por docentes de várias disciplinas, mas prevalece como eventuais programadores da prevenção os profissionais formados em Pedagogia, quer como administradores, quer com orientadores, quer com supervisores. As disputas pela área de trabalho, sobre o que é ou não competência de cada um, a luta por um poder inexpressivo, os entraves burocráticos, a burocratização sufocam o saber e tornam o fazer rotineiro e desvinculado das propostas feitas nos discursos. Não se abre espaço para outros profissionais, conduz-se a ação de forma precária, ineficiente e inadequada por não se compartilhar do conhecimento e da experiência de outras áreas. Quando a escola conta com a assistência odontológica, o que vai se tornando percentualmente raro, ela é remediativa e precária. Certamente desestimulante para o profissional que, via de regra, permanece à margem da equipe da escola. O médico é figura ausente, ou visita ocasional, por vezes um sanitarista, cuidando dos problemas de vacinação ou similares. Ele também é um estranho, não se cogita de que deveria integrar a equipe em um trabalho contínuo, mais amplo e diversificado. No caso do psicólogo escolar, a situação não é muito melhor. Na rede oficial ele continua distante, segregado em departamentos, serviços e similares, exercendo ainda um papel predominantemente clínico, o que há mais de 25 anos vem sendo duramente criticado na literatura. Seus outros papéis permanecem ignorados pelos que estão na escola e são responsáveis por ela. Ocasionalmente faz parte do trabalho de triagem, seleção e composição de classes comuns ou para excepcionais. Não é membro integrante, efetivo e constante da equipe da escola. Na rede privada, quando ele está presente, em algumas ocasiões sua situação é pouco melhor,

mas via de regra é ainda o modelo clínico — remediativo e não uma ação preventiva que marca seu trabalho.

Nestas circunstâncias, a primeira barreira para uma programação de prevenção na escola está na ausência de equipe multidisciplinar competente para seu planejamento e execução. Enquanto não estiverem disponíveis esses recursos humanos, atuando de forma integrada e complementando uns a ação dos outros, tendo por meta o educando integral, só restam os esforços esparsos, na maioria das vezes descontínuos e fragmentados.

Olhando mais especificamente o que é a escola e a perspectiva de prevenção que ela oferece, alguns outros aspectos precisam ser levantados.

Veja-se uma sala de aula em que a professora agride verbalmente as crianças chamando-as de "burras, sujas, idiotas, trombadinhas", entre outras coisas inconvenientes; distribui alguns safanões; passa longos períodos a reclamar dos próprios problemas ou a conversar com a colega da sala ao lado, ou ainda com a merendeira; recorre a tecnologias de ensino superadas, inadequadas e não recomendadas por quaisquer teorias de aprendizagem ou de ensino; põe em uso materiais de ensino em descompasso com o discurso lingüístico, com o mundo cultural da criança; usa um dialeto que não corresponde ao de seu aluno; o que esperar? Se a isto forem acrescentadas as inadequações do ambiente físico em termos ergonômicos, bem como do ambiente sócio-psicológico, o que se pode inferir? A escola é, ela própria, uma grande geradora de problemas de comportamento e outros que preocupam os que cuidam de viabilizar a prevenção. Ela discrimina, pune, estabelece auto-imagens negativas, forma e difunde imagens sociais inadequadas de crianças com problemas físicos e comportamentais; em suma, é um forte pacote de variáveis determinando padrões inadequados de comportamento na criança quer na escola, quer fora dela.

Nessas circunstâncias, o primeiro trabalho de prevenção a ser realizado na escola deve ser em relação a ela própria como geradora de problemas comportamentais, como eliminadora de respostas criativas, como punidora contumaz do diferente, como ditadora inflexível de comportamentos, como cerceadora do autocontrole e das estratégias de contra-condicionamento, gerando conformismo, submissão e outros comportamentos a que ela própria nega valor ou valoriza negativamente em nível de discurso.

Mudanças fundamentais se fazem necessárias na escola em nível de prevenção. Elas incluem o currículo como um todo, desde as relações professor-aluno, até aos aspectos físicos da escola, passando pelos materiais, meios, tecnologias e conteúdos programáticos da escola. Pedem uma ampla e profunda revisão dos seus objetivos no que tange ao aluno, à instituição e à sociedade.

O primeiro passo é, portanto, reduzir o potencial da escola como geradora e/ou intensificadora dos problemas que se pretende prevenir na infância. Agir desta forma é prevenir uma série de problemas.

Todavia, há problemas que requerem a prevenção e que não são gerados pela escola, os quais, ainda que ela se reformule e cuide para não intensificá-los, continuarão a requerer medidas preventivas. São problemas decorrentes da estrutura sócio-econômica e política, das condições sociais e psicológicas reinantes nos lares de seus alunos, de peculiaridades dos mesmos. Nestes casos, a equipe da escola deve cuidar para que, através de programas preventivos, a escola contribua para reduzir sua ocorrência. Programas de orientação e de atendimento aos pais podem evitar problemas na e fora da escola no que diz respeito ao comportamento dos alunos. Através de uma melhor e mais ampla integração com a comunidade podem ser prevenidos problemas e buscadas soluções para os existentes. Retirar as barreiras físicas da escola reduz a probabilidade de problemas para crianças com deficiências físicas e facilita sua integração social. A inserção de imagens realistas de crianças com deficiências físicas ou problemas comportamentais nos livros didáticos pode facilitar seu ajustamento e inclusão no fluxo da escolaridade comum. Estes são uns poucos exemplos de como a escola pode atuar, mesmo dentro da sua precariedade atual, tornando-se um elemento ativo na prevenção. Muitos outros exemplos poderiam ser lembrados. Não se pretende aqui fazer um rol exaustivo do que é ou poderia ser feito. Os exemplos são apenas elementos para a reflexão. Embora a própria escola possa ser uma geradora de problemas comportamentais e físicos ela também pode atuar de forma a reduzi-los e a preveni-los, quer sejam eles resultantes de sua ação, quer de fora da instituição.

Quanto mais cedo se introduzem mecanismos de prevenção, maior a probabilidade de êxito. Estando correta esta

assertiva, é nas escolas maternas e na pré-escola que muito se deveria investir em termos de prevenção. Isto implica em oferecer a cada criança as condições ótimas para seu desenvolvimento físico e psicológico, bem como proceder de modo a reduzir ou remediar eventuais limitações que aí sejam detectadas, desenvolvendo aspectos específicos que evitem possíveis dificuldades no futuro. Assim, se a criança apresenta sérias limitações de visão, deve ser treinada em locomoção, em expressão facial, no uso diferenciado dos outros órgãos do sentido e na utilização do que lhe resta ( se for o caso ) de visão, entre outros repertórios que aumentarão a probabilidade de integração social e realização acadêmica adequadas. Caso a criança venha de um lar onde as estimulações para o desenvolvimento cognitivo são escassas, a escola não apenas deve providenciá-las, como dar orientação aos pais para que o possam fazer dentro de suas próprias possibilidades sócio-econômicas e culturais.

A natureza, a forma, a amplitude dos programas de prevenção devem variar de acordo com o nível de desenvolvimento, com o tipo de clientela e com a comunidade em que a escola está inserida. O conteúdo dos mesmos também é necessariamente afetado por esses variáveis. Todavia, nas condições atuais da sociedade, alguns problemas se tornaram tão frequentes, que cuidar da prevenção dos mesmos possivelmente mereça ser uma constante em várias séries da escola, abrangendo toda a infância. Evidentemente, para cada nível de escolaridade estratégias diferentes serão desencadeadas, objetivos distintos serão estabelecidos, mas alguma programação deve ser concretizada. Neste caso, incluem-se os problemas envolvendo a agressão à criança, a violência na sociedade, a utilização de tóxicos. Alguns problemas atingem mais a população de certas escolas do que de outras, como é o caso do abuso sexual e da prostituição precoce em escolas de periferia. Então, programas preventivos específicos deverão ser concretizados.

Olhando para a prevenção dos problemas que dizem respeito à própria escola, é preciso atuar de modo a prevenir dificuldades de aprendizagem e de relações humanas na escola, especialmente entre professor-aluno. A pré-escola deve desenvolver o repertório necessário para prevenir um eventual fracasso na alfabetização; na primeira série, devem ser cuidados repertórios que garantam êxito e evitem a evasão escolar nesta e nas séries subsequentes. Assim, sucessivamente, em cada série, além da programação acadêmica e preventiva de eventuais problemas na própria série, é preciso programar para que nos anos seguintes não

venha aumentada a probabilidade de ocorrência de comportamentos indesejáveis, aquém do necessário para o sujeito ter êxito. Em outras palavras, os programas de prevenção visando aos comportamentos mais diretamente ligados à escola devem ser uma preocupação freqüente para a equipe de profissionais da escola.

Em síntese, é necessário refletir, discutir e implementar alguma ação para que efetivamente, nas escolas brasileiras, se torne uma constante a concretização de programas de prevenção cuja eficiência seja cientificamente comprovada; portanto, que sejam conduzidos dentro dos parâmetros da metodologia científica, sendo a postura de profissional-pesquisador bastante recomendável neste contexto. O êxito dessa prevenção está diretamente relacionado com a competência dos profissionais que compõem a equipe da escola, devendo a mesma ser enriquecida com a inclusão de outros profissionais que raramente têm tido oportunidade para integrá-la. Essa equipe deve ser multidisciplinar. O ponto de partida deve ser uma ampla programação capaz de anular ou, pelo menos, reduzir a atuação da escola como geradora de problemas a serem prevenidos. Essa programação deve ser feita a partir das escolas maternas e pré-escolas e prosseguir em todas as demais séries como uma constante. A programação também deve ter por alvo a prevenção de problemas gerados fora da escola, quer interfiram ou não diretamente com a vida acadêmica. Finalmente deve focalizar a prevenção de problemas específicos da própria escola ao longo do continuum da vida escolar.

## ABSTRACT

### THE PREVENTION IN THE CHILDHOOD: THE SCHOOL

*At schools it is necessary to introduce and to develop programs of prevention conducted taking in consideration the science parameters.*

*The start point must be one programming act in order to reduce or to abolish the school as a behavior problem generator. It must also to enclose problems that rised out of school.*

## DIMENSÕES DOS GRANDES GRUPOS\*

John Keith Wood\*\*

Desde 1970, com Carl Rogers e outros colegas, tenho trabalhado com grandes grupos. Estes grandes grupos foram organizados como "workshops da abordagem centrada-na-pessoa"<sup>1</sup> e tinham as seguintes características: consistiam de, digamos, 130 pessoas (esse número variava entre 40 e 800 pessoas). Os participantes podiam ser de qualquer campo de atividade, embora a maioria fosse de psicólogos e educadores. Um staff de mais ou menos meia dúzia de pessoas, não apenas convocava o workshop, mas também dele participava plenamente<sup>2</sup>. Eles, bem como outros participantes, por vezes exerceram de fato alguma liderança, foram facilitativos e talvez até terapêuticos. No entanto, não havia líderes, facilitadores ou terapeutas designados. Embora os organizadores tentassem participar de uma maneira facilitadora, alguns momentos importantes e decisivos no processo do grupo foram, mais provavelmente, facilitados por participantes que não eram membros do staff. Embora as refeições e outros detalhes fossem algumas vezes programados, não havia agenda para as atividades do workshop e nenhum horário estabelecido para as reuniões. Qualquer coisa estabelecida podia também ser modificada. Os participantes permaneciam juntos por uma semana aproximadamente, num programa residencial. Uma das poucas atividades que esses workshops tinham em comum era uma reunião regular do grupo todo, onde os participantes eram livres para expressar seus pensamentos e sentimentos. Cada pessoa, naturalmente, tinha vários motivos para participar de tais workshops. Entretanto, um motivo que talvez tenha sido compartilhado pelos participantes de

---

(\*) Texto da palestra apresentada em Brasília no 1º Congresso Holístico Internacional, em março de 1987.

(\*\*) Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCAMP.

workshops de grandes grupos que puderam ser considerados bem sucedidos, era o de aprender a ser um indivíduo autônomo e ao mesmo tempo um membro ativo e eficaz de uma sociedade humana eficiente ainda que diversificada.

## RESULTADO

No início do trabalho, notamos que muitos dos resultados positivos da psicoterapia também se concretizaram nesses workshops de grandes grupos. Muitos participantes relataram que foram capazes de resolver problemas pessoais, reformular seu auto-conceito com maior congruência e eficiência e melhorar sua auto-estima. Além do mais, os participantes declararam ( e os membros do staff observaram ) que eles se conheceram melhor no relacionamento com outros, os entenderam melhor e aperfeiçoaram seus relacionamentos. Assim os workshops de grandes grupos puderam produzir alguns dos mesmos benefícios tanto da psicoterapia individual quanto da terapia de pequenos grupos.

Quão difundidos foram esses benefícios? Rogers realizou recentemente workshops de grande grupos na Europa, África do Sul e União Soviética. Para concluir que esses workshops foram bem sucedidos, seus relatórios apoiam-se substancialmente em depoimentos de um pequeno número de participantes que tiveram experiências muito positivas ( por exemplo: Rogers, 1986 ). A diminuta pesquisa que examinou as reações de participantes em seguida a um workshop sugere, no entanto, que, embora a maioria o tenha sentido positivamente, há sempre uns poucos que se sentiram excepcionalmente bem e, uns poucos que tiveram experiências pessoais decepcionantes. ( Barret-Lennard, 1977; Bozath, 1980 ). Se o workshop não beneficiar seus membros de uma maneira pessoal tangível, eu não acho que deva ser considerado como um sucesso. Assim, se tudo que se puder mostrar que um workshop realizou foi fazer umas poucas pessoas se sentirem melhor e outras se sentirem pior, será que isso deve ser considerado um sucesso ?

De fato, o workshop de grandes grupos oferece aos participantes muito mais: uma experiência multidimensional

muito mais rica do que uma psicoterapia pessoal questionável ou do que um mero fórum para se expressarem livremente as opiniões. Já devíamos ter há muito ultrapassado o ponto de nos espantarmos que cidadãos de muitos países, falando tantas línguas, possam sobreviver a um encontro juntos. Quantas vezes devemos aprender que "aqueles caras lá são iguazinhos à gente aqui"? Em acréscimo aos benefícios pessoais, parece-me importante também realizar alguma coisa juntos. E há muitas coisas que um grupo pode realizar junto.

