

estudos de Psicologia

Revista do Instituto de Psicologia da PUCAMP

Vol. 8(2)

Nº 2

AGOSTO/DEZEMBRO/1991

Índice

ARTIGOS

- Prevenção, crianças pequenas e as escolas 7
Emory L. Cowen
- Desenvolvimento afetivo medido pelo teste das pirâmides coloridas de Pfister e graus de perda auditiva: um estudo exploratório . . . 65
Regina M. de Souza, Fantina Duarte e José Antonio Cordeiro
- Serviços conhecidos, utilizados e necessários para indivíduos com Síndrome de Down. Opinião das mães sobre os efeitos que produzem e fatores que dificultam seu uso 102
Lúcia Beatriz Lopes Petean e Sônia Santa Vitaliano Graminha
- Validade preditiva da EDAO em Psicoterapia Breve: grau de motivação - II Parte 124
Elisa Medici Pizão Yoshida
- Sistema de fichas: Avaliação através de delineamento experimental de níveis de base múltiplos 138
Maria Bandeira e Mauro José Gomes
- RESENHAS 154
- COMUNICAÇÕES 170
- INFORMATIVO 202

ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Revista Semestral do Instituto de Psicologia da PUCCAMP

Diretora: Glória Elisa B. P. Von Buettner

Editora - Executiva: Geraldina Porto Witter

Conselho Editorial:

Alice Maria de Carvalho Delitti	(PUC-São Paulo)
Anita Liberalesso Neri	(UNICAMP)
Antonio I. Térzis	(PUCCAMP)
Cláudio Simon Hutz	(UFRGS)
Elisa Médici Pizão Yoshida	(PUCCAMP)
Harold Lettner	(PUC-RJ)
Jefferson Morris Fish	(St. John's University - N. York)
Júlia Ferro Bucher	(UnB)
Maria Emilia Lino da Silva	(PUCCAMP)
Marilda Novaes Lipp	(PUCCAMP)
Mauro Martins AmatuZZi	(PUCCAMP)
Raquel Souza Lobo Guzzo	(PUCCAMP)
Regina Maria L. L. Carvalho	(PUCCAMP)
Saulo Monte Serrat	(PUCCAMP)
Solange Wechsler	(PUCCAMP)
Vera Lúcia A. Raposo do Amaral	(PUCCAMP)
Walter Trinca	(USP)

Conselho Consultivo:

Antonia Maria de Almeida Camargo
Geraldina Porto Witter
Maria Christina Mendes dos Santos
Maria Fernanda Mazziotti Barreto
Maria Helena Melhado Stroili
Maria Helena Mourão Alves de Oliveira
Sonia Regina Blasi Cruz

Capa: João Daniel de Araújo

Impressão: Editora Átomo

Redação:

A/c: Departamento de Pós-Graduação em Psicologia — PUCCAMP
Rua Waldemar César da Silveira, 105 - Swift - CEP. 13045 - Campinas SP.
Telef. (0192) 32-3163 - Ramal 27
Fax. (0192) 25500

"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.

ISSN 0103 - 166X



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

estudos de
Psicologia

Indexado em:
Psychological
Abstracts
PsycINFO
PsycALERT
IBICT

estudos de **Psicologia**

Revista do Instituto de Psicologia da PUCCAMP

VOL. 8(2)	Nº 2	AGOSTO/DEZEMBRO/1991
-----------	------	----------------------

ÍNDICE

ARTIGOS/ARTICLES

- Prevention, young children and the schools..... 7
Prevenção, crianças pequenas e as escolas
Emory L. Cowen
- Desenvolvimento afetivo medido pelo teste das pirâmides coloridas de Pfister e graus de perda auditiva: um estudo exploratório 65
Affective development measured by PFister's color pyramids test and degrees of hearing loss: an exploratory study.
Regina M. de Souza, Fantina Duarte e José A. Cordeiro
- Serviços conhecidos, utilizados e necessários para indivíduos com Síndrome de Down. Opinião das mães sobre o efeitos que produzem e fatores que dificultam seu uso 102
Known, used and needed services for individuals with Down' Syndrome. Mother's opinion about the effects produced by them and factors that make difficult their utilization
Eucia Beatriz Lopes Petean e Sônia Santa Vitaliano Graminha
- Validade preditiva da EDAO em Psicoterapia Breve: grau de motivação - II Parte..... 124
EDAO'S predictive validity in brief Psychotherapy; degree of motivation
Elisa Medici Pizão Yoshida
- Sistema de fichas: Avaliação através de delineamento experimental de níveis de base múltiplos 138
Token system: evaluation through experimental design of multiple baselines
Marina Bandeira e Mauro José Gomes

RESENHAS/REVIEWS

O Professor Universitário em aula: prática e princípios teóricos	154
The university teacher in classroom: practice and theoretical principles	
Anelise de Barros Leite Nogueira	
Alfabetização: Perspectiva Piagetiana	159
Literacy: Piagetian Perspective	
Geraldina Porto Witter	
Neurolinguística dos distúrbios da fala.....	161
Neurolinguistics of speech disturbances	
Carmen Elvira Flores Mendonza	
Aprendizagem de Conceito	166
Concept Learning	
Geraldina Porto Witter	

COMUNICAÇÕES/COMMUNICATION

Sexualidade na adolescência: Psicologia e Literatura no Diário de dois adolescentes.....	170
Sexuality in adolescence: Psychology and Literature in two Adolescents'diaries	
Paulo Rennes Marçal Ribeiro e Renato Tamer Cardili	
Uma proposta de trabalho em psicoterapia breve.....	177
A work proposal in brief psychotherapy	
Maria Leonor Espinosa Enéas, Adélia Serur Mariotti Vasconcellos, Cleusa Rillo e Katia Maria Maciel Duarte	
Um serviço de inscrição para atendimento psicológico infantil estruturado com vistas à formação do aluno do curso de Psicologia.....	189
A registration service for psychological attendance of children structured in view of the student's graduation in psychology	
Sonia Santa Vitaliano Graminha e Maria Angélica de Oliveira Martins	
Informativo.....	202

EDITORIAL

O desenvolvimento da Psicologia requer, por um lado, a produção de novos conhecimentos, de pesquisas, por outro lado, que estes saberes cheguem a outros pesquisadores estimulando a discussão e a elaboração de outras investigações. Portanto, a publicação é uma atividade que permeia a produção do conhecimento científico. É também uma forma de democratização do saber.

A produção de textos relativos a dados de pesquisa tende a ser menor e menos volumosa em termos de encaminhamento para publicação. Muitos trabalhos de pesquisa apresentados em congressos e similares não chegam a ser elaborados posteriormente para a publicação sob a forma de artigo de pesquisa. Isto tende a ocorrer em todas as áreas do conhecimento, sendo aceitável uma defasagem da ordem de 40-50%. Não conheço pesquisa nacional, na área de psicologia que informe de quanto está sendo a perda. Todavia, basta uma rápida contagem dos trabalhos apresentados nos congressos e dos efetivamente publicados. Este indício pede um maior empenho em conduzir a pesquisa até a sua publicação integral não parando nas

comunicações em congressos. Agir desta forma facilitará o trabalho de editoração científica em termos de disponibilidade de textos de relato de pesquisa, sendo muito difícil equilibrar os textos "teóricos" (de produção mais farta) com os que apresentam dados.

Fica aqui um apelo para que os psicólogos continuem a trabalhar os textos das comunicações de congressos até a sua publicação como artigo, enriquecendo e ativando a produção de conhecimentos psicológicos.

Geraldina Porto Witter

PREVENTION, YOUNG CHILDREN AND THE SCHOOLS¹

Emory L. COWEN
University of Rochester

RESUMO

COWEN, Emory L. Prevenção, crianças pequenas e as escolas. **Estudos de Psicologia**, 8(2): 7 - 64, agost./dez. 1991.

Um conjunto de diretrizes é considerado para o desenvolvimento e a avaliação de programas de prevenção em escola para crianças pequenas, através da exposição de tres tópicos interrelacionados: o primeiro que descreve o Projeto de Prevenção Primária em Saúde Mental desenvolvido pelo Centro de Estudos Comunitários da Universidade de Rochester. O segundo o qual revê os esforços de disseminação deste programa fundamentado por esta abordagem e por último o que memoriza os esforços

(1) Prepared for 1st National Conference in School Psychology, sponsored by the Brazil Association of School Psychologists, Sao Paulo, Brazil, Oct. 27-31, 1991.

mais recentes no desenvolvimento de modelos reais de prevenção para crianças pequenas na Escola.

PALAVRAS CHAVE: Prevenção Primária, Saúde Mental, Programa de Saúde Mental.

INTRODUCTION

This article has its roots in a small meeting held in Rochester, N.Y. (USA) in July, 1990. At that time, staff members at the University of Rochester Center for Community Study spent several delightful days with three distinguished representatives of school psychology in Brazil (Solange Wechsler, Raquel Guzzo and Vera Gomes), discussing common interests in prevention programs for young school children.

Since then we have remained in close touch with the Brazil delegation, and have provided information and materials relevant to the new school mental health models we have been developing. As an outgrowth of that dialoguing process, I received a cordial and much appreciated invitation to visit Brazil to participate both in its First National Conference in School Psychology and several later associated activities. Although I would very much liked to have done that, it turned out that there was a time-conflict between your event and a national training conference that we are conducting in Rochester. So, with regret, I was obliged to decline the invitation. Happily, your conference will be attended by Deborah Johnson who directs a related network of innovative school based mental health programs now operating in 70+ school districts in the state of California. Debbie is thoroughly

familiar with school-based preventive programming in general, and with the work going on in our "adobe hacienda" in particular.

Although I'm regretful that I can't be at the conference, I nevertheless feel closely identified with, and warmly supportive of, its purposes. In that spirit, in the process of overworking FAX lines between Brazil and Rochester, we hit upon an alternative way to further the conference's objectives, that can both expiate my sense of guilt and express my support for your efforts. That way for me to write a paper built around the work we have done in developing and evaluating school-based prevention programs for young children.

Let me say at the very outset, that the words prevention, children and schools that frame my title, have guided all of the Center's efforts for the past 35 years, and will probably guide most of what we do in the next 35 years. Although our quest for new knowledge in these hallowed areas remains on-going, our learnings to date direct attention to innovative new ways in school mental health that: (a) seriously challenge past dominant approaches in that field; and (b) serve as harbingers of how such approaches are likely to be conceptualized and delivered in the 21st century.

This article is intended only as a brief, global summary of: (a) the thinking that has powered our efforts; (b) the kinds of programs we have developed; and (c) why we consider these to be important and informative. It will meet its goal if it stimulates thinking about options and alternatives that can be meaningfully applied to future school mental health programming in Brazil.

I shall focus on three interrelated topics. The first, and most basic, is our preventively oriented school mental health program, called the Primary Mental Health Project. The second reviews our extensive dissemination efforts based on this approach. The last, and perhaps most intriguing, summarizes recent efforts to develop "true" primary prevention models for young school children. Each of these three components is a saga in its own right. This finite overview will touch only the tip of the iceberg for each.

Primary Mental Health Project

In 1957, we broke a bottle of champagne over a new entity called the Primary Mental Health Project. Because that title was cumbersome, it soon acquired the acronym PMHP. Notwithstanding many real-world adversities, PMHP has somehow managed to survive. More than that, it has grown to the point where its octopus-like tentacles now touch 500+ school districts around the world. Rather than plunging directly into a description of PMHP, I shall start with a brief review of history and evolutionary that may help to clarify: (a) what we are now doing; (b) how we got to that point; (c) why we think its helpful to be there; and (d) how our efforts to date shape future agenda.

Let's begin in the early 1950s, when the PMHP concept first began to gestate. That was shortly after I had completed my Ph.D. degree in clinical psychology and accepted a faculty position at the University of Rocheste. My job roles and activities were typical for the time. I did some teaching and pattered around in several then-fashionable research areas as part of the eternal quest for tenure. I also did my fair share of clinical work, plying the Rorscharchs, TATs, Binets and Wechslers that

were standard "tools-of/the/trade" in the 50s. I even confess to having been extensively involved in doing psychotherapy; indeed I was reputed to be among the finer "mm-hmmers" of the era.

Its not that I found those activities uninteresting or unrewarding, or even that I was a inept clinician. Rather, like a slow process of lead-poisoning, I began to experience a gnawing sense of frustration less about the technology I was using *per se*, and more about its limited power in relation to the level of dysfunction being addressed in clients. Particularly in prolonged dyadic interactions with troubled adults I often noted longstanding problems that had built-up and fanned out over the years. With increasing persistence and clarity, a question that took form in the darker recesses of my (then adequately functioning) cortex, was: "How much current discomfort and ineffectuality could have been short-circuited had the person's problems been identified and engaged constructively much earlier on"? When that question survived the stringent test of several years of Cowen's finely-honed ruminative processes, prospective actions (solutions) began to take form in my mind.

The foregoing reactions were more a matter of slow "pebble-piling" than a sudden, brilliant "Aha" experience. Indeed, as this thinking was gradually unfolding, I noted some interesting linkages between it and the observations of several colleagues working in the schools. Two such observations were especially influential during PMHP's gestation period. The first was that school mental health referrals, many for serious problems, seemed to peak at the transition point between elementary and high school, at which time they sharply overtaxed available resources. In looking at the cumulative (often thick and "dog-eared") dossiers of referred children, we

noted antecedents of current problems that teachers and other school personnel had observed as far back as kindergarten or first grade. Either help for such children had not been available or people had hoped that if they closed their eyes long enough the problems would disappear. Far from vanishing, many of these early problems became more deeply rooted, complex, and disturbing, over time.

A second, equally vexing observation, often made by classroom teachers, was that a major portion (50%) of their time was preempted by a very few children (3 or 4) in a class of 25 or 30, to the detriment of the maladapting children themselves, the educational experience of the rest of the class, and the teacher's ability to do a decent job. Such feedback was mindful of industrial accident proneness data suggesting that 80% of all work accidents befell about 20% of the work-force.

The realization that help for young maladapting children was not available either when, or in the amount, needed was the actual motor force that started PMHP. A decision was made to concentrate scant professional resources at the primary grade level to develop a systematic program for early detection and prevention of school maladjustment. Although we realized that reallocating resources in a finite system required compensatory cutbacks (e.g., services at the intermediate levels) we hoped that the new approach would minimize later more serious maladaptation and, with that, the ultimate need for services at the upper levels. That decision, in any case, was PMHP's midwife. It has been central to the project's ways ever since.

Thus, PMHP can be seen as one way of addressing perceived insufficiencies in past mental health approaches. Its key initial technologies were to detect

ineffective functioning in young children as soon as possible and to provide them with early, preventively-oriented help. At the same time, PMHP's respect for the processes of self-evaluation and correction has made it an ever-evolving, rather than a "stand-pat," program. Clinical and/or empirical data about the model's limits have fueled continuing efforts to strengthen it. Even more important, experience gained through PMHP led to a somewhat different, less literal conception of our basic goals, i.e., "How can young children's adaptation and well-being be optimized from the very start?" A subtle distinction between that and prior phrasings of PMPH goals is that it bypasses specific mention of the literal procedures of early detection and intervention. In other words, although early detection and intervention, as forms of ontogenetically early secondary prevention, offer one useful way to improve children's psychological well-being, they are *not* necessarily the only, or even best, way. That shade of meaning is important to keep in mind as PMHP's evolutionary course is charted later in this article.

The preceding "Remembrance of Things Past", in Marcel Proust's idiom, is our first historical slice. It is to describe a problem we perceived and a skeletal notion that began to form about how that problem might be gainfully addressed. To do a little of what sociologists call "languaging up", we began to move in the direction of a Kuhnian "paradigm shift" (Kuhn, 1970) reflecting the conviction that regnant ways in mental health were insufficient to address the range and magnitude of existing problems, and that the time for a 4th mental health revolution was upon us (Prevention Task Panel Report,

1978). Indeed, in 1967, we published a volume called **“Emergent Approaches to Mental Health Problems”** which reflected this budding notion (Cowen, Gardner & Zax, 1967). All of our subsequent efforts are fully consistent with the spirit of that volume.

The wisdom of hindsight makes it a lot easier to explain how we evolved as we did. It makes everything sound logical and planful and buries the multitude of and false-turns that were at once the land-mines we hit, and the source of constructive, if painful, learning. We did not, in 1957, write a master scenario for the next 35 years. Rather we groped, we stumbled, we erred and we evolved. If indeed it seems in retrospect that there has been a “method to our madness,” be assured that there were many times when any such method was mightily obscured.

Although we had formed 35 years ago, what Edward Chace Tolman called a “gross cognitive map” of what we wanted to do, there were I’m sure, many different ways in which we could proceed. If we didn’t realize it then, Seymour Sarason’s writings, particularly his heuristic concept of “the universe of alternatives”, made this point crystal-clear. Of Sarason’s many stimulating volumes of one of my true favorites is **The Culture of the School and the Problem of Change**. The closing line in that volume beautifully captures this point: “The present is pregnant with many different futures” (Sarason, 1982).

Not surprisingly, the gross cognitive map we had begun to form in the 1950s featured the three nouns that frame the title of this article: prevention, children and schools. Prevention was to be our goal, young children

our prime targets and schools our locus. Without laboring the point, I can say a few words about why these key-words seemed (and still seem) so important to us. I would be surprised if these notions were any less applicable in Brazil than they are in the USA.

The concept of prevention intrigued us because it harbored meaningful solutions to vexing problems that the classically defined mental health field had been unable to solve. One such problem was the fact that the existing mental health system lacked the resources needed to meet the demand for help, much less the underlying need. Moreover, those limited resources were inequitably distributed and poorly suited to major segments of the population, following the general rule that help was least available where it was most needed. Finally and importantly, the mental health system had always been singularly oriented to casualty and its repair. As a result of that "end-state" mentality, professionals typically came into play when evident deficit was brought forcibly to their attention. Prognostically, that is the poorest time to intervene, since rooted psychological dysfunction most resists change (Zax & Cowen, 1976). Hence prevention for us became one deity at whose altar we would long worship.

But why young children? Our reasoning went as follows. Young children are relatively flexible and malleable. Whatever the nature of their problems, they are less likely, than for older children, to have rooted or fanned out. Thus, in the energy conservation sense, we reasoned that young kids offered the potential of maximal miles per gallon for a given investment of mental health time and energies.

And finally, why schools? Schools, in our view, are natural settings for conducting prevention programs with children. They are a key force, second only to the family, in the child's early formation. For at least 12 years, children spend 30-35 hours a week in schools. There, they have vital shaping contacts with important mentors and identification models. Schools also bring together large numbers of children under a single roof and administrative aegis and, as such, offer unique opportunities for actions and programs that can enhance their cognitive and behavioral development. Hence the issue for us was less to justify abstractly the pristine beauty of the new Holy Trinity of prevention, children and schools, and more the need to develop demonstrably effective technologies reflecting those emphases. The work done over the course of PMHP's 35 years represents one systematic, indeed stubbornly persistent, effort to do exactly that.

Let's now consider PMHP more concretely. The approach is best seen as a structural model with four emphases: (a) it focuses on young children before problems root; (b) it uses active systematic screening to identify children at risk; (c) it expands the reach of helping services by using carefully selected trained, supervised non professional "child-associates"; and (d) it changes professional roles to co-ordinating, consultative and resource activities with school personnel, to increase sharply the reach of early effective preventive services (Cowen, Trost, Lorion, Dorr, Izzo & Isaacson, 1975).

Beyond those overarching emphases, PMHP is sufficiently flexible to accommodate **de facto** variation in its literal practices. Thus, actual school-based programs

may vary somewhat in such things as: (a) specific measures used for early detection and screening; (b) depth and types of professional staffing patterns; (c) types of people who serve as child-associates (e.g., volunteers vs. paid nonprofessionals; homemakers, students vs. retired persons, etc.); (d) ways of recruiting, training and supervising associates; and (e) how associates actually work with children (e.g., individual vs. group; relational vs. behavioral orientations). Such variation is as it should, indeed must, be since any school program, to be effective, must adapt to realities of its own "pond-ecology" (i.e., its specific needs, resources, belief systems and prevailing practices). Accordingly, no single program description fully captures how PMHP operates in **all** schools. The following is a smoothed over account of how the program works.

First, brief objective screening measures were developed to profile young children's school problems and competencies (Cowen et al., 1975). Continuing efforts have been made to streamline these measures and strengthen their psychometric properties (Hightower, et al., 1986; 1987). Most project referrals are initiated when the teacher sees signs of ineffective functioning in the child: acting-out and disruptive behaviors; shy-anxious behaviors; learning difficulties, or combinations of the three. Other school personnel and parents also make referrals.

Screening and referral data are reviewed at an assignment conference involving the principal, school mental health professionals, teachers and child-associates, i.e., the PMHP "team." That conference seeks to understand the child's situation and to establish appropriate intervention goals and strategies. Following

receipt of parent permissions, child associates begin to see referred children regularly.

PMHP schools, depending on size, have two to five, 1/2-time child-associates who serve as the program's direct help-agents. Although associates receive time-limited training to prepare them, PMHP depends more on selection than on training variables (Cowen, Dorr & Pokracki, 1972). Associates are supervised by the school mental health professionals. They get on-the-job training through school conferences and consultation sessions, and are provided additional specialty training options over time. They are paid at a school district's prevailing hourly rates. By carrying caseloads of 13-14 children, they expand sharply the reach of early preventive services. In some implementing districts volunteers are used in the child-associate role.

Teachers, associates and professionals exchange information, and coordinate goals. Substitute time frees teachers to attend consultation and progress-review conferences. Midyear conferences take stock of each child's progress and, when indicated, realign goals and procedures. End-of-year termination conferences evaluate children's overall progress and formulate recommendations for the next school year.

PMHP consultants visit schools regularly to support professionals, provide enrichment and upgrading of skills for program participants, and consider challenging cases. The PMHP school professional's role differs from the traditional one. Much less time goes to direct one-to-one services; much more goes into training, consultative, and resource activities for school personnel and associates.

In that way, PMHP can get at many more problems early, when they are still manageable, and prevent future difficulties rather than counterpunching after it is too late. The approach, far from implying professional obsolescence, points to new more socially utilitarian professional roles. The parent PMHP in Rochester, N.Y. is now located in 25 urban and suburban schools. Last year roughly 1,000 youngsters received an average of 22 helping contacts, for a total of 22,000 child serving contacts.

Changes in the Basic PMHP Model

PMHP has been an evolving program. Change has been catalyzed by a productive marriage between service and research. Thus, research studies address live program issues and relevant findings are fed back to strengthen program services. Several program enhancing components have been offspring from that marriage. One such program trained associates to conduct small groups both to reach more children and because some children are face-valid candidates for groups (Terrell, McWilliams & Cowen, 1972). About 10% of all PMHP children are now seen in groups. In some PMHP offshoot programs, with different resource patterns and operating styles, that figure is much higher. Similarly, the need to reach more families stimulated the development of a new parent-associate training program. A curriculum was developed to prepare seasoned associates for roles as mental health assistants in such activities as communication with parents about the project, feedback to and from families, and crisis management. That program too addressed a real project need and was warmly received by schools.

Research findings have also stimulated program changes. An early finding showing PMHP to be more effective with shy-anxious, than with acting-out children (Lorion, Cowen & Caldwell, 1974) led to the development of a program to train associates in the use of Ginnottian limit-setting methods with acting-out children. When this approach was found to improve outcomes with such youngsters (Cowen, Orgel, Gesten & Wilson, 1979) it was incorporated into the project's mainstream.