### OUTRAS DIMENSÕES DOS WORKSHOPS DE GRANDES GRUPOS

Nos primeiros anos do desenvolvimento dos workshops centrados-na-pessoa, notamos que além dos aprendizados pessoais houve também o que podia ser chamado de "aprendizado do grupo". Por exemplo, sem líderes e sem um programa pré-determinado, o grupo podia aprender a formular suas próprias atividades e seu próprio horário. O processo não poderia ser chamado democracia, assim como a conhecemos, visto não envolver votação ou a regra da maioria.<sup>3</sup> No entanto, os objetivos da democracia freqüentemente se concretizavam: cada voz era ouvida, cada ponto de vista integrado no resultado final que satisfazia os requisitos de cada indivíduo, e a justiça era saciada.

As deliberações do grupo raramente eram calmas. O processo podia ser caótico, confuso e frustrante para os participantes. Freqüentemente as reuniões terminavam sem uma decisão ou declaração claramente estabelecida. Tais palavras como "sim" ou "não" simplesmente não podiam expressar a complexidade das opiniões das participantes, seus sentimentos e pensamentos. Entretanto, sua ação final coesa, resposta intuitiva, podia integrar a complexidade da sua realidade orgânica.

Dessa maneira, crises emocionais, disputas entre seus membros e outros problemas podiam ser resolvidos pelo grupo. Nessa tomada de decisão freqüentemente ocorria uma reformulação dos valores do grupo. Por exemplo, um grupo começou com reuniões convencionais de psicodrama, de acordo com suas

inclinações; cada pessoa, por sua vez, expressava emoções fortes na presença de outras participantes que lhe davam apoio, conselho e insight concernentes a problemas pessoais. O valor mais apreciado pelo grupo parecia ser o da liberdade de auto-expressão.

Quando uma pessoa começou a "trabalhar" psicodramaticamente, ficou evidente que poderia haver perigo tanto para o protagonista como para os outros. No decurso de um profundo diálogo entre este homem e outros membros do grupo, o valor da isenção de violência física e o valor da igual participação na formação da sociedade em que se vive emergiram para modificar a cultura. De uma cultura com valores e objetivos estreitos ( inadequados para todos os seus membros ) emergiu uma outra, rica em complexidade: agora, cada um tinha o direito à expressão livre, segurança contra a violência física e participação num sistema de cooperação mútua. A pessoa ainda era o produto de sua cultura, mas agora era também a sua autora.

Em resumo, pode-se afirmar que o grupo apresenta oportunidades de aprendizado nas seguintes dimensões: auto-governo, solução criativa de problemas e a transformação da cultura para uma integração mais complexa dos valores e necessidades dos participantes ao se confrontarem com uma situação presente.

## BOAS NOVAS, MÃS NOVAS

Ao relatar a qualidade vigorosa, ainda que misteriosa da sua experiência como psicoterapeuta, Carl Rogers frequentemente descreveu estados alterados de consciência. "Minha consciência", Rogers observa, "... começa com, e é precedida por um colocar-me nesta atitude de Quero entender cada mínima coisa que [ a cliente ] está dizendo; quero realmente sentir o que isso significa [ para ela ]. Sinto [ neste momento ] tudo numa coisa só, como se eu estivesse totalmente focado. E, no entanto, na vida ordinária, penso, Meu Deus, como vou dar conta de tudo isto antes de ir para a Europa? Vocês sabem, fico bastante fragmentado. É um momento bem experiencial porque, quando termino uma entrevista realmente boa, minha memória dessa

entrevista é geralmente muito má. Depois, quando penso nela, algumas partes voltarão; mas o seu lado intelectual não está muito presente. Bem, o lado intelectual está lá também, mas está todo focado neste momento sem intenção de pensar sobre ele, sem intenção de se lembrar dele. Assim, acho que todas as minhas habilidades estão lá. Os melhores momentos da terapia são momentos eternos e não me dou conta do tempo; exceto pelo fato de que, se eu tiver outro compromisso a tal ou tal hora, há uma atenção, no **background**, quanto a isso. Numa entrevista em frente a um grupo, logo o grupo desaparece completamente. Eles não estão lá. Há só nós dois. (Monteiro dos Santos, 1985)

Assim, através de uma atenção inteiramente alerta a "cada mínima coisa" que a cliente está dizendo, a orientação-para-realidade costumeira e o seu sistema de referência normal se relaxam. Nesse estado, ele perde a consciência do ambiente circundante e do sentido de tempo. Quando ele volta ao seu estado usual, experimenta amnésia. Assim, nestes momentos intensos e vitais, ele está experimentando um estado alterado de consciência. (Shor, 1959; Ludwig, 1967) Deve-se notar que este não é um transe espontâneo ou uma possessão por espíritos, visto que as faculdades críticas de Rogers mesmo suprimidas, estão ainda assim disponíveis; é uma experiência disciplinada.

Por vezes Rogers admitiu que esta é uma experiência convival. "Sinto", ele disse, "que nos melhores momentos da terapia há um mútuo estado alterado de consciência. Que ambos, realmente de alguma forma, transcendemos um pouquinho o que somos ordinariamente e que há uma comunicação acontecendo que nenhum de nós compreende mas que é muito reflexiva." (Heppner, et al, 1984).<sup>4</sup> Visto ter sido intenção de toda sua vida, Rogers tentou entender e descrever o poderoso efeito curativo de tais estados da mente — ou simplesmente, tais mentes, como são apresentadas no paradigma moderno das multimentes que está emergindo das pesquisas neurológicas. (Ornstein, 1986)

Não apenas duas pessoas, no ambiente especial da psicoterapia individual, entram nesse relacionamento especial. Tanto o observador pessoal quanto uma literatura abundante sugerem que grupos de pessoas também podem entrar em

estados alterados de consciência juntos, o que talvez seja responsável por muitas das habilidades do grupo delineadas anteriormente. Este efeito do grupo pode também provocar uma consciência transpessoal. Participantes de grandes grupos tiveram **insights** proféticos, agiram com profunda eficácia em situações novas e complexas e apresentaram outras manifestações de sabedoria intuitiva.<sup>5</sup>

Por outro lado, embora seja uma das habilidades do grupo ajudar pessoas, algumas também entraram em estados aparentemente psicóticos. Alguns workshops de grandes grupos **não** foram capazes de um auto-governo eficiente e resultaram no caos. Alguns **não** conseguiram resolver seus problemas e ficaram irremediavelmente imobilizados. Alguns mantiveram seus monótonos padrões iniciais e **nunca** cresceram em complexidade nem reformularam valores. Assim, o efeito do grupo pode ser tanto positivo quanto negativo.

## SUMÁRIO E CONCLUSÃO

Não é necessário empregar um método específico para estimular ou facilitar workshops de grandes grupos. Sem líderes e com bem pouca estrutura, o grupo tem a capacidade para inventar métodos para se governar e resolver os problemas que encontra.

Sob o efeito do grupo, os participantes podem entrar em estados alterados de consciência (ou mentes) bem diferentes do que eles considerariam como usual. Assim, eles são capazes de grande novidade — tanto destrutiva quanto construtiva. O grupo tem a disciplina e a capacidade de facilitar a criatividade e resultados construtivos. Tem a capacidade de resolver problemas pessoais dos participantes, aumentar sua auto-estima, melhorar seu autoconceito, aperfeiçoar a compreensão interpessoal e os relacionamentos, criativamente e com justiça resolver disputas e problemas sérios que surgem dentro do grupo, reformular valores e transformar a cultura do grupo, e provocar uma consciência transpessoal.

Eu gostaria de sugerir que workshops de grandes grupos especialmente os que pretendam ter uma orientação holís-

tica e aqueles que visem à resolução de conflitos ou ao aprendizado inter-cultural — sejam avaliados em termos de quão bem o grupo desenvolveu essas capacidades. Não somente tais avaliações devem eliminar a maior parte das bobagens nos eventos dos grandes grupos, mas também podem nos ajudar a entender como usar a sabedoria inerente às pessoas, quando reunidas em grupo, para resultados construtivos.

## NOTAS:

(1) A base para a maioria das observações apresentadas aqui é proveniente de grupos chamados workshops da abordagem centrada-na-pessoa, conduzidos entre 1973 e 1980. As seguintes pessoas constituíram o staff mais consistente de organizadores deste workshops: Carl Rogers, Natalie Rogers, John Keith Wood, Maria Bowen, Maureen Miller O'Hara, Jared Kass e Joann Justyn. (Rogers, 1977; Rogers & Rosenberg, 1977; Wood, 1984). Estes workshops foram realizados no Brasil, Inglaterra, Itália e várias regiões dos Estados Unidos. Pessoalmente participei em mais de 50 de tais workshops (e eventos intimamente relacionados) nos países acima, bem como na França, Alemanha, Hungria, Filipinas e Suíça.

(2) Suas atitudes não eram diferentes da de Buber (1966) quando revelou "Sinto que não tenho o direito de querer mudar o outro, se não estiver disposto a ser mudado por ele na medida em que for legítimo."

(3) Jorge Luis Borges certa vez chamou a democracia de "uma superstição da estatística." Depois de discussões cuidadosas envolvendo tanto pensamentos quanto sentimentos, os participantes podem escolher intuitivamente uma alternativa numa ação de aparente consenso; a despeito do fato de que, se uma votação fosse pedida para saber quantos estavam a favor desse encaminhamento da ação e quantos estavam contra, a estatística os dividiria novamente em dois grupos.

(4) Veja também Rogers (1985)

(5) Estes workshops de grandes grupos têm vários aspectos em comum com os grupos tradicionais: podem ser vistos como grupos que adotam rituais (expressar sentimentos pessoais numa sala tranqüila com iluminação fraca) o que provoca um invulgar estado de consciência nos participantes, que, através do disciplinado conhecimento da tradição, dão esclarecimentos práticos e orientação espiritual para a comunidade e ajudam a resolver problemas pessoais e interpessoais próprios, bem como dos outros. (Deren, 1970)

**BIBLIOGRAFIA**

- BARRETT-LENNARD, G. T. (1977) Toward a person-centered theory of community. Unpublished manuscript. West Perth, Australia: Centre for Studies in Human Relations.
- BOZARTH, J. D. (1980) Large group therapy via the community group. In G. Gazda (ed.) **Innovations in group psychotherapy**. Springfield, Illinois: Charles Thomas.
- BUBER, M. (1966) **The knowledge of man: A philosophy of the interhuman**. M. S. Friedman (ed.) NY: Harper & Row.
- DEREN, M. (1970) **The divine horsemen**. NY: Chelsea House Publishers.
- HEPPNER, P. D., ROGERS, M. E. & LEE, L. A. (1984) Carl Rogers: Reflections on his life. **Journal of Counseling and Development**, 63 p. 14-20.
- LUDWIG, A. (1967) The trance. **Comprehensive psychiatry**, 8 (1) p. 13.
- MONTEIRO dos Santos, A. (1985) **Momentos mágicos: A natureza do processo energético humano**. Brasília: Monteiro dos Santos.
- ORNSTEIN, R. (1986) **Multimind: A new way of looking at human behavior**. NY: Houghton Mifflin Co.
- ROGERS, C. R. (1977) **On personal power**. NY: Delacorte Press.
- ROGERS, C. R. (1985) A client-centered, person-centered approach to therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (eds.) **Psychotherapist's casebook: Theory and technique in practice**. San Francisco: Jossey-Bass.
- ROGERS, C. R. (1986) The Rust workshop: A personal overview. **Journal of Humanistic Psychology**, 26 (3) p. 23-45.
- ROGERS, C. R. & ROSENBERG, R. L. (1977) **A pessoa como centro**. São Paulo: Editora Pedagógico e Universitária Ltda. and Editora da Universidade de São Paulo.

- SHOR, R. (1959) Hypnosis and the concept of the generalized reality orientation. **American Journal of Psychotherapy**, 13 p. 582-602.
- WOOD, J. K. (1984) Communities for learning: A person-centered approach to large groups. In R. F. Levant & J. M. Shlien (eds.) **Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice**. NY: Praeger Press.

## PROCEDIMENTO DE PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES COM QUADRO DE PÂNICO

Dayse Maria Borges Keiralla \*

De acordo com o Guia de Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1975, pág. 193), "os comportamentos neuróticos são definidos como comportamentos que permanecem dentro de limites socialmente aceitáveis, sem desorganização da personalidade".

A categorização deles inclui: ansiedade excessiva (300.0), sintomas histéricos (300.1), fobias (300.2), sintomas obsessivos e compulsivos (300.3) e depressão (300.4).

A diferença entre essas categorias relaciona-se aos comportamentos, denominados sintomas, que são característicos de cada categoria, pois as respostas de ansiedade são comuns a todas elas.

Os comportamentos **histéricos** se caracterizam por: paralisias, tremores, cegueira, surdez, convulsões, amnésia seletiva ou fugas.

Os comportamentos **obsessivos-compulsivos** consistiriam em rituais cuja função é diminuir a ansiedade provocada pela lembrança continuada de fatos, objetos ou uma idéia ruminada.

A **fobia** seria caracterizada por comportamentos de medo muito intenso a certos objetos ou situações.

A **depressão** neurótica referir-se-ia a um conjunto de comportamentos emocionais que sucedem a perda de alguém querido ou algo possuído.

E, finalmente, os **estados de ansiedade** caracterizar-se-iam por comportamentos emocionais não relacionados a um perigo real, mas como aqueles que ocorrem em forma de

ataque ou um estado persistente. **Essa ansiedade difusa pode chegar ao pânico.**

Essas cinco categorias têm em comum as respostas de ansiedade que podem ser discriminadas como na fobia ou generalizadas como no pânico.

Segundo HOLLAND e SKINNER (1969), as respostas emocionais têm componentes reflexos e operantes e ambos podem ser aprendidos.

Para WOLPE (1976), a ansiedade é geralmente um componente central de hábitos neuróticos, que pode ser diretamente ou indiretamente expressa pelo paciente. Dessa forma, o descondicionamento da ansiedade seria o núcleo da tarefa terapêutica.