Similarly, several PMHP studies showing relationships between stressful events and school adjustment problems (Felner, Ginter, Boike & Cowen, 1981; Felner, Stolberg & Cowen, 1975; Sterling, Cowen, Weissberg, Lotyczewski, & Boike, 1985) led to the development of mini-program models to train associates for work with children who had experienced recent life-crises (Felner, Norton, Cower & Farber, 1981). This aspect of new programming has burgeoned over the years and given rise to several primary prevention thrusts to be considered presently.

PMHP has also developed an active Planned Short-Term Intervention (PSI) model for children with identifiable focal problems (Winer, Weissberg, & Cowen, 1988). PSI, which is limited to 12-sessions, has an educational focus and is built specific ways to deal with target problems. Concurrent contacts with parents and teachers are designed to enhance program gains. Both because PSI has been shown to be effective (Winer et al., 1988) and because it expands the reach of resources, the approach is appealing to underresourced systems.

Direct PMHP program extensions such as those described come about in a low-key way. When clinical or research data identify potential ways of expanding the program's scope or enhancing its efficacy, a pilot program is initiated to address the issue in question. These "beach-head" programs are first de-bugged on a small scale. Promising ones are then more fully tested using an appropriate research design. When supported by outcome data, the new models are more widely incorporated in PMHP through new rounds of associate training.

From Day 1 onward, PMHP has been fully committed to a process of close research scrutiny, reflecting both "bread-and-butter" questions such as "Does the approach work?", and a myriad of other issues that have both clarified our understandings of children's school adjustment and shaped new program directions. Although we have never claimed that PMHP is the best school mental health project around, nor even the best researched school mental health project, we are quite sure that it is the most extensively researched school mental health project, ever.

PMHP Program Dissemination

Although the challenge of further refining PMHP continues to this day, the basic project model and its empirical base were pretty well laid in place by the mid-1970s. Indeed, at that time, we published a major volume describing all aspects of the PMHP development to date (Cowen et al., 1975). Since then, two new sets of activities have occupied more and more of our attention

Most of PMHP's support during its early developmental years came from the National Institute of Mental Health (NIMH). By the mid-1970s, NIMH and other funding agencies had become convinced that programs that ignored dissemination were at grave risk of an early archival fate. The key challenge words they sounded were "utilization of knowledge". The message we heard from NIHM was that any future support they might provide for PMHP would be in national dissemination, rather than for the local program as in the past. This major shift in emphasis launched a long voyage, still very much alive, in PMHP program dissemination.

A first step, in 1972, was to start a small PMHP consciousness-elevation program. PMHP descriptive materials were sent to highly placed administrators in school districts around the country. Next, intensive PMHP training workshops were held for personnel from school districts interested in program implementation. These workshops were followed by two "hands-on" options: (a) site visits by PMHP staff members to provide concrete help with program start-up issues (e.g., associate selection and training; screening procedures); and (b) short-term internships in PMHP demonstration schools for line-personnel from new districts, to see the program in action and discuss its practices and issues with local PMHP staff.

Over a 4-year period, this approach started a limited number of new programs (Cowen, Davidson & Gesten, 1980). To accelerate the pace of the dissemination process, four PMHP Regional Dissemination Centers (RCs), each based on its own

successful program implementation, were established in Texas, Ohio, California and North Carolina. Each RC replicated PMHP's dissemination activities, with the ultimate goal of facilitating new implementations in its own geographic area. At the end of that 4-year period, we identified 87 active PMHP-type, school-district level programs (Cowen, Spinell, Wright & Weissberg, 1983).

Although the RC development was constructive, it lacked the policy mandate or resources needed to produce **systematic** program dissemination, i.e., bringing effective preventive services to millions of youngsters in need, in thousands of school districts around the country. Moreover, the locus of responsibility for programming in education and mental health at the time was shifting from the federal to the state level. Given that trend (still evident today), it became apparent that future systematic dissemination of PMHP could best proceed through an informed partnership involving those who were expert in the approach and duly empowered representatives of **state** agencies (Cowen et al., 1983).

Hence, PMHP's next dissemination thrust involved working directly with state agencies to promote program implementation. Interested state administrators were invited to PMHP training workshops. There they were given detailed information about the program's operation, and in-depth opportunities to discuss how implementation might best work in their state. Concurrently, detailed guidelines were developed listing the concrete steps, commitments, and resources required

of states as well as the resources and support elements that PMHP staff could bring to state level dissemination. These efforts have borne significant fruit (Cowen, Hightower, Johnson, Sarno & Weissberg, 1989).

The single most extensive within-state PMHP development to date, understandably, has been in New York. With support from the NY State Dept. of Education, there are now 120 implementing school **districts** in the state. Several aspects of this development are of special interest and modeling value. One is the establishment of several effective rural consortia made up of 6-7 districts with shared program resources for associate training, supervision and consultation. This approach has both sharply expands the reach of services in those districts and provides sources of interchange and stimulation that serve as antidotes to the discouragement and "burn-out" that have long plagued personnel in isolated systems with few resources (Farie, Cowen & Smith, 1986). Another unique feature has been the rooting of PMHP in some truly "high-risk" areas of New York City, where the program is now working effectively. Indeed, the New York State dissemination program has grown to the point where seven Regional Centers have been established to model the program and promote new implementations in all corners of the state.

Significant program expansion has also taken place in other states (Cowen et al, 1989). California, Washington, and Connecticut, for example, have passed specific PMHP enabling legislation with supporting budgets. This has led to a rapid growth of programs in those states. The California development about which

Debbie Johnson can say much more, is especially instructive. An initial legislative act authorized, and provided seed money for, the basic statewide program. Subsequent legislation, designed to insure the program's continuity and growth, allocated to it proceeds from the sale of impounded merchandise (e.g., a yacht picked up in a drug-"bust"). Together, these states now have some 150 implementing school districts. And, although we can no longer accurately track **all** new implementations, we estimate that more than 500 school districts around the world are now using the PMHP model. Collectively, these programs screen and bring intensive, effective helping services to tens of thousands of young school children annually.

PMHP's dissemination surveys highlight the diversity and imaginativeness of the new programs that have evolved. Diversity means several things. Geographically, for example, PMHP programs range from Australia to Jerusalem. Moreover, programs are located in large and small; urban, suburban and rural; and socioculturally, ethnically and racially diverse districts. The latter include predominantly Black or Hispanic school districts, as well as complex, racially mixed groups such as those in Hawaii. Thus, one attribute of the PMHP program model is its seeming adaptability to diverse situations, including those involving historically neglected and underserved populations.

Primary Prevention Steps

The second new thrust I mentioned was more playful. Its roots can be traced to the book we wrote about

PMHP (Cowen et al, 1975). In the last chapter of that book, overviewing everything we had done and accomplished to that point, we made this observation:

“...without demeaning our own effort we end-up with the Avis-like conclusion that PMHP, conceptually, is only second best. Although the approach is realistic, responsive to present realities, and much preferable to established, rutted, school mental health practices, it does not come to grips with the heart of the problem” (p. 370).

Though we did not fully realize it at that time, we were in fact setting a future agenda pivoting around the challenge of moving from ontogenetically early prevention toward true primary prevention, i.e., developing effective ways to promote wellness in young children from the start. This new agenda did not mean abandoning PMHP; rather it meant building on it more basic, primary ways. Indeed, the climate of trust and credibility that PMHP had created in schools over many years was a key factor in facilitating this new thrust.

Although there was little going on anywhere, by way of primary prevention for children in 1975 when we made that observation, we had the fuzzy notion that different primary prevention ways could be imagined within a universe of alternatives built around the broad goals of promoting wellness and forestalling anticipated negative outcomes (Cowen, 1977). Three such strategies, in particular, seemed especially applicable to young children in school settings: (a) training children in skills or competencies known to relate to good adjustment; (b)

modifying school or class practices in ways that enhance educational and behavioral outcomes; (c) developing interventions for children at-risk by virtue of exposure to stressful life events and circumstances, designed both to strengthen their adaptive skills and to defuse the negative outcomes known on base-rate to follow such exposure.

Since 1975, we have been heavily invested in developing and evaluating primary prevention programs to reflect these three strategies (Cowen, Hightower, Pedro-Carroll & Work, 1990), while concurrently refining the basic PMHP model and expanding its reach geometrically. Although these primary prevention programs are still evolving and are less well developed than the basic PMHP, they have led to major changes in how we allocate our energies and have added incrementally to our knowledge about effective preventive programming in the schools.

Figure 1, which looks quite official and precise, is little more than a crude attempt to depict this gradual portfolio change process. First, it makes clear that the basic PMHP model has always been the largest single component of our total effort and still is. That component has grown some 50-fold since we first hung out the project shingle. Until the mid-1970s it was 100% of our operation. At that time, the new thrusts in dissemination and primary prevention programming surfaced. As of 1976, the latter were still only minor "blips". Since then, both have grown steadily and healthily and, as of 1991, each accounts for roughly 25% of the total building effort.

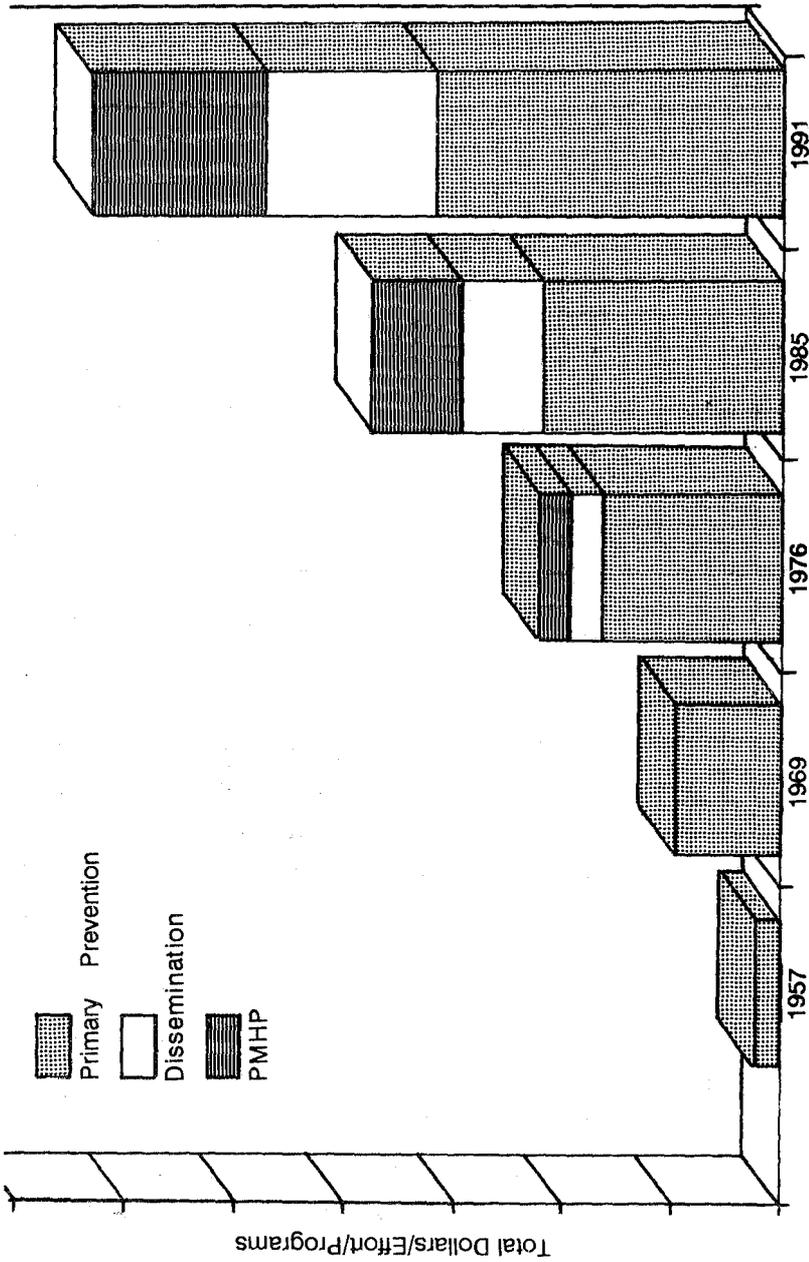


Figura 1. PMHP, Program Dissemination, and Primary Prevention Involvements 1957-1991.

The rest of this article focuses on these newer primary prevention doings. Several years ago, in an atypical burst of energy, I developed what I grandiosely called a mini-structural model for primary prevention designed to provide a rough sketch of how such programs, in general, can be conceptualized, conducted and refined (Cowen, 1984). A brief examination of this model may offer a helpful backdrop for the specific primary prevention programs I'll be describing. Indeed it may even have some minor orienting value should you dislike *our* recipes and wish to develop your own new primary prevention directions.

Figure 2 depicts this 5-stage model schematically. The stages are listed along the middle axis. To keep things relatively simple, I focused on only two primary prevention strategies from the larger universe of alternatives. Type 1 are competence enhancement approaches and Type 2 are approaches to minimize the effects of life stress. The model can equally well be applied to fit other basic primary prevention approaches such as social system change or empowerment.

The first point to stress, and it is very basic, is that all primary prevention programs must rest on a generative knowledge base justifying their existence (Cowen, 1980). Whereas for competence enhancement programs, that base consists of data showing that the presence of certain competencies relates to adjustment and their absence to maladjustment, for Type 2 interventions the relevant generative knowledge base is the one showing that certain life situations or events predispose negative psychological outcomes in children.

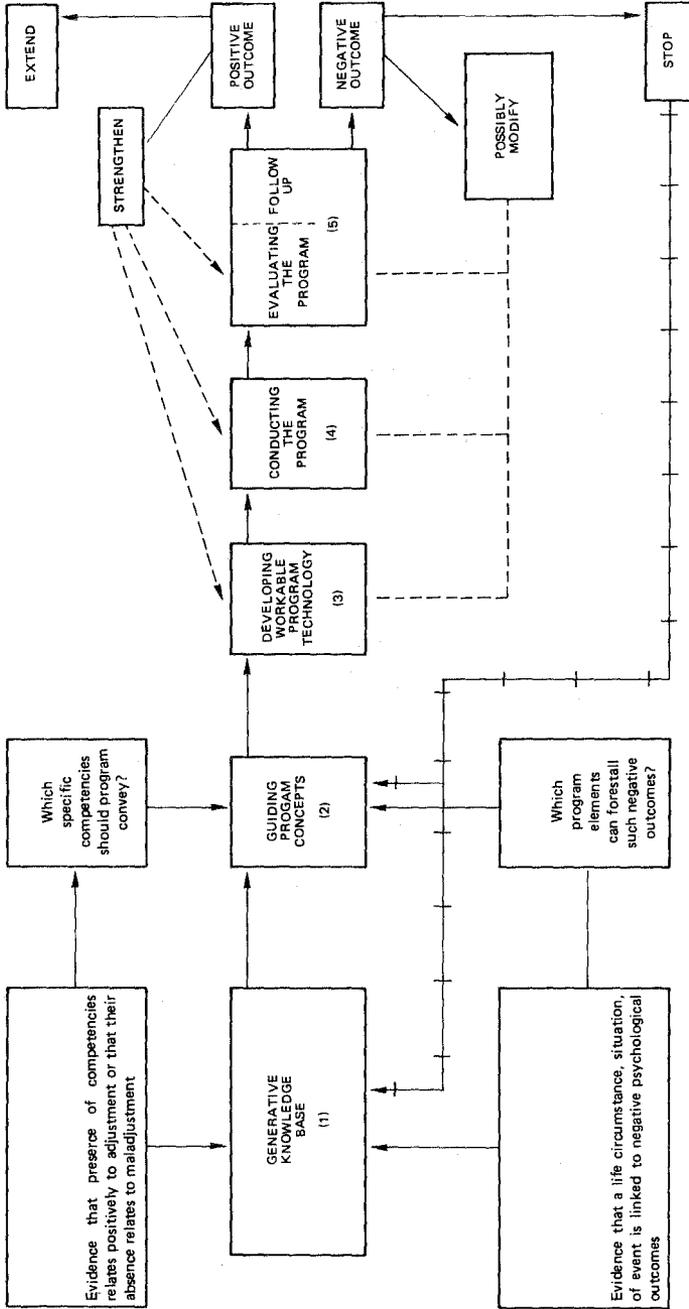


Figure 2. General Structural Model for Primary Prevention Program Development in Mental Health.

Some of these knowledge bases exist, others remain to be carved out. These same knowledge bases also suggest which **specific** competencies mediate adjustment for a particular target group, or which program elements (e.g., support, training relevant skills) may help to forestall negative outcomes. The latter data establish a program's broad **guiding concepts**, i.e., what, in general terms, a program should include and convey! This step is depicted in Box 2.

The next nitty-gritty step, i.e., developing workable program technology, requires that these broad guiding concepts be translated into **specific** curricula and methodologies. That step must consider the attributes of a program's specific target group. Thus, programs for 6-8 and 10-12 year old children of divorce, with identical objectives, call for some what different technologies (Pedro-Carroll & Cowen, 1987).

The fourth step, i.e., conducting the program is a bit more complex than it sounds. Leaders must know program components well and provide conditions that permit these components to "take". Program steps must be closely monitored to insure that good guesses about methodology were, in fact, made. If not, program adaptations may be needed. These are "quality-control" steps. Finally, programs must be evaluated to determine whether the intended positive outcomes were achieved. Given that effective primary prevention programs must show meaningful, long-term adjustive gains (not just be dazzling meteors that fizzle), follow-up is an essential ultimate step in program evaluation.

The figure's many obsessional hatched and broken lines are to suggest that the model is more

complex than this brief summary implies. One message they convey is that even effective programs can be improved by shoring-up weak spots around steps 3, 4 and 5. With negative program outcomes the plot thickens. In such cases, the **source** of error must wag decisions about trying again. If the false turn occurred around steps 1 and 2, it will be a long haul, perhaps literally back to square 1.

Notwithstanding its sketchy and preliminary nature, this model has helped us to conceptualize, conduct, and evaluate primary prevention programs for young school children. This development is still very much in process and the programs we have thus far worked on, for several reasons, lack the range and depth of confirming outcome data that PMHP has. One such reason is that they are much younger. Another is that they are labor-intensive and time-consuming, often requiring changes both in the initial development process and in later extensions to groups that differ developmentally or socioculturally from the one to which the original program was targeted. Although we have worked on seven or eight different primary prevention programs, in the interests of space I shall touch only lightly on several of them so that I can consider others in greater depth.

Competence Training Programs

Among the programs that I'll pass over quickly are our several social competence training programs. The latter, relatively speaking, are among the better known types of primary prevention programs for young

children, with many good examples of them in the psychological literature. Even so, I'll say a few words about them, if only because they are among the first primary prevention programs we worked on.

Because existing generative knowledge bases show relationships between certain types of skills or competencies and adjustment in children, training children in these skills should, in principle, have adjustment enhancing effects. One area in which such linkages have been shown is social problem solving (SPS). Extensive work by the Hahnemann group, based on an interpersonal problem solving training curriculum they developed, showed that children acquired the component program skills and, as they did, their adjustment improved. Both the cognitive and adjustment gains had short-term durability and linkages were shown between the two (Spivack & Shure, 1974; Shure & Spivack, 1978, 1982).

PMHP has developed several training curricula to teach children such SPS skills as alternative solution, consequential, and means-end thinking, and taking the role of the other. SPS programs for young and older children vary in complexity and specific exercises. All programs, however, are class-based and taught by the teacher, much as any other academic subject. Detailed program training manuals provide goals and methods for each session. Teachers are trained in the curriculum's use and receive consultation and supervision while the program is in progress. Separate curricula have been developed for 2nd-4th graders and Kindergarten-1st grade children (Weissberg, Gesten, Leibenstein, Schmid & Hutton, 1980; Winer, Hilpert, Gesten, Cower & Schubin, 1982).

The curriculum for 2nd-4th graders (Weissberg et al., 1980) seeks to teach children seven main problem-solving steps: (1) recognition and appropriate expression of feelings; (2) learning to say exactly what the problem is; (3) deciding on a goal; (4) an impulse-delay step, i.e., "stop and think"; (5) generating as many alternative solutions as possible; (6) thinking about the possible consequences of each solution (i.e., what might happen next?); (7) try a good solution and if it doesn't work, try another. A simplified version of the program developed for younger children (Winer et al 1982), focuses on steps two, five and six. Evaluations of various Rochester SPS programs have shown that all trained groups have acquired the component SPS skills and that there have been some adjustment gains, though fewer than those reported by the Hahnemann group (Gesten, Flores de Apodaca, Rains, Weissberg & Cowenr, 1979; Gesten et al., 1982; Weissberg et al., 1981).

Teachers and children have found the program to be interesting and enjoyable. Teachers also report effective applications of program learnings in dealing with everyday interpersonal problems in the classroom. For that reason, SPS trained teachers often continue to teach the program, or portions of it, on their own, in subsequent years. Because some teachers felt that the full program was time-consuming and somewhat repetitive, an abbreviated 20-session program was recently developed and conducted for 4th graders, under the direction of William Work. An initial evaluation of its efficacy yielded positive skill acquisition and adjustment data (Work & Olsen, 1991).

Although SPS training well exemplifies a competence training approach in primary prevention for children, it does not exhaust that strategy. Accordingly, PMHP's recent primary prevention efforts have sought to develop other types of skill enhancement programs, including programs to teach self-control (Stalonas et al., 1982) and appropriate assertiveness skills (Rotheram, Armstrong & Booraem, 1982). The latter, still evolving, programs are based on generative knowledge bases linking these skills to adjustment.

Class Environment Change

A second of our primary prevention thrusts focuses on modifying class environments or practices. This development rests on a generative knowledge base developed by Moos (1976; 1979) and others (e.g., Barker & Gump, 1964; Gump, 1980; Kelly et al., 1979; Stallings, 1975) showing important relationships between attributes of class environments and educational and adaptive outcomes in children. Environments are rarely neutral in their effects on people; rather they act to facilitate or impede people's adaptation (Cowen, 1980). This is no less true for school environments than for any other type of environment. Thus, another challenge for primary prevention is to identify environmental conditions or practices that favor positive outcomes and to develop programs based on this information, to enhance such outcomes.

Because several of our own early studies with 4th-6th graders showed that perceived class attributes such as Affiliation, Involvement, and Order and

Organization related to positive adjustment and educational outcomes in children (Humphrey, 1984; Wright & Cowen, 1982), a next step was to try to engineer class circumstances to promote such perceptions. This has been done in two separate programs. The first was a modification of the "jig-saw" approach used by Aronson, Blaney, Stephens, Sykes & Snapp. (1978) to reduce problems of violence and racial tension Texas schools. We began a related program (Wright & Cowen, 1985) by rewriting curriculum for two major units, covering 10-12 weeks, in 5th grade social studies classes. Classrooms were divided into cross-gender, jig-saw units, excluding close friends and going across ability levels. Jig-saw units worked both vertically and horizontally. Along the vertical axis, one member in each jig-saw cluster was responsible for learning an assigned subunit of the curriculum and teaching it to groupmates. Along the horizontal axis, cutting across jig-saw groups, children in the various subgroups with identical assignments also met to get their facts straight and exchange ideas about how best to impart that information to their jig-saw mates.

Jig-saw children came to see their classes as more involved, said they were happier in class, and enjoyed school work more. Teachers also reported fewer problem behaviors and more competencies for them. Importantly, jig-saw students did better than controls on social study exams and report card grades. Indeed, the study's most interesting finding was that the largest academic gains were registered by children with initially low academic status (Wright & Cowen, 1985).