LAZARUS (1977) propõe que as interações interpessoais devam ser analisadas como elemento gerador de comportamento mal-adaptado.

E, ELLIS (1962) afirma que aprender e desaprender fontes de ansiedade interpessoal ou mesmo situacional, exige a compreensão de que padrões de respostas cognitivas, afetivas e abertas constituem um processo interativo comportamental.

Dessa forma, a análise da situação em que o comportamento de ansiedade ocorre, como hora, local, tipo de atividade que o cliente estava empenhado; as reações que observa em seu corpo como sudorese, aumento do batimento cardíaco, tremor, amolecimento das pernas e outras; as atitudes que toma para modificar seu comportamento e que interpretações faz a respeito dos resultados das operações anteriores são procedimentos cruciais na terapia.

Os aspectos da situação, as reações do cliente, suas atitudes e interpretações devem ser analisadas terapeuticamente através de técnicas ou mesmo procedimentos, como se pode observar no caso de WY.

WY, um adolescente do sexo masculino de 13 anos e 5 meses, cursando a 7ª série não queria sair de casa, só se fosse acompanhado do pai ou da mãe. Frequentemente chorava, reclamava de dor "no coração" e dizia que ia morrer.

Diante dessa queixa, era possível fazer-se a hipótese de uma ansiedade fóbica, o que conseqüentemente exigiria um

procedimento de dessensibilização sistemática (WOLPE, 1976). Porém suas relações interpessoais, suas atitudes para tentar eliminar o problema e suas cognições não seriam abordadas por essa técnica. Como abordá-las então?

A análise de alguns aspectos do procedimento poderia esclarecer esse tipo de abordagem.

**1ª sessão** — Esta sessão foi dedicada à coleta de dados. Foi feita uma entrevista de meia hora com a mãe que acompanhou WY. O objetivo da entrevista foi saber como estava organizada a casa da família, o número de elementos, a idade, a ocupação de cada um deles, como cada um deles se relacionava com o cliente, de que forma estava organizada a rotina diária do cliente e que fatos introduziram mudanças importantes na vida do rapaz.

Segundo a mãe, WY deu muito trabalho no primeiro ano de vida, chorava muito e só queria o colo da mãe. Ela se sentia muito cansada e muitas vezes pensou que seria melhor não ter tido o bebê. Durante a infância ele se caracterizou como uma criança medrosa e que necessitava sempre da presença de um adulto. Atualmente, a poucos lugares vai sozinho ou se relaciona com os meninos da vizinhança.

A mãe se definiu como uma pessoa muito medrosa e muito preocupada com o grau de gravidade do que estava acontecendo com o filho.

A segunda meia hora foi gasta com o cliente com o objetivo de definir claramente suas queixas e delimitar os sintomas em termos de análise topográfica, funcional e medida da frequência dos comportamentos inadequados. Além disso, foi interrogado sobre quando havia ocorrido pela primeira vez o problema e o que havia acontecido de marcante em sua vida ultimamente.

No final do 1º bimestre escolar, ele sentiu uma dor forte no peito, procurou o tio que é médico, fez consulta com um cardiologista e foi aconselhado a parar de fazer educação física na escola, ou qualquer outro tipo de exercício.

Depois desse fato começou a ter insônia e ataques de pânico.

Após a entrevista, a hipótese de ansiedade fóbica podia ser caracterizada como ataque de pânico. O cliente não con-

seguia localizar nenhum evento antecedente, somente, o aparecimento de respostas autônomas de ansiedade que eram seguidas da procura de um adulto ou, se estava sozinho em casa, de choro e fantasias de morte.

Isto fazia com que ele não conseguisse estudar, ou se concentrasse na aula. Suas notas haviam piorado no 2º bimestre.

De acordo com FERSTER, CULBERTSON e PERROT BOREN (1977), a impossibilidade de exercer atividades ou manter contatos interpessoais restringe o recebimento de reforçadores, o que por sua vez diminuirá a frequência de comportamentos adequados, podendo levá-los mesmo à extinção. Pessoas com repertórios restritos são sujeitas a depressões funcionais.

Neste caso, uma estratégia clínica deveria impedir a restrição dos repertórios comportamentais para prevenir o aparecimento de uma depressão funcional.

As técnicas escolhidas foram relaxamento, dessensibilização das situações de pânico, treino de assertividade e reestruturação cognitiva.

Na 1ª sessão, quando o cliente relatava o episódio da consulta com o cardiologista, disse que estava sentindo as mesmas coisas que sentia em casa. Neste ponto foi-lhe ensinado o relaxamento de JACOBSON adaptado para uma sessão na ordem que se segue: mãos, antebraços, braços, face, pescoço, ombros, costas, abdômen, tórax, pé, perna, coxa e glúteos. Em seguida foram feitos 5 exercícios bem lentos de inspiração e expiração e o cliente permaneceu por 5 minutos imóvel, em relaxamento.

Após o exercício de relaxamento, foi pedido a WY que contasse o episódio da visita ao cardiologista. Em seguida, ao ser indagado sobre o que sentia, relatou que estava mais calmo.

Foi-lhe sugerido que esse exercício deveria ser praticado três vezes ao dia: uma vez pela manhã, outra à tarde e a última antes de dormir. Se sentisse pânico, fizesse-o imediatamente.

Ao final do relaxamento seria conveniente começar a se movimentar lentamente, iniciando pelas

mãos e seguindo a seqüência do relaxamento, descrita anteriormente.

Recebeu como tarefa para as próximas sessões o registro dos ataques de pânico que deveriam conter a hora, o que havia acontecido imediatamente antes, no que ele pensou sobre o corrido, se fez relaxamento e que modificações observou no seu corpo.

**2ª sessão** — Nesta sessão, WY veio com a mãe, mas só ele foi entrevistado. Relatou que na semana teve dois episódios de pânico. O primeiro, à noite do dia da 1ª sessão; foi às 9:50, na hora em que se deitou, sentiu dor na barriga, o coração bateu forte e uma bola subia até a garganta. Virou de costas na cama e começou a fazer o relaxamento. Fez várias vezes e melhorou, não se lembrava do que causou. Dormiu toda a noite.

Passou sem pânico 2 dias, teve dificuldades para dormir na noite do segundo dia.

Passou bem o terceiro dia e teve pânico à noite na hora de dormir; os sintomas de ansiedade reapareceram; pensou que ia morrer; fez relaxamento.

Nesta sessão foi feito o Inventário de Medo ( WOLPE, 1976 ).

Dos 122 itens do Inventário ele não se perturbou diante de 73 itens ( 59% da prova ).

Os 49 itens restantes foram agrupados assim:

**1) Doenças e suas associações**

- Feridas abertas 2
- Dentistas 2
- Vermes 2
- Médico 4
- Ter filho defeituoso 5
- Pensar em suicídio 3
- Inseticida 2
- Pessoas aleijadas e deformadas 3
- Perder pessoas queridas 5

**2) Agorafobia**

- Estar só 2
- Estar em lugar estranho 2
- Separar-se de amigos 3

Barulhos súbitos 3  
Deixar porta destrancada 4

**3) Claustrofobia**

Lugares fechados 2  
Escuro 2  
Águas profundas 2  
Viagens de ônibus 3  
Cemitério 3  
Prédio onde morreu alguém 2

**4) Auto-estima, rejeição e fracasso**

Ser caçoado 4  
Fracasso 2  
Entrar sala ocupada 2  
Falar em público 2  
Sentir raiva 2  
Valentões 2  
Pessoas que maltratam outros 4  
Ser observado trabalhando 2  
Ser criticado 3  
Sentir-se desaprovado 2  
Sentir-se rejeitado 2  
Ser ignorado 4  
Cometer erros 3  
Parecer bobo 4  
Perder o controle 3  
Sentir-se diferente dos outros 2  
Submeter-se a exame escrito 3  
Ser visto nu 3  
Ser punido por Deus 3  
Ser dominado por outros 2  
Ferir outras pessoas 3  
Ser violentado sexualmente 4  
Masturbação 4

**5) Animais**

Criaturas imaginárias (monstros) 4  
Insetos que voam 2  
Insetos rastejantes 2  
Formas estranhas 3  
Cobras inofensivas 3  
Peixe 2

Depois dessa classificação, pode-se notar que o maior número de itens e os valores mais altos foram para situações ligadas à auto-estima, rejeição, fracasso, num total de 23; para doenças e suas associações, aparecem 9 itens, sendo que mais que 50% deles receberam notas acima de 3.

Para claustrofobia e agorafobia o número de itens e os valores foram semelhantes, 6 e 5, respectivamente. Os itens de agorafobia receberam notas mais altas.

O medo de animais evidenciou valores mais baixos para os itens.

Nas outras categorias não houve valores para os itens.

Em seguida, foram montadas as cenas imaginadas pelo cliente, começando pelas de pontuação 2, seguidas de pontuação 3, 4 e 5.

Nesta semana, foi ao médico e este diminuiu a quantidade de calmantes.

Na 3ª sessão, foi iniciada a dessensibilização e foi possível trabalhar com várias cenas numa sessão.

Depois que a ansiedade não mais aparecia diante da cena, se esta tinha algo de catastrófico ou ilógico, eram discutidas as interpretações dadas a elas, bem como técnicas para modificá-las como thought stopping — WOLPE e LAZARUS, (1966); intenção paradoxal — FRANKL, (1970) e análise do pensamento, sentimento e ação — ELLIS, (1962).

Entre a 3ª e 4ª sessão ocorreu o último episódio de pânico. Ele acordou à noite e sentiu pânico. Relatou que se lembrou de uma noite quando tinha 7 anos que acordou de madrugada; seu pai estava na sala vendo um filme sobre "diabo" e que ele viu e ficou muito impressionado. De lá para cá sempre pensava em ser pego por um quando acordasse ou estivesse sozinho à noite. Fez relaxamento e dormiu.

Os itens relativos à auto-estima motivaram cenas já ocorridas em sua vida para as quais sua atitude era de ausência de assertividade. Depois da dessensibilização, elas foram reestruturadas de acordo com condutas assertivas.

Os fatos relevantes que determinavam índices altos nos itens foram a detecção do problema cardíaco e a ausência

de atividade física, a morte de uma avó um ano antes, uma briga com um colega de escola, 2 assaltos que ocorreram em sua casa, problemas relacionados com a irmã e a mãe e concepções inadequadas sobre masturbação e outras atividades sexuais.

Depois da 4ª sessão não relatou mais episódio de pânico e começou a ir sozinho para a terapia.

Depois da 5ª sessão foi avaliado novamente pelo cardiologista e liberado para exercícios físicos.

Na 7ª sessão fez orientação de estudos e pediu para serem interrompidas as sessões. Já decorreram dois meses e não retornou à terapia.

Do ponto de vista teórico várias hipóteses podem ser levantadas.

Se você tem um conjunto de queixas de ansiedade difusa, os relatos de observação que envolvam condição antecedente e conseqüente permitem torná-la específica em relação a objetos e situações. Dessa forma, uma resposta de ansiedade generalizada passa a ser uma resposta discriminada. Quando ocorre isso, procedimentos como dessensibilização e reestruturação cognitiva tornam-se mais eficientes como técnicas terapêuticas.

As análises das relações interpessoais em casa e na escola permitiram a expressão de sentimentos como: raiva e ciúmes da irmã, sentir-se rejeitado pela mãe e por colegas, ter sido humilhado por um professor, medo de ser rejeitado por uma garota que admira, inveja de um primo, vontade de ser admirado pelo tio e conseqüentemente a escolha de ações e pensamentos que se oponham a esses pensamentos.

O relaxamento, de JACOBSON adaptado para uma sessão é uma estratégia efetiva para a redução de respostas automáticas de ansiedade.

A prática diária desses exercícios cria condições psicofisiológicas mais adequadas para enfrentar os problemas da vida diária.

As técnicas cognitivas que abordam pensamentos irracionais e ilógicos, ruminações, falsas concepções e distorções na auto-imagem levam a uma reaprendizagem mais rápida ( LAZARUS, 1975 ) dos comportamentos adaptativos.

A ênfase nos aspectos metodológicos (WOLPE 1976) e a mobilização da expectativa de ajuda e do desejo de alívio do sofrimento do cliente são habilidades terapêuticas fundamentais para os bons resultados em terapia.

Várias abordagens terapêuticas utilizam a mobilização da expectativa de ajuda, e do desejo de alívio do sofrimento que o cliente apresenta; no entanto, a ênfase nos aspectos metodológicos é uma marca característica da terapia comportamental.

Quanto à prevenção de depressão, uma análise comportamental funcional salienta que o rompimento de vários encaideamentos operantes e a conseqüente perda de reforçadores determinam uma redução na freqüência de comportamentos adaptativos acompanhados de irritabilidade, choro, excesso de queixas e comportamentos de fuga e esquiva (FERSTER, 1973; FERSTER, CULBERTSON e PERROT BOREN, 1977).

Um indivíduo ansioso com poucos contatos sociais ou contatos sociais inadequados está sujeito a um esquema de reforçadores insuficientes (LAZARUS, 1968), numa perspectiva clínica; isto quer dizer que tem muitas oportunidades de aprender comportamentos depressivos.

A reaprendizagem de comportamentos adaptativos de interação pessoal leva os clientes a manterem constantes as fontes de reforçadores sociais, impedindo dessa forma o aparecimento de comportamentos depressivos. A recuperação da saúde, coincidindo com a possibilidade de retornar à sua antiga rotina, a redução e mesmo a eliminação, de respostas reflexas e operantes, convergiram para um reassumir da vida social e estudantil.

Cabem pesquisas com maior possibilidade de análise do efeito individual de cada variável, que viabilizem uma maior generalização dos resultados. De qualquer forma, ficou constatado, originalmente, neste trabalho a possibilidade de um conjunto de procedimentos para eliminação do pânico e a generalização do seu efeito para uma gama mais ampla de comportamentos.

## BIBLIOGRAFIA

### CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS-OMS

Centro OMS para Classificação de Doenças em Português.  
M. Saúde - USP - O. P. A. S., S.P. 1980. Vol. 1.

- ELLIS, A. — **Reason and Emotion in Psychotherapy**. N.Y., Lyle Stuart Ed. 1962.
- FERSTER; CULBERTSON e PERROT BOREN — **Princípios do Comportamento**. S.P. Hucitec — EDUSP, 1977.
- FERSTER, C. B. — **A Funtional Analysis of Depression**. *American Psychologist*, 1973, october: 857-870.
- FRANKL, V. E. — **Paradoxical intention: A Logotherapeutic Technique**. *American Journal of Psychotherapy*, 1970.
- HOLLAND e SKINNER. — **A Análise do Comportamento**. S.P. Ed. Herder e EDUSP., 1969.
- LAZARUS, A. A. — **Learning Theory and the Treatment of Depression**. *Behavior Research and Therapy*, 1968, 6: 83-86.
- LAZARUS, A. A. — **Terapia Comportamental na Clínica**. B. H. Interlivros, 1975.
- LAZARUS, A. A. — **Psicoterapia Personalista — Uma Visão além dos Princípios de Condicionamento** — B. H. Interlivros, 1977.
- WOLPE, J. — **Prática da Terapia Comportamental**. S.P. Brasiliense, 1976.

## O DRAMA DE "CANUDOS": À ESCOLA NÃO VOU! Terapia Familiar no Lagamar, uma favela de Fortaleza

**Carlos Arturo Molina—Loza \***

**Maria de Lourdes Gomes Calixto \***

**Maria de Nazaré de Oliveira Grafa \***

Transforme aquele papel num barquinho  
e vá remar  
Seu pranto transforme em água corrente  
para o mar  
E depois transforme em chuva  
para a plantação regar  
E transformar as sementes  
Em frutos do seu pomar  
Transforme seu coração para ele poder amar  
Transforme a dor na canção  
Que faz o amor despertar  
Encontre a luz dos seus olhos  
com o brilho do luar  
E seja mais uma estrela  
No céu a se eternizar.

**Francinete Alves de Oliveira**

Uma análise do contexto sócio-econômico e cultural geral das famílias nas quais se apresentam as crises e uma descrição detalhada da situação das famílias carentes servem de base para a exposição da nossa proposta de intervenção terapêutica.

O enfoque terapêutico é ilustrado com a apresentação de um caso clínico: a família Carvalho ( na favela do Lagamar, em Fortaleza ).

Em conclusão apresentam-se as propostas inovadoras que puderam facilitar a intervenção terapêutica junto às famílias carentes das favelas.

(\*) Centro de Estudos da Família — Fortaleza.

## INTRODUÇÃO

Ao passarmos da concepção intrapsíquica individual para uma abordagem circular sistêmica da problemática humana, tínhamos compreendido que o sintoma apresentado pelo **paciente identificado** que a família nos trazia, devia ser percebido e entendido no seu contexto familiar e que só poderíamos produzir uma mudança na situação, uma melhora, uma saída para a saúde ao compreendermos esse contexto e centrarmos nossa ação terapêutica no mesmo.

Na nossa realidade, a demanda das famílias carentes das favelas tem nos obrigado a fazer uma nova revisão das nossas concepções e atitudes e a nos perguntarmos se é possível limitar-se a uma compreensão do contexto familiar, deixando de lado a compreensão do contexto maior — comunitário em que se desenvolve a própria família.

As dificuldades escolares (quer sejam problemas de aprendizagem, problemas de conduta, rejeição à escola ou ao estudo, agressividade com os colegas e irmãos, etc.) constituem uma das queixas mais freqüentes apresentadas pelos pais que levam seus filhos ao consultório para uma terapia.

Normalmente, segundo a visão sistêmica tradicional, tentaríamos buscar qual seria a **função** da sintomatologia da criança dentro do grupo familiar, e daí partiríamos para uma releitura da situação e uma modificação do sistema em conjunto.

Sentido que esta resposta limitava seriamente nossas possibilidades de compreensão e de intervenção, tentamos refletir em termos de sistemas maiores. Tínhamos que ampliar nossa visão além do limitado círculo familiar. Só assim poderíamos saber se alguns dos problemas que aparecem como sintomas individuais ou familiares estão inscritos em sistemas mais complexos. Poderíamos, também, tentar saber se esses mesmos sintomas cumprem, em relação à sociedade, **funções** que fazem com que sejam necessários à subsistência da mesma.

Será que a dificuldade escolar é **escolhida** pelas famílias para manifestar a disfunção familiar? Poderiam ter es-

colhido para o efeito outro sintoma qualquer ? Ou então, será que existem poderosas razões contextuais e sociais, que estariam determinando o surgimento desses problemas ?

Essas e outras perguntas nos levaram a refletir sobre a possibilidade de terem as "dificuldades escolares" das crianças que recebíamos em consulta determinantes suprafamiliares e sociais.

A seguir, apresentaremos alguns dos elementos desta reflexão bem como nossas conclusões e os primeiros resultados de sua aplicação terapêutica prática no trabalho que realizamos.

## ESCOLA DA VIDA OU ANTE-SALA DA UNIVERSIDADE ?

Nossa sociedade parece ter integrado a idéia de que o sucesso na vida deve ser medido pelo ingresso na Universidade, num primeiro momento, e, mais tarde, pela formatura universitária.

A escola está concebida em função dessa exigência: preparar o ingresso na Universidade. Desde o Jardim ( para quem tem direito, porque a maioria das Escolas Públicas não começa no Jardim ), a estrutura da Escola está orientada pelos princípios capitalistas de competição, de rendimento, etc. A função do estudo é a obtenção de uma nota ( que deve ser a mais alta possível ); estuda-se para ser o melhor, para ganhar dos colegas, para passar de ano e não para aprender, para saber.

A Escola não tem como função contribuir para o descoberta e desenvolvimento de aptidões e capacidades dos alunos. O ensino é homogêneo e independe das condições e recursos da região.

Essa situação é comum a **todas** as crianças e jovens, tanto os das classes populares que freqüentam escolas públicas, como das classes média e alta que freqüentam as escolas privadas. Todas estão submetidas à mesma pressão que, em termos gerais, para todas é profundamente negativa<sup>1</sup>.

Mas para a criança pobre a situação é duplamente complicada. Ela vive em um meio social que a define, desde o nascimento, como perdedora. Mal alimentada, mal vestida,

precariamente alojada, sem opções reais de lazer, em poucas palavras, mal preparada, como poderá enfrentar a ideologia competitiva que reina na escola? Será possível que esteja pronta para o confronto com colegas — concebidos como rivais que deverá vencer, se toda sua experiência de vida a orienta num sentido contrário?

ESCOLA	PRIVADA	PÚBLICA
Prédios	Bons e adaptados	Precários e inadaptados
Equipe docente	Formação adequada Mau salário	Formação deficiente Péssimo salário
Material didático	Boa qualidade, abundante	Pobre qualidade, escasso
Pedagogia	Moderna	Ultrapassada
Número de alunos	Limitado	Superlotação
Psicólogo escolar	Um ou mais	Inexistente
Laboratórios		
— Línguas	Existentes	Inexistentes
— Química	Existentes	Inexistentes
— Física	Existentes	Inexistentes
— Computação	Existentes	Inexistentes
Instalações esportivas	Diversificada	Inexistentes

A criança pobre parece colocada em um beco sem saída. Se fracassa na escola, será um problema para a família, se, pelo contrário, é bem sucedida, terá também um sério problema com relação aos seus pais e aos próprios irmãos.

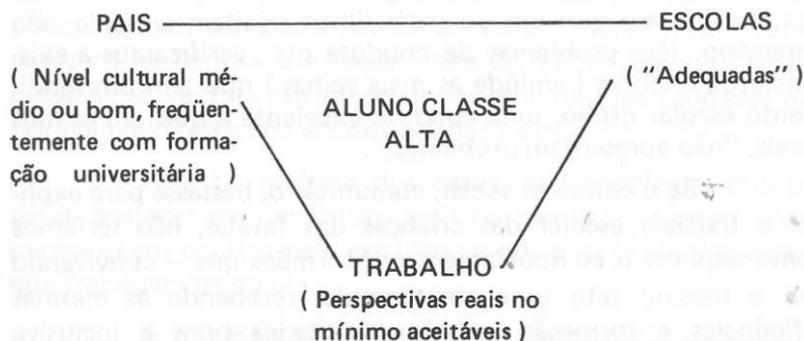
Uma rápida visão comparativa das condições respectivas das escolas públicas e das escolas privadas nos dará uma primeira aproximação e essa diferença.

Esse quadro pode ser completado por um outro que mostra algumas das condições que rodeiam as crianças e jovens das diferentes classes sociais.

	CLASSE ALTA	CLASSE BAIXA
Nível de estudos dos pais	Bom ou muito bom	Sem estudos, amiúde analfabetos
Ambiente Familiar	Favorável ao estudo: com bibliotecas, possibilidades de experiências diversas ( cinema, teatro, viagens ).	Desfavorável ao estudo, ausência de estímulos ( livros e outras possibilidades: cinema, teatro, viagens ).
Ambiente social (Bairro)	Favorável. Amizades com níveis de estudo superiores.	Desfavorável. Amizades com pessoas sem formação escolar básica.

Em relação com as crianças e jovens das classes altas, é necessário acrescentar que, mesmo sabendo que nem sempre as opções que lhes são oferecidas têm muito a ver com as suas reais aptidões e desejos, a pressão para o estudo ( e o ingresso na Universidade ) se realiza em um contexto relativamente favorável que, até certo ponto, facilita a aceitação da situação.

O esquema da situação seria o seguinte:





No intuito de explicar essa aparente contradição, observamos cuidadosamente qual era o comportamento dos componentes da família em relação com toda a problemática e chegamos à seguinte conclusão:

As crianças das famílias carentes das favelas, cujos pais têm pouca formação escolar ( amiúde são analfabetos ), se defrontam com uma situação extremamente complexa e delicada.

## A MIRAGEM DO FILHO DOUTOR

Os pais têm assimilado completamente a crença de que a única maneira de sobreviver (dignamente) é a obtenção de um alto nível de estudos, de um título universitário. Ter um filho que estuda é um dos seus grandes sonhos. O filho "Doutor" será um seguro meio de ascensão social. A atitude dos pais é, pois, de um lado, de pedido de aplicação ao estudo, de identificação com o modelo do sucesso escolar.

A criança recebe uma mensagem clara: seja bom, estude ( seja Doutor ). Porém, esta mensagem tem uma cara oculta; ao pedir ao filho que estude, os pais pedem, ao mesmo tempo, que sacrifique seu desejo de identificação com o modelo parental e que se identifiquem com modelos de conduta que só se encontram fora do âmbito familiar. Obedecer aos pais quer dizer, neste caso, tentar não ser como eles.

Quando a criança aceita a "missão", chega a ter, em pouco tempo, um papel muito delicado ( quase impossível de realizar ) na família. Ela "sabe" mais do que os pais e em muitas ocasiões se verá na obrigação de assumir responsabilidades que normalmente estariam encomendadas a estes.

Isto, na maioria dos casos, cria problemas que poderão aparecer em um futuro mais ou menos longínquo, e que permanecem ocultos pela estridência dos problemas dos irmãos que fracassam na escola.

A situação da criança bem comportada e estudiosa poderia ser esquematizada da maneira seguinte:

**PAIS IGNORANTES**

( Proposta de identificação com um modelo bom extrafamiliar )

Rejeição do modelo real parental.

**FILHOS ESTUDIOSO**  
( Bem comportado )

Aceitação do Modelo ideal ( social ).

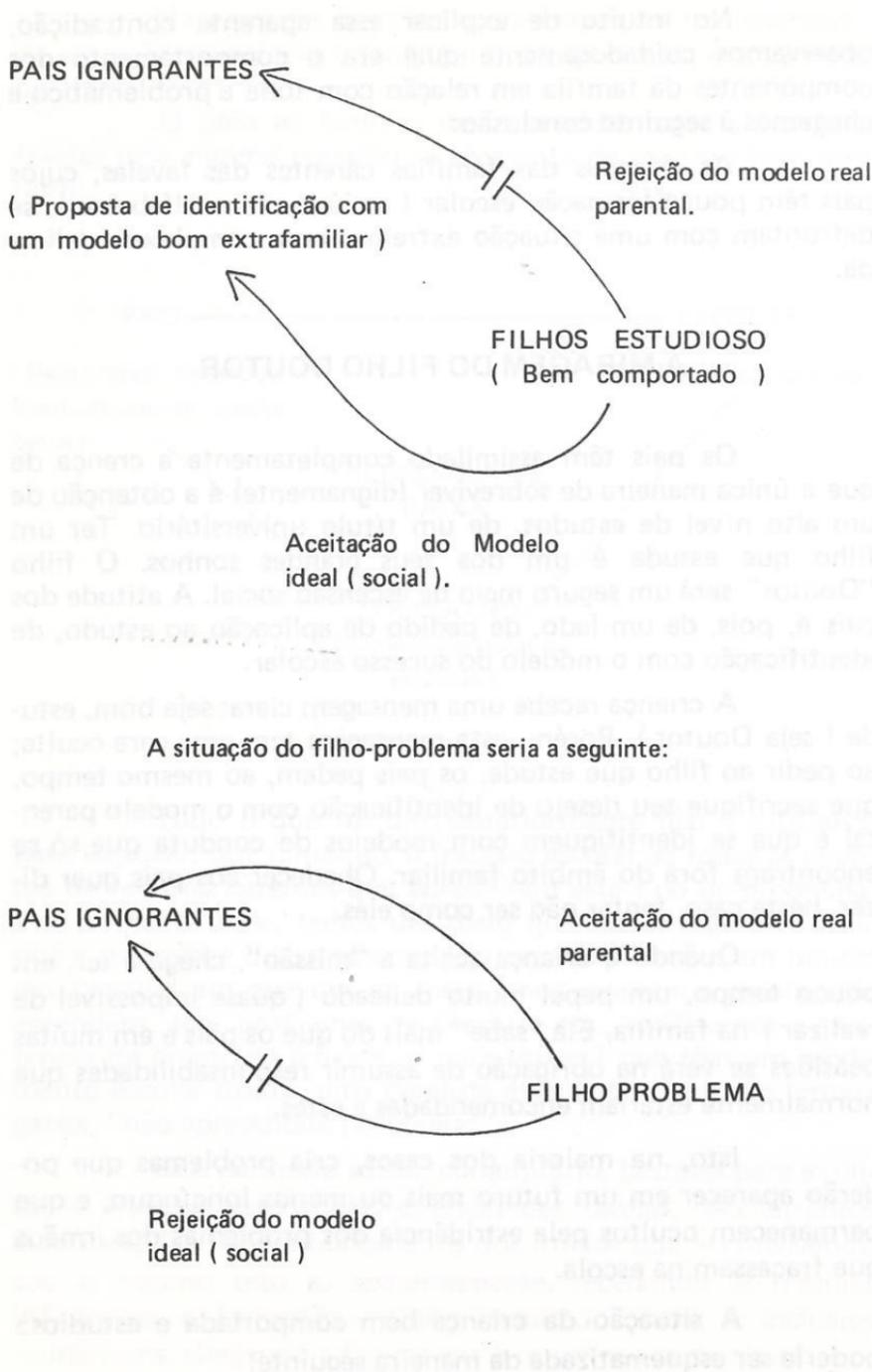
A situação do filho-problema seria a seguinte:

**PAIS IGNORANTES**

Aceitação do modelo real parental

**FILHO PROBLEMA**

Rejeição do modelo ideal ( social )



A situação dos filhos problemáticos nos parece muito mais complexa se levamos em conta as respectivas identificações dos próprios pais. Se por um lado estes parecem satisfeitos com o comportamento e as atitudes do filho "modelo", por outro, de uma maneira "velada", mostram e fazem sentir à criança com dificuldades escolares o mau comportamento, uma espécie de aprovação.