This primary prevention step has been extended through a related program called Study Buddy, developed

by Dirk Hightower (Cowen et al., 1990; Hightower, Avery, Levinson & Wannan, 1987). This class-based program pairs children and has partners work in dyads 3-4 times/week, in 30-45 minute sessions, from October to May. Study Buddy has four basic components: (a) the initial process of forming student dyads; (b) the actual dyadic Study Buddy meetings during the school year; (c) a curriculum guide for teachers; and (d) on-going consultation with teachers while the program is in progress. The program is built around two main content strands, i.e., reciprocal peer-learning activities, and cooperative peer-relationship activities.

Study Buddy starts by providing children with a structured interpersonal experience designed to enhance their understanding both of the program and cooperative learning targeted to academic goals. In the first two sessions, each dyad completes a "Company Charter." This, basically, is a contract between the students and teacher, articulating partner responsibilities (e.g., working cooperatively, striving to complete equal amounts of work, and trying to solve problems together before asking the teacher). For the rest of Unit 1 (i.e., reciprocal peer learning), students work cooperatively towards shared spelling or arithmetic goals. Pairs establish goals by estimating how many quiz items they will answer correctly, help each other to complete student developed practice exercises, take class quizzes independently, and convene to decide if their "company" has met its collective goal. Overall, Unit 1 is relatively impersonal and structured.

Unit 2 (i.e, cooperative peer relationships) introduces skills associated with good interpersonal

relationships and then promotes conditions under which partners help each other to learn these skills. This unit has four major components. First communication skills are developed by having Study Buddies do structured interviews with each other. The next set of lessons develop cooperative work skills. For example, in one 2-lesson sequence, partners first decide where to locate their "headquarters" and then report their conclusions and describe their partner's contributions to the class. The next unit is built around structured activities designed to train effective problem solving skills, and the final unit provides an opportunity to practice these skills through skits presented to the class. After the formal program ends teachers are helped to develop and implement their own lessons, using subject areas and topics of their choice.

Program consultation provides support for teachers and considers issues associated with pupil pairing, the curriculum, program implementation, and small group processes. Consultation seeks to enhance teachers' problem solving strategies in relation to effective program operation. Program evaluations show that Study Buddy children have better school adjustment and peer-rated social skills, higher standardized achievement scores and fewer days tardy or illegal absences. Both Study Buddy pupils and teachers report more positive views of class environments (Hightower, Avery & Levinson, 1988).

What we have thus far learned from these two system change programs is encouraging. Although the structural model they reflect fits naturally into the school

context, more remains to be learned about the range and durability of these programs' preventive impact and how variations in program structure and content can best meet the needs of diverse groups of school children.

Stressful Life Events

The last primary prevention direction I shall consider illustrates a somewhat different strategy, i.e. intervening with children at risk by virtue of exposure to stressful life events and circumstances (SLE-Cs). This work has an ample generative base. PMHP itself has been heavily involved for several decades in research on the effects of life stress on children's school adjustment (Felner, et al., 1975; Sterling et al., 1985). So have many others in the field (Auerbach & Stolberg, 1986; Garnezy & Rutter, 1983; Honing, 1986a, b; Johnson, 1986). This work has shown consistent connections between the occurrence of SLE-Cs and school maladjustment (Johnson, 1986). Importantly, because such effects often take the form of academic decline and behavior problems, they pose vexing everyday problems for school personnel and create a climate of receptivity in the schools for promising solutions. If SLE-Cs do indeed harbor warning signs that adjustment and learning problems will follow, the challenge is to develop effective preventive interventions to forestall adverse outcomes for children who experience such events.

Parental divorce is a striking case in point. Divorce rates in the USA have trebled since 1960 (Report of Select Committee, 1983). Demographers predict that

children born today have less than a 50-50 chance of being in an intact nuclear family at age 18 (Glick, 1984). Indeed, PMHP's experience, by the early 1980s, was that more than 50% of its referred children came from single-parent families. This reality fueled the development of the Children of Divorce Intervention Program (CODIP), under the direction of Dr. Jo Anne Pedro-Carroll.

Since CODIP first started a decade ago, five different versions of the program, all school-based, have been developed (Pedro-Carroll & Cowen, 1987). All are conducted in mixed-gender groups ranging in size from 4-6 for young children to 7-9 for older children. All seek to prevent or minimize the negative sequelae that often follow parental divorce. CODIP is based on highly structured, sequential curriculum of 12-16, 45-75 minute sessions again depending on the children's age. Pairs of school mental health professionals serve as group leaders. They receive intensive training before the program starts and on-going consultation and supervision while it is being conducted.

CODIP features five components adapted to the developmental level and sociodemographic backgrounds of different target groups:

(1) It creates a supportive group environment in which children feel free to respond and to proceed at their own pace.

(2) It teaches children to identify and express feelings, both generally and specifically in relation to the divorce situation.

(3) It clarifies divorce-related misconceptions, as for example those relating to self-blame or fantasies of reconciliation.

(4) It builds problem solving, communication and anger-control skills to help children cope more effectively with the many difficult situations that parental divorce precipitates (e.g., being used as a messenger between parents, being upset when a parent starts to date). It also teaches children to differentiate between problems they can and cannot control and, for the latter, how to redirect energies into ageappropriate pursuits.

(5) It strives to enhance perceptions of self and family by emphasizing positive qualities in both, and dealing with feelings that many children of divorce have that they are different and defective.

The five versions of CODIP thus far developed are for 4th-6th grade and 2nd-3rd grade urban and suburban children, as well as Kindergarten -1st grade children. Each has its own detailed curriculum reflecting the developmental and sociocultural attributes of the target group.

All versions of CODIP have been evaluated, with encouraging findings. Based on data inputs from children, parents, teachers and group leaders, CODIP participants, compared to matched no-program divorce controls, show significant improvement in adjustment, evidence fewer divorce related concerns, improve more in communication, problem solving and expression of feelings, and have lower anxiety levels (Pedro-Carroll & Cowen, 1987). Indeed, by end of the program, they are comparable to peers from intact families on some of these measures (Alpert-Gillis, Pedro-Carroll & Cowen, 1989; Pedro-Carroll & Cowen, 1985; Pedro-Carroll, Alpert-Gillis & Cowen, 1992; Pedro-Carroll, Cowen, Hightower & Guare, 1986). CODIP thus appears

to be one promising direction to follow in helping children to cope effectively with the myriad personal and family problems associated with parental divorce. The program model is now well established and has carefully developed curricular guidelines (Pedro-Carroll, 1985; Pedro-Carroll, Alpert-Gillis & Sterling, 1987). It has become highly visible its right and is being conducted in scores of communities around the country.

Our most recent primary prevention trip has been a fascinating and all-consuming one for William Work, Peter Wyman and myself. It is called the Rochester Child Resilience Project (RCRP). Although the RCRP is still largely at a generative level, and is the least well developed of our primary prevention thrusts, I am absorbed by the issues that power it and hopeful that its findings can help meaningfully to address a vexing set of social conditions. Although there is some conceptual kinship between the issues and strategies of CODIP and the RCRP, the latter addresses an even more complex and challenging set of issues.

Quite beyond exposure to individual stressful events, many children in modern society grow up in worlds of chronic and profound buffetings, aptly labelled by Norman Garmezy (1981) as "stressors of marked gravity." For many youngsters, these grim realities have seriously negative short and long-term consequences. However, some fraction of them, propelled by a special resilience that stems from sources not yet well understood, not only surmount the most profound life adversity but show unusual adaptive skills and competence in the face of it. These children have variously been called

invulnerable (Anthony & Cohler, 1987; Garmezy & Neuchterlein, 1972), invincible (Werner & Smith, 1982), or resilient. Garmezy spoke of them as healthy children in unhealthy environments. Werner & Smith (1982) described them colorfully as children who, notwithstanding heavy exposure to life stressors, "worked well, played well, loved well and expected well."

These are the children of heightened resilience - survivors, who come somehow in nature's crucible to find adaptive ways of coping with profound stress and to achieve a sense of mastery of their environments and control of their own destinies. How does this happen? What factors enable them to beat the heavy odds? And how can such information be harnessed both to forestall the harmful effects of chronic life stress and more basically to promote wellness in children at grave risk? These are the Holy Grails for which the RCRP has been searching!

The RCRP's concept of child resilience is based on two elements in Garmezy's earlier definition: coping and adapting well in the face of major, enduring life-stress. Thus, the project's first step was to identify target samples of stress affected (SA) and stress resilient (SR) children (Word, Cowen, Parker & Wyman, 1990). Our initial efforts focused on 4th-6th grade *urban* children, on the assumption that base-rates for SLE-Cs are highest in the inner-city.

The RCRP work reported was done in two year waves in nine innercity schools. Parents of 4th-6th graders in these schools were informed of the study and invited to participate. The 656 consenting parents completed a 32-item Life Events Checklist (LEC) and a brief child

adjustment rating scale. Former and current teachers also submitted brief adjustment ratings for these children. Although a few LEC items reflect specific events (e.g., divorce, death of a parent) most describe chronic, on-going processes such as family tension and violence, alcohol and drug problems, families being known to Protective Services. Only children whose parents checked > 4 SLE-Cs were considered for inclusion in the SR or SA groups. Beyond that criterion, to classify as SR required convergent evidence of good adjustment on the three screening measures (parent, current and former teachers) and for SAs, convergent evidence of poor adjustment on the same measures. These stringent definitional criteria identified 75 SRs and 72 SAs who took the study's extensive test battery. Separate in-depth interviews were completed with 136 of these children and 131 parents.

Several steps were taken to verify these initial group assignment procedures. First, SRs were compared to SAs on the Teacher-Child Rating Scale (T-CRS), an in-depth measure of young children's problem behaviors and competencies (Hightwer et al., 1986). SRs were significantly better adjusted than SAs on all seven of the measure's specific problem and competence factors as well as its three total scores. The two groups were also compared to appropriate T-CRS age and gender norms based on several thousand urban children. All mean T-CRS factor and total scores for SRs were at least 1/2 SD above, and for SAs, 1/2 SD below these norms. (Work et al, 1990). We also identified a demographically matched group of classmates with scores of zero or one on the LEC and compared this group to the two criterion groups

on the T-CRS. SRs proved to be significantly better adjusted than the low stress group who, in turn, significantly exceeded SAs on the T-CRS. The combined SR and SA samples averaged nine SLE-Cs, roughly twice the number experienced by the remaining urban sample.

The two samples were proportional by gender and grade, and comparable in minority group status (60%) monthly family income (\$600- \$900), and proportions living with both natural parents (30%). These marker-properties well describe the racially diverse, low-income, highly stressed families that comprised the RCRP study group. The data cited show conclusively that these two highly stressed differed sharply in adjustment status and, in that sense, met the preconditions needed to study correlates and antecedents of resilient outcomes.

The RCRP's next goal was to identify factors associated with resilient outcomes, i.e., to flesh out the concept's nomological definitional net (Parker, Cowen, Work & Wyman, 1990). This step was built on a conceptually grounded search for child variables that might reasonably be expected to differentiate SR and SA outcomes. This search identified variables used in the test battery and several others that become part of the child interview. On the test measurers, SRs, compared to SAs, rated themselves as: (a) better adjusted, both overall and on specific factors such as rule conformity, social skills and school interest; (b) higher in perceived scholastic competence, social competence, physical appearance, behavioral conduct, global self-worth, and self-esteem; (c) less depressed; (d) more empathic; and

(e) having both a more internal locus of control and more realistic control attributions. They also reported using more adaptive coping styles and social problem solving skills, and saw themselves as having more support available from their mother and friends (Parker, et al, 1990; Cowen et al, 1991). *A discriminant function analysis was used to identify a set of test predictors that most sensitively differentiated SRs and SAs.* The combination of global self-worth, empathy, realistic control attributions, social problem solving skills and self-esteem correctly predicted the group status of 84% of the children (Parker et al, 1990).

The child interview data (Wyman et al, 1992) elaborated the test findings. The interview included 28 open-ended and 144 objective items covering 12 broad domains such as: activities and interests; family interaction patterns; parent-child relationships; and discipline practices. Interviewers blind to the subject's status rated aspects of the child's adjustment and judged whether s/he was SR or SA. Interview data showed that SRs had both a stronger sense of self-efficacy than SAs (Cowen et al, 1991) and a more optimistic view of their future. They used more adaptive coping strategies and perceived their home discipline to be less harsh. They had more positive views of themselves and their mothers and judged their family situations to be more favorable. Additionally, interviewers rated SRs as better adjusted than SAs and correctly classified 80% of the sample (Wyman et al., 1992).

The parent interview (Wyman, Cowen, Work & Parker, 1991), also guided by prior conceptual formulations and

empirical findings, sought to identify developmental antecedents in the child, and family milieu factors associated with later SR and SA outcomes. Its 35 open-ended and 244 objective questions covered eight broad areas: family background information, developmental milestones; the infancy years (ages 0-2); the preschool years (ages 2-5); the school years (ages 6-current); discipline practices; views of the child's future; and parent and family factors. The interview took about 2 1/4 hours to administer. At the end, interviewers rated aspects the parent-child relationship, support available to the family, and the parent as a person, and judged whether the interviewee was the parent of an SR or SA child.

To maximize participation, families were offered an honorarium of \$50 for completing the interview. Interviews were done either at the parent's home or at project headquarters, as the parent preferred. Objective scoring frameworks were developed for each of the interview's 35 free response items. Even so, the sheer mass of the interview data made it necessary to consolidate variables before undertaking the analyses. The following are among the important interview findings. For the infancy period, an easy child temperament, non-separation of the child and primary caregiver, support in childcare, and father involvements, all predicted later SR status. In the preschool period easy child temperament continued to predict SR status as did a good parent-child relationship. For the school-age period, both a good parent-child relationship and the caregiver's sense of parenting efficacy predicted SR outcome.

Sound parental discipline approaches in three concrete situations, age-appropriate changes in such

practices, and consistency of discipline also predicted SR outcome, as did optimistic parental views of the child's future both in general and in specific areas such as interpersonal relationships, school work and employment. Parent resources, an amalgam of positive self-views, having support available, and overall life satisfaction also predicted later SR status, as did positive interviewer ratings of the parent-child relationship, support available to the parent, and the parent as a person. Interviewers correctly classified 78% the sample as parents of SR or SA children.

Discriminant function analysis was again used to identify optimally sensitive parent interview predictors. A combination of seven predictors correctly classified 86% of the sample as SR or SA. Four of these predictors reflected the infancy period (easy temperament, father involvement, support in childcare and *non*-separation from the primary caregiver). Three others (positive expectation for the child's future, authoritative parenting styles and using consistent discipline practices), reflected later developmental periods (Wyman et al., 1991).

One other intriguing RCRP finding bears mention. In several places identical items were used in the parent and child interviews. This included one set of 22 objective and open-ended items assessing views of the parent child relationship, and a second set with 17 common items reflecting ratings of self-concept and characteristic behavioral and expressive motor style items. Parent-child self-rating discrepancy scores were computed in each domain, as an index of similarity of self-view and identification with the parents. In each case

SR parent-child dyads had significantly more congruent ratings than SAs (Gribble et al, 1992; Cowen, Wyman & Work, 1992).

The RCRP data I've reported took about four years to develop, collect, code and analyze. In good measure this was because we were dealing comprehensively with complex questions in a difficult to access, indeed often evanescent, population. We come away from this 4-year saga with important learnings about variables associated with childhood resilience and the myriad of child and familial antecedents that favor such outcomes even under the most pessimistic life conditions. The sum of this information offers some tantalizing leads for developing and conducting effective primary prevention programs for many youngsters in modern society who are at grave risk for disastrous person and social outcomes by virtue of chronic exposure to profound life stress (Cowen, Wyman, Work & Parker, 1990). Because RCRP findings to date reflect a useful stride in that direction, we are continuing to explore the challenging enigma of childhood resilience in several new directions.

The first is an attempt to harness what we have thus far found, in the form of a primitive intervention model for young profoundly stressed children. The need for such a step is obvious. Our research has shown that many highly stressed children lack sufficient opportunities in their natural environments to acquire certain pivotal adjustment-enhancing skills. If they can somehow come to acquire these skills, they will be better able to cope effectively with continuing and new sources of stress.

Our nomological net studies have helped to identify some of these skill deficiencies, i.e., perceived competence, realistic control attributions, social problem solving, empathy (Parker et al, 1990). This information stimulates thinking about the development of a curriculum designed to impart these pivotal missing skills. We have made some progress in developing such an intervention plan and have already piloted it through several rounds (Iker, 1990). Although these efforts have not yet yielded conclusive confirmatory evidence of the intervention's efficacy, we remain convinced that such a step is crucial and are continuing to pursue that still "Unfinished Symphony".

A second task, one that should keep us busy for the next four years, is designed to shore up several weak spots in the original RCRP study. Although it was sensible and practical for the RCRP to start with 4th-6th graders, that was at best just a starting point. We have just launched a second round of the RCRP focusing on a 2nd-3rd grade urban sample. The appeal of this step is that it can advance our understanding of the phenomenon of interest to an even earlier level; its hazard is that the study is susceptible to the measurement headaches researchers face when dealing with this younger age-group.

Another corrective in the new study is based on the fact that generalization from the original RCRP was limited by its cross-sectional nature. Because children's adjustment status is not a "once-and-forever" thing, a richer understanding of the forces that subserve maintenance or erosion of resilient adaptation requires a

longitudinal-prospective research design. This feature is built into the new study. Hopefully, it will help to clarify understandings of the roles played by initially identified child, family, and transactional elements as well as ongoing changes in family circumstances, both separately and interactively, in the maintenance or change in the adjustment status of highly stressed urban children over time.

Backing off from the resilience trees to glimpse its forest, the RCRP findings reported sound simultaneous notes of optimism and caution. On the plus side, by extending our knowledge of the correlates and antecedents of resilient outcomes among highly stressed children, they offer a framework for developing informed preventive interventions for high-risk children. On the other hand, the same findings underscore the complexity of the intriguing phenomenon of child resilience. Resilience is not a quality born into children. Rather such outcomes seem to depend, like the flowering of a delicate blossom, on a combination of felicitous conditions including qualities of the child, a favorable family milieu, and positive interactions between these elements. Hence, even though the notion of a preventive intervention with these youngsters is intrinsically appealing, an intervention that focuses exclusively on children—even one that provides optimal conditions and imparts essential skills and competencies effectively—may have serious limitations. Given current RCRP findings, a next logical preventive step is to develop a yoked child-family intervention. Beyond that remains the menacing specter of limitations on human development that are imposed by a social macrostructure that short-changes major

segments of society in terms of such critical factors as justice, empowerment and life opportunity (Rappaport, 1981; 1987).

In modern society, chronic exposure to major life stress is commonplace for many children. More often than not, such exposure is followed by serious adaptive failure at heavy cost both to individuals and to society. It is much easier, at this point, to perceive these problems than to find workable solutions for them. The twinned appeal of the concept of child resilience is that it offers a promising entry point for addressing these problems and for enriching a psychology of wellness (Cowen, 1991). For individuals oriented to the challenge of promoting psychological wellness, it is difficult to identify a domain that offers better opportunities than resilience, to blend rigorous scientific inquiry with urgently needed practical application.

This article, at the very best, transistorizes a complex saga. It has hit only a few highlights of that saga, and has buried many of its tortuous detours and flagrant errors. The latter, much a part of the saga, have contributed vitally to what we view as the building of a small, but better, mousetrap. Everything we have done over the years has pivoted around the three keywords: prevention, children and schools. Our experience in the trenches suggests that these keywords are now well established and pivotal for the future. Although they do not in any sense write a *complete* prevention story, they reflect one meaningful set of guidelines for any comprehensive future plan for advancing wellness. The American writer Henry David Thoreau once said: "There

are 1,000 people hacking at the branches of evil, for every one striking at its roots!" Striking at roots is the challenge and promise of prevention. We have chosen to direct our small portion of such a strike to young children in schools.

SUMMARY

COWEN, Emory L. Prevention, young children and the schools. *Estudos de Psicologia*, 8(2): 7 - 64, agost./dez. 1991.

General Guidelines on how to start, develop and evaluate prevention programs for young children. Three main topics are discussed: 1) the primary mental health project, offered at the University of Rochester; 2) efforts and difficulties presented on this program; 3) strategies and models for primary prevention programs in the schools.

Key Words: Primary Prevention, Mental Health and Program of Mental Health.

REFERENCES

ALPERT-GILLIS, L. J., PEDRO-CARROLL, J. L., & COWEN, E. L. (1989). Children of Divorce Intervention Program: Development, implementation and evaluation of a program for young urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 583-587

- ANTHONY, E. J. & COHLER, B. J. (Eds). (1987). **The invulnerable child**. New York: Guilford Press.
- ARONSON, E., BLANEY, N., STEPHAN, C., SIKES, J., & SNAPP, M. (1978). **The jigsaw classroom**. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- AUERBACH, S. M. & STOLBERG, A. L. (Eds.). (1986). **Crisis intervention with children**. Washington, DC: Hemisphere Publication Corp.
- BARKER, R. G., & GUMP, P. (1964). **Big school, small school**. Stanford, CA: Stanford University Press.
- COWEN, E. L. (1977). Baby-steps toward primary prevention. **American Journal of Community Psychology**, 5, 1-22.
- COWEN, E. L. (1980). The wooing of primary prevention. **American Journal of Community Psychology**, 8, 258-284.
- COWEN, E. L. (1984). A general structural model for primary prevention program development in mental health. **Personel and Guidance Journal**, 62, 485-490.
- COWEN, E. L. (1991). In pursuit of wellness. **American Psychologist**, 46, 404-408.
- COWEN, E. L., DAVIDSON, E. R., & GESTEN, E. L. (1980). Program dissemination and the modification of delivery practices in school mental health. **Professional Psychology**, 11, 36-47.
- COWEN, E. L., DORR, D. A., & POKRACKI, F. (1972). Selection of nonprofessional child-aides for a school mental health project. **Community Mental Health Journal**, 12, 145-154.

- COWEN, E. L., GARDNER, E. A., & ZAX, M. (Eds.). (1967). **Emergent approaches to mental health problems**. New York: Appleton-Century-Crofts.
- COWEN, E. L., HIGHTOWER, A. D., JOHNSON, D. B., SARNO, M., & WEISSBERG, R. P. (1989). State level dissemination of a program for early detection and prevention of school maladjustment. **Professional Psychology, 20**, 513-519.
- COWEN, E. L., HIGHTOWER, A. D., & JOHNSON, D. B. SARNO, M., & WEISSBERG, R. P. (1989). State level J. L., & WORK, W. C. (1990). School-based models P. Lorion (Ed.), **Protecting the children: Strategies for optimizing emotional and behavioral development**. (pp. 133-160). New York: Haworth Press.
- COWEN, E. L., ORGEL, A. R., GESTEN, E. L., & WILSON, A. B. (1979). The evaluation of an intervention program for young school children with acting-out problems. **Journal of Abnormal Child Psychology, 7**, 381-396.
- COWEN, E. L., SPINWILL, A., WRIGHT, S., & WEISSBERG, R. P. (1983). Continuing dissemination of a school-based early detection and prevention model. **Professional Psychology, 14**, 118-127.
- COWEN, E. L., TROST, M. A., LORION, R. P., DOUR, D., IZZO, L. D., & ISAACSON, R. V. (1975). **New ways in school mental health: Early detection and prevention of school maladaptation**. New York: Human Sciences Press, Inc.
- COWEN, E. L., WORK, W. C., HIGHTOWER, A. D., WYMAN, P. A., PARKER, G. R. R., & LOTYCZEWSKI, B. S.