É freqüente que os comentários sobre as "danações" venham acompanhados de mensagens não verbais aprovatórias. De certa maneira, os pais manifestam sua identificação com a criança problema que, de fato, rejeita uma proposta de modelo cultural que constitui a viva negação da realidade dos pais.

Ambos os tipos de crianças (bem comportadas e danadas) encontram-se presos a uma contradição irresolúvel do tipo **duplo vínculo**. "Se fazes o que te peço (estudar) provas que me amas, mas, fazendo-o, és diferente e me rejeitas ( não me amas)". Ou, também, "Se não fazes o que te peço (estudar) provas que não me amas, mas, não o fazendo, és como eu, não me rejeitas ( me amas)".

Esta situação é, até certo ponto, menos delicada e comprometedora para as crianças exemplares. Elas contam com a aprovação e o estímulo das professoras na escola, bem como de outras fontes extrafamiliares. As crianças problema recebem uma reprovação aberta e clara em todos os meios que freqüentam. O "apoio" parental é apenas velado.

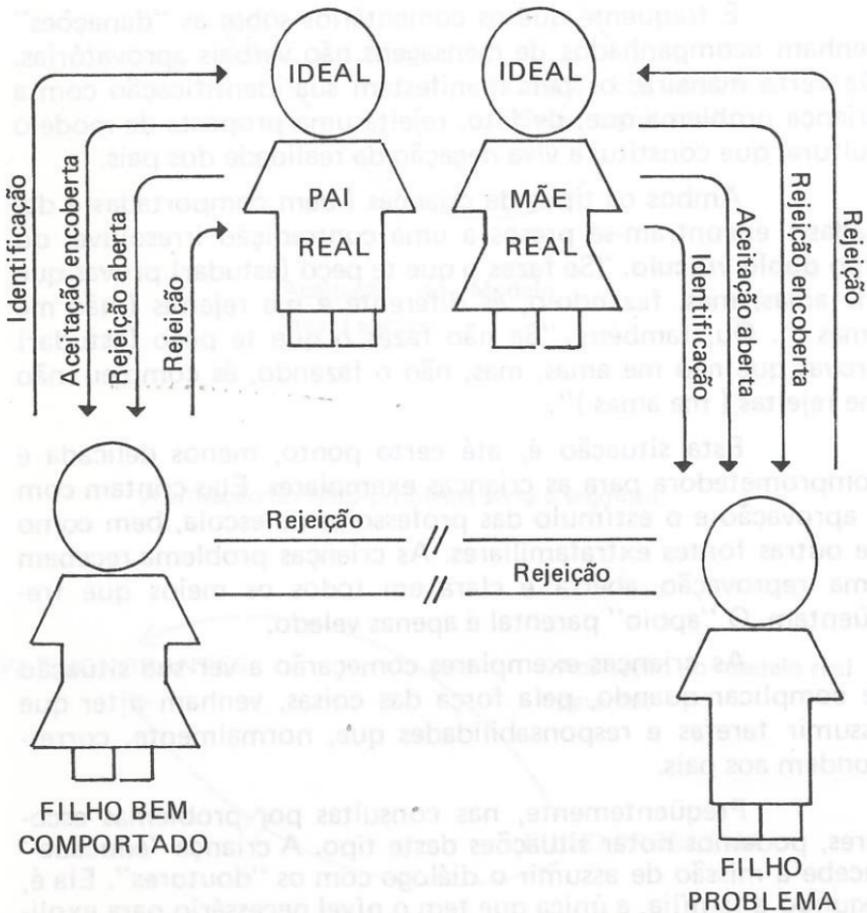
As crianças exemplares começarão a ver sua situação se complicar quando, pela força das coisas, venham a ter que assumir tarefas e responsabilidades que, normalmente, correspondem aos pais.

Freqüentemente, nas consultas por problemas escolares, podemos notar situações deste tipo. A criança "educada" recebe a missão de assumir o diálogo com os "doutores". Ela é, segundo a família, a única que tem o nível necessário para explicar corretamente a situação aos doutores. Esta situação não lhes é desconhecida, já viveram momentos semelhantes na escola, tendo que falar com a professora do irmão problema representando os pais, funcionando como responsável.

Essa prematura **parentalização** da criança bem comportada a levará, com muita probabilidade, a ser, em outro

momento, o motivo de consulta... quando os pais se queixarão de que não têm autoridade sobre ela, que só quer fazer suas vontades, que não os respeita etc.

Um esquema simplificado desse tipo de família seria:



As posições dos filhos Bons e Maus terão tendência a evoluir em sentidos opostos e contraditórios. Mas o irmão é "ruim"; mas a criança deve ser bem comportada e dar o bom exemplo. Do outro lado também acontece algo semelhante: mas o outro é "bonzinho"; mas a criança problema deve ser "ruim".

Os pais dificilmente conseguem administrar uma situação como essa. As brigas entre irmãos são cada vez mais freqüentes e a situação torna-se cada vez mais insuportável. Precisa-se da intervenção terapêutica.

## A TERAPIA

Nossa primeira tarefa com essas famílias consiste em tentar encontrar os elementos positivos, sadios, com que conta a família. Isto nem sempre é simples, na maioria dos casos as famílias parecem querer demonstrar que sua "escolha" do paciente designado está perfeitamente justificada: ele é verdadeiramente quem concentra todos os defeitos imaginados e imagináveis.

Um breve resumo das informações sobre o paciente identificado no curso da primeira parte da primeira entrevista poderia ser: "o menino não presta", ( mas não presta mesmo! ).

Os pais se sacrificam, fazem tudo para que ele possa ter as melhores condições de vida ( que eles próprios nunca tiveram ), que estude e possa garantir seu futuro ( estudo que eles nunca tiveram ). Mesmo assim, a criança é mal comportada e não quer saber de nada.

## A FAMÍLIA CARVALHO

Os Carvalho nos foram encaminhados por uma equipe de psicólogos que haviam tentado um atendimento individual com Alberto e uma reunião com a família. O atendimento individual não estava dando resultado porque Alberto rejeitava a consulta. No que diz respeito à reunião com toda a família, essa nunca chegou a ser realizada por falta de comparecimento do pai.

A queixa principal era a conduta agressiva de Alberto ( não obedecia, jogava pedras, quebrava tudo, implicava com o irmão mais novo, era insuportável na escola e não aprendia nada ). Durante nosso primeiro encontro, Alberto tentou nos mostrar que realmente sua reputação era merecida. E havia algo mais: Alberto quase não falava e quando o fazia era apenas monossilabicamente. A nossa primeira impressão foi: "Isto não tem terapia familiar que dê jeito..."

Com a mãe, que acompanhava Alberto no nosso primeiro encontro, ficou estabelecido que só trabalharíamos conjuntamente para ajudar a Alberto na condição que viessem à consulta TODOS os membros da família, isto é, também e fundamentalmente o pai.

### A PRIMEIRA ENTREVISTA FAMILIAR \*

Nesse primeiro encontro com o grupo familiar completo obtivemos o seguinte quadro geral: o pai não tem nenhuma autoridade na família; quando tenta falar, gaguejando, é constantemente interrompido pela mãe, que prefere que seja a filha que fale conosco. Parece aceitar, com paciência, sua condição de desqualificado, de anulado. É analfabeto e se considera um ignorante.

A mãe, também analfabeta, considera-se igualmente ignorante. Não tem autoridade com os filhos, mas dirige o diálogo impedindo que o pai se manifeste e catucando a filha, para que seja ela quem fale.

Luíza, a filha mais velha, 13 anos, é autoritária e "sabichona", desempenha com perfeição o papel de delegada parental. Implica com os irmãos, particularmente com Alberto, o paciente identificado.

Alberto, 11 anos, não fala, é desobediente, briguento, louco, destrutor, desagradável, rebelde, não aprende nada na escola, em outras palavras, é insuportável.

(\*) Esta terapia foi realizada por uma equipe constituída por dois terapeutas, CARLOS ARTURO MOLINA-LOZA e NAZARÉ de OLIVEIRA FRAGA, e duas observadoras-participantes: LOURDES GOMES CALIXTO e AUXILIADORA VIEIRA VITORIANO.

Pedro Filho, 9 anos, é muito parecido com Alberto, mas não há queixas sobre ele.

## INTERVENÇÃO

Dentre todos os dados recolhidos apenas um nos permite elaborar uma intervenção: Alberto sempre insiste em acompanhar seu pai nos seus percursos como vendedor ambulante de carne. Reinterpretamos a situação afirmando que Alberto mostra um verdadeiro interesse pelo conhecimento da atividade de seu pai. Ele tem razão e merece conhecer esta atividade. Mas só terá direito a acompanhá-lo caso seu comportamento melhore.

Até o momento, a negativa dos pais em aceitar o pedido de Alberto se baseava em que ele não agüentaria a caminhada e que incomodaria ao pai no trabalho.

Por outro lado, cortamos todas as manobras da mãe e fazemos questão de escutar ao pai. Sua versão dos atos nos interessa.

## SEGUNDA SESSÃO

Houve uma melhora no comportamento de Alberto. Ele acompanhou ao pai um dia e não deu trabalho. Ambos, pai e filho, pareciam muito satisfeitos. Essa tinha sido, quicá, a primeira ocasião de compartilharem uma atividade.

Insistimos na palavra do pai. Pedimos nos fale de sua vida e de suas experiências. Família e terapeutas se unem para constituir um público atencioso. Exploramos a situação no sentido do descobrimento, pelos filhos, do **saber do pai**. Eles não sabiam que o seu pai sabia tudo isso!

Favorecemos o diálogo pai-mãe. Marginalizamos a Luíza como adulta. Ela é criança.

Falando em brinquedos, uma das terapeutas pergunta pelos brinquedos que usava o pai no sertão. Sua resposta nos serve para reforçar seu papel como personagem central na fa-

mília. Ele fabricava seus brinquedos (boiada) com chifres de boi. Sublinhamos sua criatividade e pedimos que fabrique uma boiada para que Alberto possa brincar como ele brincava quando era criança. O pai é ainda mais importante. Sua autoridade vai crescendo.

Pedimos um desenho ( tarefa de casa ) à Luíza.

### TERCEIRA SESSÃO

Alberto tem feito novos progressos, está muito menos agressivo. Fala com mais liberdade e tem melhorado sua relação com seu pai e com os outros membros da família.

Descobrimos que Alberto tem aptidões para a pecuária. Gosta de bichos e de plantas. Elogiamos mais uma vez sua semelhança com seu pai, um homem do sertão ( nem sempre para ser um homem de bem é necessário saber ler... ). É uma família muito rica: uns gostam de letras (Luíza) e outros de trabalho manual (Alberto).

Pedimos a Alberto que passe pelo Centro para receber um pinto. Ele deverá cuidar dele e ser responsável pela sua alimentação.

Luíza trouxe o desenho (copiado). Nós o rejeitamos. Queríamos um desenho dela, original. Mantivemos a tarefa para a próxima sessão.

### QUARTA SESSÃO

Pedro Filho quis ter seu próprio pinto. Trabalhou e com o produto do seu trabalho comprou um. Luto na família. O carro da SUCAM com seu inseticida acabou prematuramente com a granja: os pintos morreram.

Esquecemos o paciente identificado. Falamos sobre a família, como se conheceram os pais e outras estórias.

A conduta de Alberto tem melhorado muito. É bem comportado e deixou de ser agressivo. Fala muito

mais conosco. Continua saindo com o pai e tem uma série de responsabilidades em casa.

Luíza traz um novo desenho... ainda copiado. Rejeitamos e pedimos outro.

## QUINTA SESSÃO

Alberto viajou para o sertão com um tio. Seu comportamento foi exemplar, e todo mundo gostou dele. Os pais pensam que ele seria um bom agricultor. As queixas desapareceram. Nossa sessão é mais de conversa leve.

Novamente nos declaramos descontentes com o desenho (copiado) de Luíza. Queremos outro. Nossa próxima sessão será na casa deles.

## A VISITA DOMICILIAR

A casa está preparada para receber-nos. Os brinquedos fabricados pelo pai num primeiro plano. Alberto nos recebe e nos mostra seus pintos (dois) crescidos e bem cuidados, a cabra e a porca, que também dependem dos seus cuidados. Conversa conosco sobre suas atividades. Não tem mais o aspecto de "bicho do mato" que luzia no nosso primeiro encontro.

Luíza nos entrega um desenho... original. Ela não parece mais uma prematura. É uma criança. Com os irmãos... que lidem os pais.

As razões pelas quais fomos procurados não existem mais. Alberto cumpre com suas responsabilidades com zelo e não dá motivos de queixa. Ficarão as saudades, claro, mas essa foi nossa última sessão.

## VISITA DOMICILIAR (DEVOLUÇÃO)

Um tempo após o fim da terapia, um dos terapeutas ( Carlos Arturo ) recebe a visita da família. Somos vizinhos. A

casa está a 100 metros da favela do Lagamar. Tudo continua bem. É uma visita de cortesia, pelo prazer, sem motivo... de consulta.

## CONCLUSÃO

Para concluir, podemos dizer que o nosso trabalho caracteriza-se por quatro pontos que a seguir resumiremos.

**A mudança:** Para podermos contribuir eficazmente para a transformação da família, nossa equipe terapêutica sai do campo da observação para incluir-se como parte do objeto da mudança. À medida que a terapia avança, **muda** a própria concepção, a atitude, o envolvimento e nossa própria linguagem. Cada vez falamos melhor o "favelês".

**A saúde (versus a doença):** Nossa tarefa central consiste em resgatar todos os elementos de saúde apresentados pela família. Mesmo quando a família se empenha em dar uma imagem totalmente negativa e sombria, aproveitamos qualquer indício de saúde, de capacidade, de crescimento, de felicidade, de amor. É sobre esses elementos (sempre presentes em qualquer família, por mais disfuncional ou patológica que inicialmente possa parecer) que construímos nossa intervenção. Em outras palavras, nossa função é contribuir para a extração das potencialidades, junto com a família, de crescimento e transformação que possui.

**A cultura:** A "releitura", "reconstrução da realidade ou "redefinição" da demanda familiar, se realizam fundamentalmente levando em conta as particularidades culturais do grupo familiar. É explorando esses recursos (contribuindo para a descoberta de riquezas ignoradas e nem sempre reconhecidas como tais) que fazemos possível a mudança e o necessário aumento da auto-estima dos membros da família.

**O poder:** No primeiro encontro com a família, nossa equipe terapêutica é quem decide, manda e tem o poder. O problema é da família, nós decidimos quem vem à terapia e só aceitamos o trabalho conjunto se eles, por sua vez, aceitam nossa "imposição". No curso do trabalho esse poder vai sendo

progressivamente transferido para a família já redefinida e reestruturada sobre bases sadias.

A entrevista de alta — visita domiciliar — fecha essa transmissão do poder. A família nos recebe, é ela que está no seu terreno, e é nesse terreno que se elabora a última redefinição: foram eles que fizeram o trabalho e conseguiram, pela sua solidariedade, sua dedicação e seu amor, as mudanças almeçadas.

#### NOTA:

(1) Poderíamos citar, utilizando nossa casuística, múltiplos exemplos de jovens acomodados que pelas mesmas razões entram em conflito com a escola.

## AS IMPLICAÇÕES DO STRESS EXCESSIVO NA FARMACODEPENDÊNCIA

Marilda Novaes Lipp\*

As implicações do stress excessivo e contínuo no estabelecimento da farmacodependência tem recebido pouca atenção na literatura, tanto no campo da medicina comportamental, no que se refere ao stress, como na área da farmacodependência e do alcoolismo. Um exemplo desta lacuna é o de que os cinco livros mais recentes publicados sobre stress nos EUA e vários artigos consultados sobre farmacodependência não fazem sequer menção ao stress como uma possível causa da farmacodependência.

Desnecessário se torna mencionar, ainda mais uma vez, a gravidade do problema no Brasil e no mundo. O fato de que, como foi indicado nas várias experiências relatadas nesta conferência, o sucesso no tratamento de farmacodependentes é, no máximo, modesto nos faz mais do que nunca, voltar a atenção, e concentrar esforços, na prevenção da farmacodependência.

É sempre mais fácil elaborar programas a nível profilático, seja em que área for, quando se conhece a origem do problema que se deseja exterminar. Infelizmente, até o momento, as inúmeras pesquisas realizadas mundialmente não conseguiram identificar uma causa específica da farmacodependência. É mais adequado, na verdade, aceita-se que não exista **uma** causa, mas sim uma interação de múltiplos fatores motivacionais que podem, em alguns indivíduos, levar à farmacodependência. Parece, sim, que a hipótese mais provável seja a que propõe uma interação de fatores ambientais (como disponibilidade de tóxicos) e de fatores de ordem pessoal (vulnerabilidade individual, etc.). Por exemplo, Resnik detectou que as substâncias mais utilizadas são aquelas mais fa-

---

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

cilmente adquiridas. No entanto, nem todos os adolescentes expostos à esta disponibilidade fazem uso de tóxicos. É neste momento, que as características pessoais passam a atuar.

As razões de ordem pessoal que podem levar à farmacodependência são, naturalmente, inúmeras. Entre elas encontram-se:

1) Para melhorar a auto-imagem; algumas pessoas pensam que tóxicos as fazem ficar mais interessantes, mais desinibidas ou engraçadas;

2) Para fugir da dor do fracasso, de ter que tomar decisões, de não saber se comunicar, para fazer com que os problemas não pareçam tão grandes;

3) Por curiosidade;

4) Por não saber dizer não à pressão do grupo;

5) Para amenizar os sentimentos amedrontadores que o estágio de desenvolvimento da pessoa possa estar despertando;

6) Por desinteresse existencial;

7) Por adotarem uma atitude de hedonismo frente ao mundo, onde o prazer deve ser obtido a qualquer custo e;

8) Pela inabilidade de lidar adequadamente com o stress diário.

Não cabe aqui uma análise de todos os fatores mencionados acima, senão naquilo que se refere ao stress. Alguns indivíduos, na tentativa de lidar com o stress de suas vidas, desenvolvem estratégias não só inadequadas, mas até extremamente perigosas para lidarem com as reações de tensão e ansiedade, quase sempre não compreendidas, do stress excessivo, tal como a utilização de fármacos. Paradoxalmente substâncias tóxicas são necessariamente estressores biológicos de grande impacto, assim sendo, muitas vezes as pessoas, ao tentarem lidar com a tensão, através do uso de tóxicos, vem na verdade, se expor a mais estressores.

A fim de se poder fazer um elo lógico entre stress e farmacodependência, necessário é esclarecer alguns conceitos relativos ao stress.

## STRESS

Stress é uma reação emocional, física, mental e química a eventos que produzam qualquer mudança na vida do indivíduo.

O termo stress foi usado, na área da saúde, pela primeira vez em 1926 por Hans Selye que notou que muitas pessoas que sofriam de várias doenças físicas reclamavam de alguns sintomas em comum, tais como: falta de apetite, pressão alta, desânimo e fadiga. Tal observação desencadeou extensas pesquisas médicas que culminaram com a definição, na época, de stress como "um desgaste geral do organismo". O desgaste é causado pelas alterações psico-fisiológicas que ocorrem quando a pessoa se vê forçada a enfrentar uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo a faça imensamente feliz. Qualquer situação que desperte uma emoção forte, boa ou má, que exija mudança, é um estressor, isto é, uma fonte de stress.

De um modo geral reações fisiológicas refletem reações psicológicas e emocionais, mas nenhuma outra reação provoca a união tão total entre fatores emocionais e fisiológicos como o que se chama de "resposta de stress".

É preciso definir mais precisamente o que é isto que se denomina de "resposta de stress" a fim de que se possa mais facilmente identificá-la já que todos nós, independentemente de idade, classe/social, ocupação e sexo, sofremos os efeitos de stress.

Quando a pessoa é exposta a determinados eventos estressantes, a atividade do sistema nervoso simpático aumenta de modo que as seguintes reações físicas ocorrem.

- as glândulas supra-renais produzem mais adrenalina.
- ocorre a taquicardia
- as pupilas dos olhos se expandem
- a temperatura do corpo aumenta
- a pressão arterial aumenta
- o fígado produz mais açúcar
- a respiração fica ofegante
- há um aumento na quantidade de sangue que aflue para o cérebro, coração e músculos

- a tensão muscular aumenta
- mãos e pés ficam frios e suados

Ao mesmo tempo que estas reações fisiológicas ocorrem, outras de carácter psicológico também se desenvolvem, tais como:

- ansiedade, pânico
- tensão
- angústia
- insônia
- alienação
- dificuldades interpessoais
- dúvida quanto a si próprio
- preocupação excessiva
- incapacidade de se concentrar em outros assuntos que não o relacionado com o estressor
- incapacidade de relaxar
- tédio
- ira
- depressão
- hipersensibilidade emotiva

Vê-se, assim, que os efeitos do stress são, em si próprios, muito aversivos. Uma das razões, entre tantas outras de extrema relevância, pela qual o uso de tóxicos para reduzir o stress é uma estratégia obviamente inadequada, refere-se ao fato de que tóxicos acrescentam stress ao corpo e exigem mais esforço adaptativo do mesmo.

O uso aparentemente simples do cigarro e do café tão prevalente em momentos de tensão exemplifica este ponto. O cigarro, pela nicotina que contém, libera a endorfina no organismo, através do desenvolvimento de múltiplas mini-reações de luta ou fuga; enquanto que a ingestão de 400mg de cafeína (.2 1/2 xícaras de café) pode elevar o nível de adrenalina no sangue. O álcool também, quando em excesso, leva as glândulas suprarrenais a produzirem corticosteróides que, por sua vez, aumentam a pressão arterial.

No entanto, apesar destes efeitos agravantes que os tóxicos exercem no indivíduo estressado, freqüentemente o stress leva à farmacodependência. Dentre as explicações do porque isso ocorre, encontra-se, no campo da psicologia, a do

condicionamento operante. De acordo com este modelo, a fonte principal de reforço de um comportamento é a consequência agradável do mesmo. Isto é, contrário ao modelo de condicionamento clássico, onde um estímulo elicia uma reação, o modelo operante prediz que é o acontecimento agradável que ocorre após uma ação, que a fortalece e que aumenta a probabilidade dela vir a ocorrer de novo. Assim, o uso de fármacos, em momentos de stress, pode ser explicado como uma resposta operante reforçada pela redução da ansiedade ou de outros estados emocionais desagradáveis. A farmacodependência, neste caso, tornar-se-ia uma resposta de fuga ou esquiva, altamente reforçada pelo alívio momentâneo da ansiedade e do medo, que se segue à utilização da droga. Além disto, muito freqüentemente, o stress da afobação, dos objetivos e das pressões do dia a dia é também reduzido, temporariamente, quando o indivíduo usa tóxicos. É fato conhecido na área comportamental, que comportamentos de esquiva são extremamente resistentes à extinção, razão pela qual, talvez, em parte, a extinção da farmacodependência seja tão difícil, até mesmo em pacientes altamente motivados.

## CONCLUSÃO

### A HABILIDADE DE LIDAR ADEQUADAMENTE COM O STRESS

Não é possível, nem desejável, eliminar o Stress completamente. O organismo humano reage com tensão a qualquer acontecimento, bem ou mau, que venha a causar mudança ou emoções fortes. Sem um certo nível de Stress o ser humano não teria motivação para progredir na vida. No entanto, há ocasiões em que o Stress pode ser extremamente maléfico, como quando tragédias ocorrem ou quando pequenos eventos se acumulam em um período curto de tempo na vida de uma pessoa.

Nestas situações, a reação que ocorre representa a união do corpo e da mente em um desequilíbrio interno que acarreta reações emocionais e psicológicas. Alguns dos sintomas

do Stress excessivo não controlados são: angústia, ansiedade, sentimento de desalento, ira e depressão.

É possível que a pessoa não habilitada em lidar com a reação do Stress, venha a usar tóxicos em uma tentativa de reduzir a tensão causada pelo Stress incontrolado. As pessoas mais resistentes ao Stress são aquelas que possuem um conjunto de atitudes específicas, tais como; abertura e tolerância à mudanças, tendência a estar profundamente envolvida com o que faz e um sentimento quanto a ter controle sobre os acontecimentos da vida.

Torna-se, assim, importante ensinar aos nossos jovens técnicas de controle do Stress, a fim de aumentar sua resistência ao Stress para que possam enfrentar as crises da vida, sem a necessidade do alívio efêmero e momentâneo oferecido por tóxicos. Relaxamento, exercício físico, regime alimentar anti-stress, reestruturação cognitiva e reinterpretação de stressores são algumas das técnicas recomendadas.

## RESENHAS

### "A CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR EM AÇÃO EXPLORANDO OS PROGRAMAS DA 1ª INFÂNCIA"\*

Raquel Souza Lobo Guzzo\*\*

Os autores se propuseram a divulgar informações sobre o pensamento atual no campo da educação da 1ª infância, dando aos leitores uma amostra da variedade existente nos modelos educacionais atuais. Tem-se tornado cada vez mais evidente a concepção de que nenhum programa de educação pré-escolar serve a todas as crianças, o tempo de suas vidas, para todos os objetivos educacionais. Há que se pesquisar qual a estratégia educacional mais adequada à criança especial de sua vida.

Esta obra discute a importância do conhecimento de educadores e pais sobre programas educacionais oferecidos. O livro é dividido em duas partes: na primeira aparecem descritos 14 programas agrupados de acordo com dois critérios: 1º) programas desenvolvidos para crianças em suas próprias casas e 2º) programas relacionados a centros escolares.

A segunda parte do livro descreve programas de centros pré-escolares para crianças de 3 a 5 anos. Através dessas apresentações os autores pretenderam discutir uma variedade de princípios e práticas utilizadas por educadores pré-escolares.

Os artigos apresentados no livro obedecem a uma organização, onde os elementos são incorporados sob forma de fundamentação teórica e de pesquisa do programa, objetivos curriculares, seleção e organização de conteúdos, métodos

\*DAY, M. C. e PARKER, R. K. "A Criança Pré-Escolar em ação-explorando os programas da 1ª infância. Boston: Allyn and Dacon Inc. 1977

\*\*Professora do Instituto de Psicologia - PUCCAMP

de implementação do programa e avaliação. Há rigor científico nos relatos dos artigos, diferenciando-os das demais obras neste teor, já publicadas.

A obra ainda apresenta dois sumários comparativos ao final de cada uma de suas partes. De um modo geral, trata-se de um livro de bastante importância aos Cursos de Pedagogia, Psicologia e outros que formem Educadores e Técnicos para lidarem com a faixa etária pré-escolar. Por sua forma de apresentação, sugere um interessante debate entre diferentes princípios e práticas pedagógicas para a pré-escola, envolvendo a participação não só de professores, estudantes e diretores de centros pré-escolares, como também de pais de crianças nessa idade.