- (1991, b) Toward the development of a measure of perceived self-efficacy in children. **Journal of Clinical Child Psychology**, **20**, 169-178.
- COWEN, E. L., WORK, W. C. WYMAN, P. A., (1992). Similarity of parent and child self-views in stress affected and stress resilient urban families. Manuscript submitted for publication.
- COWEN, E. L., WORK, W. C., WYMAN, P. A., PARKER, G. R., WANNON, M. & GRIBBLE, P. A. (1991, a). Test comparisons among stress-affected, stress resilient and non-classified 4th-6th grade urban children. Manuscript submitted for publication.
- COWEN, E. L., WYMAN, P. A., WORK, W. C., & PARKER, G. R. (1990). The Rochester Child Resilience Project (RCRP): Overview and summary of first year findings. **Development and Psychopathology**, **2**, 193-212.
- FARIE, A. M., COWEN, E. L., & SMITH, M. (1986). The development and implementation of a rural consortium program to provide early, preventive school mental health services. **Community Mental Health Journal**, **22**, 94-103.
- FELNER, R. D., GINTER, M. A., BOIKE, M. F., & COWEN, E. L. (1981). Parental death or divorce and the school adjustment of young children. **American Journal of Community Psychology**, **9**, 181-191.
- FELNER, R. D., NORTON, P. L., COWEN, E. L., & FARBER, S. S. (1981). A prevention program for children experiencing life crisis. **Professional Psychology**, **12**, 446-452.

- FELNER, R. D., STORBERG, A. L., & COWEN, E. L. (1975). Crisis events and school mental health referral patterns of young children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **43**, 305-310.
- GARMEZY, N. (1981). Children under stress: Perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology. In A. I. Robin, J. Arnonoff, A. M. BARCLAY, & R. A. ZUCKER (Eds.). **Further explorations in personality**, (pp 196-269). New York: Wiley.
- GARMEZY, N., & NEUCHTERLEIN, K. (1972). Invulnerable children: The fact and fiction of competence and disadvantage. **American Journal of Orthopsychiatry**, **42**, 328-329.
- GARMEZY, N., & RUTTER, M. (Eds.). (1983). **Stress, coping, and development in children**. New York: McGraw-Hill.
- GESTEN, E. L., FLORES DE APODACA, R., RAINS, M. H., WEISSBERG, R. P. & COWEN, E. L., (1979). Promoting peer related social competence in schools. In M. W. Kent, & J. E. Rolf (Eds.), **The primary prevention of psychopathology, Vol. 3: Social competence in children** (pp. 220-247). Hanover, NH: University of Press of New England.
- GESTEN, E. L., RAINS, M. H., RAPKIN, B. D., WEISSBERG, R. P., FLORES DE APODACA, R., COWEN, E. L., & BOWEN, R. (1982). Training children in social problem-solving competencies: A first and second look. **American Journal of Community Psychology**, **10**, 95-115.

- GLICK, P. C. (1984). Prospective changes in marriage, divorce and living arrangements. **Journal of Family Issues**, **5**, 7-26.
- GRIBBLE, P. A., COWEN, E. L., WYMAN, P. A., WORK, W. C., WANNON, M. & RAOOF, A. (1992). Parent and child views of parent-child relationship qualities and resilient outcomes among urban children. Manuscript submitted for publication.
- GUMP, P. V. (1980). The school as a social situation. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), **Annual Review of Psychology**, **31**, 553-582.
- HIGHTOWER, A. D., AVERY, R. R., & LEVINSON, H. R. (1988). **An evaluation of the Study-Buddy program: A preventive intervention for 4th and 5th graders**. Paper presented at the National Association of School Psychologists Annual Meeting, Chicago, IL.
- HIGHTOWER, A. D., AVERY, R. R., LEVINSON, H. R. & WANNON, M. (1987). **Study Buddy Program: Teachers Manual**. Rochester, N.Y.: University of Rochester Center for Community Study.
- HIGHTOWER, A. D., COWEN, E. L., SPINELL, A. P., LOTYCZEWSKI, B. S., GUARE, J., C., ROHRBECK, C. A., & BROWN, L. P. (1987). The Child Rating Scale: The development and psychometric refinement of socioemotional self-rating scale for young children. **School Psychology Review**, **16**, 239-255.
- HIGHTOWER, A. D., WORK, W. C., COWEN, E. L., LOTYCZEWSKI, B. S., SPINELL, A. P., GUARE, J.

- C., & ROHRBECK, C. A. (1986). The Teacher-Child Rating Scale: A brief objective measure of elementary children's school problems behaviors and competencies. **School Psychology Review**, **15**, 393-409.
- HORING, A. S. (1986a). Stress and coping in children (Part 1). **Young Children**, (May), 50-63.
- HONIG, A. S. (1986b). Stress and coping in children (Part 2). Interpersonal family relationships. **Young Children**, (July), 47-59.
- HUMPHREY, L. L. (1984). Children's self control in relation to perceived environment. **Journal of Personality and Social Psychology**, **46**, 178-188.
- IKER, M. (1990). A preventive intervention for young profoundly stressed urban children. Unpublished Ph.D. dissertation, University of Connecticut.
- JOHNSON, J. H. (1986). **Life events as stressors in childhood and adolescence**. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- KELLY, J. G. et al. (1979). **Adolescent boys in high school: A psychological study of coping and adaptation**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- KUHN, T. S. (1970). **The structure of scientific revolutions** (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- LORION, R. P., COWEN, E. L., & CALDWELL, R. A. (1974). Problem types of children referred to a school based mental health program: Identification and outcome. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **42**, 491-496.

- MOOS, R. H. (1976). Evaluating and changing community settings. **American Journal of Community Psychology**, **4**, 313-326.
- MOOS, R. H. (1979). **Evaluating educational environments**. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- PARKER, G. R., COWEN, E. L., WORK, W. C., & WYMAN, P. A. (1990). Test correlates of stress affected and stress resilient outcomes among urban children. **Journal of Primary Prevention**, **11**, 19-35.
- PEDRO-CARROLL, J. L. (1985). **The Children of Divorce Intervention Program: Procedures Manual**. Rochester, NY: University of Rochester Center for Community Study.
- PEDRO-CARROLL, J. L., ALPERT-GILLIS, L. J., & COWEN, E. L. (1992). A preventive intervention for 4th-6th grade urban children of divorce. Manuscript submitted for publication.
- PEDRO-CARROLL, J. L., ALPERFGILLIS, L. J., & STERLING, S. (1987). **Children of Divorce Intervention Program: Procedures manual for conducting support groups with 2nd and 3rd grade children**. Rochester, NY: University of Rochester, Center for Community Study.
- PEDRO-CARROLL, J. L., & COWEN, E. L. (1985). The Children of Divorce Intervention Project: An investigation of the efficacy of a school-based prevention program. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **53**, 603-611.
- PEDRO-CARROLL, J. L., & COWEN, E. L. (1987). Preventive interventions for children of divorce. In

- J. P. Vincent (Ed.), **Advances in family intervention, assessment and theory, Vol. IV** (pp. 281-307), Greenwich Ct.: JAI Press.
- PEDRO-CARROLL, J. L., COWEN, E. L., HIGHTOWER, A. D., & GUARE, J. C. (1986). Preventive intervention with latency-aged children of divorce: A replication study. **American Journal of Community Psychology, 14**, 277-290.
- Prevention Task Panel Report (1978). **Task Panel reports submitted to the President's Commission on Mental Health, Vol. 4** (pp. 1877-1863). Washington, DC, U. S. Gov't Printing Office, Stock N^o 040-000-00393-2.
- RAPPAPORT, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. **American Journal of Community Psychology, 9**, 1-25.
- RAPPAPORT, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory of community psychology. **American Journal of Community Psychology, 15**, 121-148.
- Report of the Select Committee on Children, Youth and Families, 98th Congress (1983). **U. S. children and their families Current conditions and recent trends**. Washington, DC: Foundation for Child Development.
- ROTHERAM, M. J., ARMSTRONG, M., & BOORAEM, C. (1982). Assertiveness training in fourth- and fifth-grade children. **American Journal of Community Psychology, 10**, 567-582.
- SARASON, S. B. (1982). *The culture of the school and the problem of change*. Boston, MA: Allyn-Bacon.

- SHURE, M. B., & SPIVACK, G. (1978). **Problem-solving techniques in childrearing**. San Francisco: Jossey-Bass.
- SHURE, M. B., & SPIVACK, G. (1982). Interpersonal problem-solving in young children: A cognitive approach to prevention. **American Journal of Community Psychology**, 10, 341-356.
- SPIVACK, G., PLATT, J. J., & SHURE, M. B. (1976). **The problem-solving approach to adjustment**. San Francisco: Jossey-Bass.
- SPIVACK, G., & SHURE, M. B. (1974). **Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems**. San Francisco: Jossey-Bass.
- STALLINGS, J. (1975). Implementation and child effects of teaching practices in Follow-Trough classrooms. **Monographs of the Society for Research on Child Development**, 40, (Serial Nº 163).
- STALONAS, P. M., TORO, P. A., COWEN, E. L., LAMB, G., SPADOFORA, S., THOMASSEN, J., & WEISSBERG, R. P. (1982). **The evaluation of a preventively oriented self-improvement program for sixth-graders**. Rochester, N.Y.: University of Rochester Center for Community Study.
- STERLING, S., COWEN, E. L., WEISSBERG, R. P., LOTYCZEWSKI, B. S., & BOIKE, M. (1985). Recent stressful life events and young children's school adjustment. **American Journal of Community Psychology**, 13, 31-48.
- TERRELL, D. L., McWILLIAMS, S. A., & COWEN, E. L. (1972). Description and evaluation of group-work

- training for nonprofessional aides in a school mental health program. **Psychology in the Schools**, **9**, 70-75.
- WEISSBERG, R. P., GESTEN, E. L., CARNRIKE, C. L., TORO, P. A., RAPKIN, B. D., DAVIDSON, E., & COWEN, E. L. (1981). Social problem-solving skills training: A competence building intervention with 2nd-4th grade children. **American Journal of Community Psychology**, **9**, 411-424.
- WEISSBERG, R. P., GESTEN, E. L., LIEBENSTEIN, N. L., SCHMID, K. D., & HUTTON, H. (1980). **The Rochester Social Problem Solving (SPS) Program: A training manual for teachers of 2nd-4th grade children** Rochester, N.Y.: University of Rochester Center for Community Study.
- WERNER, E. E., & SMITH, R. S. (1982). **Vulnerable but invincible: A study of resilient children**. New York: McGraw-Hill.
- WINER, J. I., HILPERT, P. L., GESTEN, E. L., COWEN, E. L., & SCHUBIN, W. E. (1982). The evaluation of a kindergarten social problem-solving program. **Journal of Primary Prevention**, **2**, 205-216.
- WINER, J. I., WEISSBERG, R. P., & COWEN, E. L. (1988). Evaluation of a planned short-term intervention for school children with focal adjustment problems. **Journal of Clinical Child Psychology**, **17**, 106-115.
- WRIGHT, S., & COWEN, E. L. (1982). Student perception of school environment and its relationship to mood, achievement, popularity and adjustment. **American Journal of Community Psychology**, **10**, 687-703.

- WRIGHT, S., & COWEN, E. L. (1985). The effects of peer teaching on student perceptions of class environments, adjustment and academic performance. **American Journal of Community Psychology**, **13**, 413-427.
- WORK, W. C., COWEN, E. L., PARKER, G. W., & WYMAN, P. A. (1990). Stress resilient children in an urban setting. **Journal of Primary Prevention**, **11**, 3-17.
- WORK, W. C., & OLSEN, K. H. (1991). Development and evaluation of a revised social problem solving curriculum for fourth graders. **Journal of Primary Prevention**, **12**. (In press).
- WYMAN, P. A., COWEN, E. L., WORK, W. C., & PARKER, G. R. (1991). Developmental and family milieu interview correlates of resilience in urban children who have experienced major life-stress. **American Journal of Community Psychology**, **18**, 405-426.
- WYMAN, P. A., COWEN, E. L., WORK, W. C., RAOOF, A., GRIBBLE, P. A., PARKER, G. R., & WANNON, M. (1992). Interviews with children who experienced major life stress: Family and child attributes that predict resilient outcomes. Manuscript submitted for publication.
- ZAX, M., COWEN, E. L., (1976). **Abnormal psychology: Changing conceptions**, 2nd ed. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

DESENVOLVIMENTO AFETIVO MEDIDO PELO TESTE DAS PIRÂMIDES COLORIDAS DE PFISTER E GRAUS DE PERDA AUDITIVA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Regina Maria de SOUZA
UNICAMP
Fantina DUARTE
PUCCAMP
José Antonio CORDEIRO
UFRP/SP

RESUMO

SOUZA, Regina Maria de; DUARTE, Fantina e CORDEIRO, José Antonio. Desenvolvimento afetivo medido pelo teste das pirâmides coloridas de pfister e graus de perda auditiva: um estudo exploratório. *Estudos de psicologia*, 8(2): 65- 101, agost./dez. 1991.