Apesar de ser uma obra de revisão e extensão da original, publicada em 1972, agrega trabalhos científicos de enfoque cognitivista para a faixa etária dos 6 anos, ainda bastante atuais e controvertidos para nossa cultura.

## O PONTO DE MUTAÇÃO \*

Claudio Vital Lima Ferreira\* \*

A complexidade dos problemas vivenciados pela humanidade atualmente, desembocando em crises tais como inflação, desemprego, falta de energia, má assistência à saúde, poluição, crimes etc., levam o autor a afirmar que são facetas diferentes de uma só crise, que seria uma crise de percepção. Propõe-se o autor a mostrar isso no livro.

As crises existentes são frutos de uma visão obsoleta do mundo, ou seja, a visão do mundo mecanicista da ciência cartesiano-newtoniana e que já não podem ser entendidas em função desses conceitos. É necessário sim uma perspectiva ecológica que a visão do mundo cartesiana não oferece, pois vive-se num mundo interligado no qual os fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são todos interdependentes. Evidencia-se a necessidade de uma mudança fundamental em nossos pensamentos, percepções e valores de uma concepção mecanicista para uma percepção holística da realidade.

Os períodos que antecederam as grandes mudanças culturais foram tipicamente precedidos por uma variedade de indicadores sociais, semelhantes aos sintomas de nossa crise atual: Sensação de alienação, aumento das doenças mentais, crimes violentos, desintegração social, maior interesse na prática religiosa. Isso tende a ocorrer de uma a três décadas antes da transformação central. Na crise atual esses sintomas começaram na década passada.

Cita Toynbee para mostrar que o padrão básico da gênese das civilizações começa com um desafio do ambiente natural ou social, provocando uma resposta adaptativa em uma sociedade, induzindo este grupo a entrar no processo de civilização que irá crescer quando sua resposta adaptativa gerar um

(\*) CAPRA, F. — O ponto de mutação. S. Paulo. Ed. Cultrix, 1986, 447 pág.

(\*\*) Universidade Federal Uberlândia — Metrando em Psicologia da PUCAMP.

ímpeto cultural. O colapso cultural ocorreria pela perda da flexibilidade, levando as estruturas sociais e padrões de comportamento a tamanha rigidez, que a sociedade não conseguiria adaptar-se a situação de mudança, sendo incapaz de evolução cultural. Aí entra em colapso e desintegra-se. A saída encontra-se em minorias criativas que irão prosseguir o processo de desafio, e resposta, apesar da rigidez do comportamento vigente.

Três importantes transições estão ocorrendo no presente momento que são o declínio do patriarcado, com a consequente ascensão do papel da mulher na sociedade, o declínio da era do combustível fóssil e o declínio dos valores culturais.

A crise que estamos vivendo não é uma crise qualquer, mas uma grande fase de transição. As mudanças que estão ocorrendo atualmente poderão trazer resultados drásticos, porque são rápidas e envolvem o globo inteiro. A crise atual é bem mais abrangente do que se possa imaginar, não sendo apenas uma crise de indivíduos, governos e instituições sociais, mas uma transição de dimensões planetárias.

O autor faz do livro um espelho de sua proposta de integração dos diversos problemas e áreas, como forma de se encontrar a solução para os problemas da humanidade. Faz uma análise extremamente clara e coerente da teoria newtoniana e da teoria cartesiana, e mostra de forma convincente a má utilização dessas teorias pelas ciências humanas. Examina os avanços da física moderna, com a teoria quântica e mostra a ampliação dos horizontes da compreensão dos problemas, proporcionado por essas descobertas, sugerindo a adesão das ciências humanas a esses novos conceitos para uma compreensão holística do homem.

Um dos pontos altos do livro, principalmente para os profissionais da área de saúde, liga-se às análises feitas sobre a influência limitante do pensamento cartesiano-newtoniano na biologia, na medicina, na psicologia, principalmente psicanálise e behaviorismo. Podemos dizer que raras vezes anteriormente encontramos considerações tão criativas e convincentes que permitissem uma compreensão tão ampla da etiologia das dificuldades médicas frente ao doente e à doença.

Dentro de uma concepção sistêmica, a vida não é uma substância ou força, assim como a mente não é uma entidade

que interage com a matéria. Ambas são manifestações do mesmo conjunto de propriedades sistêmicas, representando a dinâmica da auto-organização. Mente e matéria fazem parte de um conjunto de relações dinâmicas dentro de uma mesma categoria, representando aspectos diferentes do mesmo processo universal.

Na visão holística de saúde, o organismo humano é um sistema vivo cujos componentes estão interligados e interdependentes e é parte integrante de sistemas maiores, isto é, está em interação contínua com o seu meio ambiente físico e social, afetando e sendo afetado por eles. Assim não se pode ignorar os aspectos físicos, psíquicos, sociais e ecológicos quando se quer conhecer aspectos patológicos tanto físicos como mentais dos indivíduos. A doença tem um motivo para estar ocorrendo, o que significa dizer que uma mensagem é sempre transmitida por uma doença e a sabedoria está não na eliminação para e simples da doença, mas na compreensão desta mensagem. A enfermidade tem relação com aspectos holísticos do indivíduo, enquanto a doença, com suas partes. Considera o autor que se torna cada vez mais evidente entre os pesquisadores e clínicos que virtualmente todas as doenças são psicossomáticas, pois envolvem uma interação contínua entre mente e corpo, tanto em sua etiologia quanto no desenvolvimento e cura.

Quanto à noção de científico e verdade em ciência, invoca descobertas da física quântica para mostrar o papel ativo da consciência do observador na determinação de características do observado, mudando a concepção clássica de ciência e a idéia de uma descrição objetiva da natureza. É necessário que se refaça o conceito de ciência para que seu alcance possa ultrapassar o modelo cartesiano-newtoniano. É possível haver ciência que não se baseie exclusivamente na medição, mas que inclua também qualidade e experiência. Será científica qualquer abordagem que se baseie na observação sistemática e se expresse em termos de modelos autocoerentes, mas limitados e aproximados. Tem-se então a base empírica e o processo de construção de modelos como os dois elementos essenciais do método científico. A qualificação ou uso da matemática são desejáveis, porém não imprescindíveis.

## CONCLUSÃO

Apesar de ser um livro um tanto volumoso, o tema abordado e a linguagem empregada o tornam de fácil leitura e interesse contínuo. Obra escrita por um físico nuclear para técnicos das mais diversas áreas, pode interessar a qualquer pessoa com uma cultura geral sólida, que se preocupe com os problemas gritantes vividos hoje pela humanidade. Aos cientistas e pesquisadores seriamente interessados pelos destinos da raça humana, principalmente das áreas médica e psicológica, a leitura deste livro se torna indispensável. Com certeza ninguém que tenha lido este livro poderá dizer que continua igual ao que era antes.

## COMUNICAÇÕES BREVES

### ESTUDO CLÍNICO DA INFLUÊNCIA DE DOIS PROCEDIMENTOS DE GRUPO NA RESPOSTA SEXUAL DE MULHERES COM DISFUNÇÃO SEXUAL

Raquel dos Santos Leal Vita Pinheiro

O presente trabalho teve como objetivos verificar a validade de dois programas de tratamento aplicados à mulheres com disfunção sexual e a viabilidade dos mesmos para fins preventivos junto a mulheres que freqüentam ambulatórios públicos de assistência médica ( INAMPS ).

Os sujeitos ( três mulheres para o Estudo 1 e dois casais para o Estudo 2 entre dezoito e quarenta anos ) foram avaliados, antes e depois de serem submetidos aos programas, por três medidas: adaptação ( EDAO ), depressão ( BDI ) e grau de satisfação sexual ( SII ).

Os resultados indicaram melhora no nível de adaptação das cinco mulheres. Quatro mulheres aumentaram o grau de satisfação sexual e, uma delas ( Estudo 1 ) diminuiu. Os resultados do BDI indicaram diminuição no nível de depressão de quatro mulheres e aumento em uma delas ( Estudo 2 ).

Tais resultados sugerem que os programas são válidos mas atingem baixa porcentagem de mulheres com disfunção sexual ( menos de 10% ).

## CONCEITO DE AUTORIDADE PATERNA EM PAIS DE DIFERENTES IDADES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Maria Christina Monteiro Stroka

Este trabalho teve por objetivo avaliar o conceito de autoridade paterna em homens adultos de diferentes idades.

Constituiu-se de três fases distintas e complementares.

A fase A contém a construção de um instrumento nos moldes da Diferencial Semântica de Osgood, avaliando os conceitos: **o pai que eu sou**; **o pai que eu tive**; **o pai que eu gostaria de ser** e **o pai que eu gostaria de ter tido**.

A fase B o instrumento foi aplicado individualmente em quarenta sujeitos voluntários, divididos em quatro sub-grupos de dez sujeitos para as faixas etárias de 25-35; 36-45; 46-55 e 56-65 anos.

Na fase C foram feitas entrevistas semi-estruturadas com um sujeito de cada faixa etária, para checar os resultados obtidos na fase B.

Os resultados foram:

1. As comparações intra-grupos revelaram que os conceitos **o pai que eu sou**; **o pai que eu gostaria de ser** e **o pai que eu gostaria de ter tido** concentram suas demarcações nos extremos positivos, enquanto o conceito **o pai que eu tive**, apesar de permanecer no polo positivo, não se focaliza nesses pontos.

2. As comparações inter-conceitos revelaram que os conceitos **o pai que eu sou**; **o pai que eu gostaria de ser** e **o pai que eu gostaria de ter tido** têm seus traçados praticamente idênticos e polarizados nos extremos positivos. Enquanto o conceito **o pai que eu tive** denota uma tendência a receber pontuações menos positivas. Esses traçados podem ser observados nas faixas etárias de 25-35; 46-55 e 56-65 anos. Os sujeitos de 36-45 anos demonstram uma tendência a pontuar os conceitos **o pai que eu sou** e **o pai que eu tive**, polarizando-os nos pontos menos posi-

vos, enquanto os conceitos **o pai que eu gostaria de ser e o pai que eu gostaria de ter tido** nos pontos positivos extremos.

Notamos que os pais demonstram um auto-conceito positivo em relação aos pares de atributos que compõem a Diferencial Semântica. Os atributos severo, parcial, rígido e democrático são considerados valores no desempenho do papel do pai.

Os resultados foram discutidos à luz dos conceitos ligados ao processo de socialização, às mudanças na estrutura da família e conseqüentemente nas relações de poder, autoridade e nos papéis parentais ao longo do tempo e em relação ao desenvolvimento e formação do auto-conceito.

## **“O PAPEL DO PEDIATRA NA ABORDAGEM DOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DA CRIANÇA”**

**Marli Rodrigues Lunezo Guimarães de Oliveira**

O presente estudo foi realizado com os seguintes objetivos: (1) investigar a existência e tipos de queixas psicológicas na clínica pediátrica; (2) verificar as condutas indicadas pelos sujeitos pediatras para tais queixas, e (3) investigar os aspectos de sua formação pediátrica ( contato com Psicologia, tempo de prática pediátrica ) que fossem relacionados com as condutas tomadas.

Os sujeitos foram 30 pediatras, com idade entre 27 e 63 anos, sendo que a maioria deles eram casados e do sexo masculino. Os sujeitos foram separados em três grupos de 10, conforme suas atividades como docentes de Pediatria ( Grupo 1 ), pediatras de clínicas particulares ( Grupo 2 ) e pediatras de Centros de Saúde ( Grupo 3 ).

Foi aplicado um questionário, especialmente elaborado para esta pesquisa, que abordou três áreas: (1) dados pessoais, formação pediátrica dos sujeitos e contato que tiveram com Psicologia e/ou Psiquiatria Infantil, (2) levantamento de queixas psicológicas em crianças, e (3) condutas dos sujeitos frente a estas queixas.

Os resultados mostraram alguns pontos importantes para a assistência à saúde da criança, quais sejam:

— muitos pais procuravam o pediatra como a primeira autoridade para a busca de solução para o problema psicológico da criança, embora raramente tal problema fosse o motivo principal da consulta;

— em geral, a queixa psicológica era detectada através de investigação direta do pediatra sobre a condição psicológica da criança, embora poucos pediatras tiveram preparo adequado para lidar com tais queixas praticamente a metade deles não teve nenhum contato com Psicologia e/ou Psiquiatria Infantil, durante sua formação pediátrica;

— os pediatras de clínicas particulares encaminhavam menos e usavam mais a terapia medicamentosa para tentar resolver os problemas psicológicos de seus pacientes.

Os resultados mostraram ainda que os pediatras questionados recebiam freqüentemente queixas sobre problemas psicológicos de seus pacientes, adotavam mais as condutas de orientação e encaminhamento para tratamento psicológico do que outras condutas — principalmente os pediatras docentes, e preferiam mais o encaminhamento de seus pacientes para o psicólogo do que para outros profissionais ou entidades que prestavam assistência psicológica.

Os três grupos de sujeitos diferiram entre si nos seguintes aspectos: idade, tempo de prática pediátrica, faculdade de origem — pública ou particular —, tipo e número de atividades profissionais exercidas e condutas indicadas para as queixas psicológicas de seus pacientes.

O contato com disciplinas de Psicologia e/ou Psiquiatria Infantil demonstrou ser um aspecto importante da formação acadêmica dos pediatras desta pesquisa, uma vez que o subgrupo de sujeitos que o tiveram, indicou tomar mais medidas de orientação e encaminhamento de pacientes do que o subgrupo que não teve tal contato. Além disso, houve mais respostas em branco ao questionário entre os sujeitos do subgrupo que não teve contato com Psicologia.

Conclui-se que os pediatras são elementos importantes para a preservação da saúde mental da criança, além da saúde física. Porém, os mesmos nem sempre recebem treino adequado para desempenhar este papel. Sugere-se portanto, uma maior participação da Psicologia nas Faculdades de Medicina e um trabalho integrado entre estas duas disciplinas.

## **"ESTUDO EXPLORATÓRIO DE ALGUNS FARMACODEPENDENTES EM TRATAMENTO EM UMA INSTITUIÇÃO DE CAMPINAS"**

**Antonio Carlos Mezêncio Dias**

O presente estudo teve, como objetivo básico a realização e um estudo exploratório na área de farmacodependência e autoconceito e algumas condições que o promovem em dependentes a drogas em tratamento em uma instituição de Campinas – SP.

Seus objetivos principais foram:

a) efetuar um levantamento das características do dependente a drogas que inicia o tratamento na Associação Promocional Oração e Trabalho – APOT, Fazenda do Senhor Jesus;

b) efetuar um estudo sobre o autoconceito e algumas condições que o afetam em dependentes a drogas, que passam pelo tratamento de recuperação na Associação Promocional Oração e Trabalho – APOT, Fazenda do Senhor Jesus.

Faz-se, inicialmente, uma apresentação geral do autoconceito em várias abordagens psicológicas, bem como uma apresentação da problemática da droga e sua relação com o autoconceito.

Foram utilizados 13 sujeitos do sexo masculino, todos internos da Fazenda do Senhor Jesus.

O instrumento usado foi um questionário elaborado, baseando-se na bibliografia pesquisada e também em um estudo realizado por LINDBLAD (1977) com jovens norte-americanos dependentes de drogas.

Os resultados indicaram que entre outros aspectos, a família se sobressai como um dos fatores determinantes da vulnerabilidade do jovem a se tornar um farmacodependente.

## **“ESTUDO DESCRITIVO DAS CIRCUNSTÂNCIAS, MOTIVAÇÕES E SENTIMENTOS ENVOLVIDOS NO ABORTAMENTO PROVOCADO”**

**Regina Mara Jurgielewecz Gomes**

Faço inicialmente uma justificativa sobre a escolha do tema e, a seguir, procedo uma revisão da literatura sobre os temas referentes à sexualidade feminina — considerando também a evolução histórica do papel feminino — e algumas considerações teóricas sobre o abortamento provocado. Segue-se a isto algumas pesquisas referentes ao tema proposto.

No capítulo METODOLOGIA encontram-se todos os dados relativos à população pesquisada.

Em seguida, apresento cinco entrevistas de forma resumida e os respectivos comentários. A partir das vinte entrevistas discuto as questões referentes aos objetivos, ou seja, reação à gravidez, reação ao abortamento, problemas familiares e conjugais e problemas sócio-econômicos. O método utilizado para a análise dos dados, foi o Estudo Clínico de Casos.

Concluí que há uma inter-ligação entre os fatores familiares e conjugais na decisão pelo aborto provocado. Notei ainda que questões como situação econômica, apresentam-se como pano-de-fundo e não como fator determinante na decisão para abortar.

O que determina a decisão para o aborto, é o estado de crise em que a mulher se encontra. Este estado crítico tanto pode ser oriundo de questões ligadas a sua vida conjugal, se tiver, quanto pode ser fruto de conflitos advindos de sua relação familiar.

Ainda como conclusão do trabalho, ressaltei a importância dos cuidados psicoprofiláticos na questão do abortamento provocado.

## **"DEFICIÊNCIA MENTAL E O IMPACTO NO CASAL PARENTAL-ESTUDO PSICOLÓGICO DE UM TIPO ESPECIAL DE LUTO"**

**Maria Helena de Camargo Ishido**

O presente estudo teve como objetivo principal a investigação do impacto e do luto vivenciado pelos casais parentais de deficientes mentais, utilizando-se de técnicas de entrevistas semidirigidas.

A análise dos resultados foi feita através do método clínico, através de uma abordagem psicanalítica. Buscou-se a identificação e a descrição das manifestações de pesar e luto, sendo que nos detivemos aos aspectos psicodinâmicos típicos destes processos, segundo visão psicodinâmica. Enfatizamos especialmente os mecanismos defensivos que caracterizam o processo de elaboração de luto.

Esta análise resultou na constatação da presença de um tipo especial de luto, com predomínio de mecanismos defensivos que contribuem para a estruturação de um luto patológico, por não favorecerem a superação da perda.

Tal constatação permite a manutenção da hipótese de que a presença de luto perturbando o casal pode acarretar um relacionamento emocionalmente comprometido com a criança contribuindo para o agravamento do quadro de deficiência mental, em função de efeitos cumulativos.

Tratando-se de um trabalho exploratório, sem valor estatístico, há necessidade de pesquisas posteriores para o aprofundamento e complementação das idéias decorrentes deste estudo.

Neste estudo atinge-se os objetivos propostos, formula-se hipóteses de trabalhos nesta área e recomendam-se medidas profiláticas visando a prevenção do luto patológico.

# **"INFIDELIDADE CONJUGAL: UM ESTUDO DE COMPORTAMENTOS E ATITUDES DE UMA AMOSTRA DE HOMENS E MULHERES DE NÍVEL EDUCACIONAL SUPERIOR DA CIDADE DE LONDRINA"**

**Maria do Socorro Moreira**

O presente estudo objetivou: 1) investigar a incidência de infidelidade conjugal em homens e mulheres; 2) se haviam diferenças significativas entre as atitudes e comportamentos de sujeitos fiéis e infiéis de ambos os sexos; 3) se a ocorrência de sexo extraconjugal estava relacionada, de alguma forma, ao grau de satisfação conjugal percebida pelos sujeitos.

O levantamento dos dados foi realizado, através de um questionário de trinta perguntas, aplicado a sessenta homens e sessenta mulheres, casados, de nível universitário, na faixa etária entre vinte e quatro e cinqüenta e seis anos, residentes na cidade de Londrina — Paraná.

A análise dos resultados indicou que: a incidência de infidelidade conjugal é significativamente maior na população masculina do que na feminina ( 58,3% e 5% respectivamente ); de um modo geral, os homens avaliam seus casamentos mais positivamente do que as mulheres; os homens infiéis afirmaram estar tão satisfeitos no casamento quanto os homens fiéis; as mulheres infiéis, por outro lado, disseram estar mais satisfeitas sexualmente no casamento do que as fiéis, mas elas o avaliaram, a nível emocional, como menos satisfatório do que as mulheres fiéis; mais homens e mulheres infiéis afirmaram "pensar" em ter casos extraconjugais do que os fiéis de ambos os sexos quando confrontados com problemas conjugais. Este pensamento também foi encontrado com maior freqüência entre os homens do que entre as mulheres fiéis.

Quanto ao comportamento extraconjugal, os homens infiéis foram mais propensos a ter casos extraconjugais sem vínculos emocionais, sendo estes, mais do tipo "aventura", enquanto na amostra feminina, estas relações foram mais dura-

douras e do tipo "paixão total"; todas as mulheres infiéis e a maioria dos homens infiéis revelaram se sentir preocupados com a possibilidade de sua infidelidade vir a ser descoberta pelos(as) cônjuges, mas, enquanto a maioria dos homens expressaram sentimentos de culpa e de desonestidade, por serem infiéis, nas mulheres, ao contrário, não foram encontrados tais sentimentos.

As atitudes de sujeitos fiéis e infiéis, de ambos os sexos, foram diferentes em relação à infidelidade conjugal: a opinião mais freqüentemente encontrada entre os fiéis, foi a de desaprovação, com a maioria achando que o comportamento sexual extraconjugal é totalmente prejudicial ao casamento. Já para os infiéis de ambos os sexos, a maioria foi da opinião de que este comportamento algumas vezes prejudica e em outras, pode até beneficiar o casamento. As mulheres, de um modo geral, desaprovaram menos os casos extraconjugais com envolvimento emocional, enquanto os homens ( fiéis e infiéis ) aprovaram mais aqueles movidos apenas pela atração física.

Em suma, embora os homens fiéis tenham demonstrado maior permissividade do que as mulheres fiéis, ambos se mostraram mais conservadores do que os sujeitos infiéis de ambos os sexos, no que se refere à infidelidade conjugal.

## NOTÍCIAS DA UNIVERSIDADE

### 1º SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE: "A FAMÍLIA E SUAS INTERAÇÕES".

Promovido pelo Mestrado em Psicologia da PUCAMP e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico realizou-se, nos dias 5 e 6 de dezembro de 1986, o 1º Seminário Nacional sobre: "A Família e suas Interações". "A Família Disfuncional I", "Terapia Familiar", "A Família e a Ordem Sócio-Cultural I", "A Família Disfuncional II" e "A Família e a Ordem Sócio-Cultural II", foram as mesas redondas das quais participaram os seguintes especialistas: Dra. Ana Nicolaci da Costa (PUC-RJ), Dra. Anna Carolina Lo Bianco (PUC-RJ), Dr. Antonios Térzis (PUCAMP), Dr. Carlos Arturo Molina-Loza ( Centro de Estudos da Família-Ceará ), Profa. Clara Freud Knobel ( PUCAMP e UNICAMP ), Profa. Diana Tosello Laloni (PUCAMP), Dr. Hélio de Oliveira Santos (PUCAMP), Dr. José Ovídio Waldemar ( Centro de Família – Porto Alegre ), Dr. José Raimundo da Silva Lipp ( Sociedade Latino-Americana Contra os Maus Tratos a Menores ), Dra. Júlia Ferro Bucher (Un B), Dra. Maria José Carneiro Ulhôa (UFMG), Dra. Mathilde Neder ( PUC-SP ), Dr. Maurício Knobel ( PUCAMP e UNICAMP ), Profa. Regina Leme Lopes Carvalho (PUCAMP), Psic. Rosinez Lourenço (APOT), Prof. Saulo Monte Serrat (PUCAMP), Dra. Suely Cabral Pilz ( PUCAMP e UNICAMP ), Dr. Tabajara Dias Andrade (PUCAMP) e Dra. Terezinha Féres Carneiro (PUC-RJ). A Comissão Organizadora do Seminário foi constituída pela Dra. Marilda Novaes Lipp e Prof. Saulo Monte Serrat.

## V ENCONTRO DE PSICOLOGIA DA REGIÃO DE CAMPINAS

Realizou-se entre os dias 28 a 30 de maio próximo passado o V Encontro de Psicologia da Região de Campinas, promovido pelo Instituto de Psicologia da PUCCAMP e pela Sociedade de Psicologia de Campinas. O evento, que despertou grande interesse entre os profissionais da área, foi realizado no Centro de Convenções da UNICAMP e teve como tema básico: "Novos Rumos da Psicologia".

A conferência de abertura: "O Ensino de Psicologia Hoje e Amanhã" foi proferida pelo Prof. Dr. Samuel Pfromm Neto, do Instituto de Psicologia da U.S.P.

Foram realizadas Mesas Redondas sobre os seguintes temas: "Arteterapia Amanhã", "O Amanhã da Psicologia Escolar e Educacional: O Papel dos Cursos de Pós-Graduação", "A Psicologia e o Lazer: Esporte, T.V., Leitura e Programação Social", "A Pesquisa em Psicologia no Futuro" e "A Psicologia Clínica Amanhã".

Foram ministrados cursos sobre: "Terapia de Família", "Psicologia do Brinquedo", "Psicologia e Planejamento de Carreira" e "Psicologia e Mulher".

Palestras e comunicações diversas completaram as atividades desenvolvidas neste V Encontro de Psicologia da Região de Campinas.

## VI SEMANA MULTIPROFISSIONAL DE CAMPINAS

Como faz todos os anos, o Departamento de Pós-Graduação em Psicologia promoverá de 07 a 12 de setembro sua Semana Multiprofissional. O tema a ser abordado por profissionais de diversas áreas será: "A Família e o Momento Atual".

## DR. JEFFERSON MORRIS FISH

Como professor da Comissão Fulbright esteve entre nós o Prof. Dr. Jefferson Morris Fish, que lecionou regularmente em nosso Mestrado em Psicologia durante os anos de 1974 a 1976. O Prof. Fish ministrou um curso de "Terapia Familiar", destinado aos alunos do Mestrado, e um curso de extensão sobre "Terapia Conjugal". Os cursos foram acompanhados por um número significativo de profissionais e despertaram grande interesse.

O Dr. Fish desde que esteve pela primeira vez no Brasil nunca perdeu seu vínculo conosco. Pela colaboração prestada à PUCCAMP em várias ocasiões, particularmente por uma campanha de doação de livros que desenvolveu na St. John's University, foi dado o nome do Prof. Fish à Sala de Periódicos da Biblioteca Central. Durante sua proveitosa permanência entre nós o Prof. Fish teve oportunidade de atender a vários convites feitos por diversas instituições universitárias brasileiras.

\*

## INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA U.S.P.

Em agosto próximo o Instituto de Psiquiatria da U.S.P. promoverá dois cursos sobre a família, a cargo da Dra. Ago Burki Fillenz (médica psiquiatra — supervisora da Clínica Psiquiátrica Infantil de Zurique ).

O primeiro curso: "Crise e crescimento da família" será ministrado nos dias 8 e 9 de agosto. O segundo, "Terapia do Casal" será ministrado nos dias 14, 15 e 16 de agosto. Maiores informações poderão ser obtidas na Secretaria do Instituto de Psiquiatria — Rua Ovídio Pires de Campos s/n ou pelo telefone (011) 282-2811 ramal 273.

## **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  
**"Neuroticismo 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 Antiqueixa"**.
- 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 Psicanalítica"**.

- 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 CYNTHIA 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 Antiquêixa".
- 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. Têrzi  
"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. Térzis  
"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. Térzis  
"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".
- 28-10-88 RAQUEL DOS SANTOS L.V. PINHEIRO  
Orientador: Dr. José Teófilo Reis  
"Estudo Clínico de Infância de Doz Procédimentos de Grupo de Resposta Sexual de Mulheres com Distúrbio Sexual".
- 18-12-88 MARIA CHRISTINA MONTEIRO STROKA  
Orientador: Dr. Ana Liberdade Wel  
"Conceito de Autoridade Paterna em Pais de Distúrbio de Ansiedade".
- 05-04-87 MARLI RODRIGUES LÓPEZ & DE OLIVEIRA  
Orientador: Dr. Maria Novas Lipp  
"O Papel da Família na Abordagem dos Problemas Psicológicos da Criança".
- 15-04-87 ANTONIO CARLOS MEZMOH-DINS  
Orientador: Dr. Maria Novas Lipp  
"Estudo Exploratório de Alguns Farmacodérgicos em Tratamento em uma Instituição de Cam-".

## ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Revista Semestral do Instituto de Psicologia da PUCCAMP

**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