PALAVRAS-CHAVE: Afetividade, Pirâmides de Pfister, Perdas Auditivas.

O presente estudo teve como objetivos principais verificar a sensibilidade do TPC em discriminar diferenças intra grupo de surdos e entre os resultados de cada um dos dois grupos (portadores de surdez menor ou maior

que 80 db) com o padrão esperado. Participaram 100 adolescentes surdos, entre 13 a 20 anos, alunos de escolas especiais ou regulares de Campinas. Verificou-se que, enquanto instrumento, o TPC não foi sensível em detectar diferenças significantes entre grupos mas o fez quando os resultados foram confrontados com o esperado. Foi possível o levantamento de uma série de características comuns, e distintas, entre os grupos. Não foi observado um perfil caracteristicamente psicótico ou tendências psicóticas marcantes o que vem de encontro a várias pesquisas realizadas.

INTRODUÇÃO

Psicólogos e psiquiatras, interessados na avaliação e no estudo do desenvolvimento emocional de surdos, têm assinalado algumas variáveis como sendo de relevante importância. Entre elas, Myklebust (1971) enfatiza duas: a época da ocorrência da surdez e o grau de perda auditiva. Para ele, as limitações impostas por esta patologia são maior quanto menor for a funcionalidade do resíduo auditivo na formação de estruturas lingüísticas, e também, quanto menos informações significativas de sons ambientais oferecer a pessoa. Seu efeito será igualmente acentuado quanto mais cedo for adquirida. Comprometimentos maiores são esperados nos casos de surdez ocorridas entre 0 a 2 anos de idade. Segundo Edler (1977), a surdez ocorrida após a aquisição da linguagem acarreta frustrações, mas seus efeitos sobre as funções cognitivas são menores. Todavia, as relações entre linguagem e funções psíquicas ainda estão pouco precisadas na literatura. Sabe-se, ou assinala-se, sua importância mas há muitas

dúvidas quanto ao papel que desempenha no desenvolvimento dessas funções. Seria um papel constitutivo ou instrumental?

Spitz (1959) propôs que a linguagem é o 3^a organizador da psiquê, posterior à resposta do sorriso e à angústia dos 8 meses, 1^a e 2^a organizadores respectivamente. Para ele, a linguagem possibilita o desenvolvimento das relações objetais conforme o padrão humano, isto é, o da comunicação semântica. Isto permite não apenas a emergência do eu (self) mas o início de relações sociais ao nível humano. Ainda segundo esse autor, o ego exerce uma função mediadora para a ação e integradora dos processos psíquicos. Para ele, a linguagem embora possua raízes ontológicas diversas da afetividade, a amplia; torna mais complexa as relações entre as pessoas e mais rico e diferenciado, enquanto instância, o "eu" (self). Multiplica quase inesgotavelmente o universo e, a "realidade" passa a constituir apenas uma das possibilidades com o que se interagir. Além dela, há fantasias, desejos e delírios ...um constante confronto entre o real, seus limites, e o imaginado quer seja desejado ou temido. Enfim tem, assim, papel de destaque para se lidar com o abstrato, no enriquecimento das relações objetais e, o texto de Spitz permite afirmar, é indutora da constituição de mecanismos de defesas complexos. Todavia, ao lê-lo, duas considerações podem ser feitas. Uma é que Spitz lida com uma concepção de linguagem, do ponto de vista de uma teoria lingüística, que a restringe a sua função comunicativa. Dito de outro modo, se de um lado, Spitz atribui à linguagem o importante papel de organizadora da psiquê, por outro, a sua concepção sobre ela, em

termos de uma teoria linguística, a restringe em sua função comunicativa e à noção estruturalista de ser um "código socialmente compartilhado", além disso, não esclarece o modo como ocorre o processo de "transformação", a nível interno, do social em subjetivo. Em outras palavras, não explica como a partir da relação do indivíduo com o outro, neste caso via linguagem, se constitui ou se organiza a mente humana. Esta falta de clareza, aliás, se encontra em vários outros autores, entre os quais no próprio Vygotsky (1971). É uma questão ainda nebulosa e que desafia estudiosos de várias áreas como aqueles da psicolinguística e da neuropsicologia. Em relação a isso, investigações científicas e acompanhamento de sujeitos surdos, portanto privados de adquirirem linguagem oral de modo "natural", muito podem contribuir no sentido de oferecer elementos para uma maior compreensão das relações entre a linguagem e a mente humana, ou mesmo, de como essa mente funciona.

Por exemplo, vários estudos sobre cognição com surdos tem fornecido interessantes informações e interpretações sobre dificuldades observadas na construção do texto por surdos relacionando-as, em parte, à influência da ausência da estimulação auditiva na lateralização hemisférica, na mielinização e diferenciação dendrítica (Martin, 1985).

Ao se levantar a bibliografia disponível, verifica-se que são praticamente inexistentes trabalhos que se ocupam em verificar a influência de bloqueios de linguagem e da privação auditiva sobre a estrutura e

dinâmica da personalidade. O presente trabalho se propõe a divulgar e discutir dados parciais de um estudo piloto realizado com 100 adolescentes, surdos, que foram submetidos ao Teste das Pirâmides Coloridas (TPC) de Max Pfister, e no qual foi considerado o grau de perda auditiva.

Na literatura consultada, não foram encontrados testes de personalidade especificamente realizados e padronizados para surdos. Pesquisadores experientes geralmente utilizam os testes convencionais, adotando os necessários cuidados metodológicos na escolha do instrumento, na análise e interpretação dos dados (Bindon, 1957; Vernon, 1969; Myklebust, 1971). Estes estudos têm-se mostrado úteis na validação de provas já existentes para uso imediato nesta população. Além disso, detectam limitações ou necessidades de certas modificações que, no futuro, poderão servir de ponto de partida para a elaboração de recursos diagnósticos melhor adaptados às condições dos sujeitos com perda auditiva. Entretanto, alguns pesquisadores que utilizaram técnicas projetivas com surdos sofreram algumas críticas. Isto porque, por não terem considerado as limitações impostas pela surdez, valeram-se de provas que requeriam habilidade verbal e, a partir dos resultados inferiores aos esperados, quando comparados com ouvintes, concluíram que os surdos tinham mais características neuróticas ou psicopatológicas que esses últimos, quando, na verdade, estavam interpretando de modo falho a capacidade de expressão verbal (escrita ou oral) do indivíduo deficiente auditivo. Como exemplos típicos temos as pesquisas de Mc Andrew (1948) e

Levine (1956) que utilizaram o Rorschach em crianças surdas.

Tendo em vista todas essas ponderações, elegeu-se o TPC no presente trabalho por vários motivos. Primeiro, porque tem se mostrado bom recurso projetivo auxiliar em estudos de caso e na investigação de traços psicológicos de populações normais e patológicas (Amaral, 1978). Segundo porque, vários autores o têm considerado um método válido (Kuhn, 1983; Justo e Van Kolck, 1976; Van Kolck e col., 1966; Bonilha, 1968a e 1968b; Ginsberg, 1959, entre outros). Terceiro, porque se caracteriza por ser não verbal, não depender da fluência em leitura ou escrita e nem requerer domínio da linguagem oral. O que se avalia é o modo como sujeito constrói a tarefa e não suas impressões sobre ela. Quarto, por ser a instrução bastante simples e facilmente convertida em linguagem gestual. Um pequeno inquérito é realizado depois do teste, mas o objetivo é o de assegurar ao terapeuta de que a construção realizada pelo sujeito não refletiu uma disposição de momento. Por exemplo: suponha uma pessoa que faça 3 pirâmides branca e verde e, no inquérito afirme que, assim o fez, em comemoração à vitória do Guarani. Neste caso, a prova deve ser invalidada.

Finalizando, deve-se realçar a importância de estudos na área da psicometria para a prática clínica com surdos. Destacam-se as situações, por exemplo, em que o psicólogo necessita realizar psicodiagnóstico com adolescentes ou adultos surdos que não conseguiram adquirir uma linguagem (oral ou gestual) passível de ser compartilhada com um grupo social mais amplo. Nossa população de clientes, no Centro de Reabilitação "Prof.

Dr. Gabriel de Oliveira da Silva Porto" é composta, para ilustrar, pela maioria nessas condições (cerca de 60%). Em tais casos, o psicólogo tem que se valer de informações dos pais sobre o próprio deficiente, que em geral são imprecisos ou/e as distorcem por atuação de mecanismos psicodinâmicos neles próprios, e por observações diretas de cada surdo em situações diversas. Na prática institucional o psicodiagnóstico não pode demandar um tempo excessivo de execução e necessita oferecer uma quantidade de dados que possibilite diagnósticos diferenciais. Dessa forma, são relevantes os estudos que possam avaliar a validade e a sensibilidade dos testes projetivos já existentes e, também, propor a criação de novas técnicas de investigações da personalidade de surdos.

OBJETIVOS DESSE ESTUDO

Os objetivos principais do presente trabalho são: 1) apresentar as diferenças e semelhanças entre os surdos, em termos de característica de personalidade, detectadas pelo TPC, quando se considera o grau de perda auditiva; e, 2) verificar a sensibilidade do TPC em fazer discriminações intra grupo.

MÉTODO

Instrumentos de Medida e Procedimentos de Uso.

Para a avaliação da personalidade foi empregado o TPC, na forma proposta por Amaral (1978),

tendo sido utilizado, no inquérito, a fala em concomitância com itens lexicais correspondentes da linguagem gestual (prática denominada de bimodal).

Para a mensuração da perda auditiva foram feitas audiometrias em todos os sujeitos e nas mesmas condições ambientais. As avaliações audiométricas realizaram-se em instalações adequadas para esse fim, por um especialista experiente, com o audiômetro AMPLIVOX. Para a análise da influência do grau de perda auditiva, a amostra foi dividida em dois subgrupos, ou seja, indivíduos com perda inferior a 80 dB, ou com perda igual ou superior a 80 dB. Foram excluídos, da amostra, 02 (dois) sujeitos com perda auditiva menor que 50 dB por apresentarem um comprometimento bem menor do que os demais e serem poucos, numericamente, para se constituírem em outro subgrupo.

Foi estabelecido 80 dB como área de corte porque existe um consenso entre os autores (Myklebust, 1971; Perello, 1972) de que essa é uma perda severa, pois os indivíduos só podem ouvir sons quanto amplificados por próteses. Ainda assim, a amplificação serve mais para uma centralização da atenção nos sons ambientais do que, propriamente, para a compreensão da voz humana. Abaixo de 80 dB, quanto menor a perda, mais efetiva a prótese no entendimento da voz humana.

Sujeitos:

Cem alunos deficientes auditivos de escolas ou classes especiais da cidade de Campinas, entre 13 a 20 anos. De acordo com a proposta desse estudo, o subgrupo A era composto por 35 sujeitos com "menor perda

auditiva", portanto, inferior a 80 dB no melhor ouvido. O grupo B, constituído pelos restantes 65 surdos, com "maior perda auditiva", isto é, igual ou superior a 80 dB. De um modo geral, e a partir de dados de anamnese, pode-se destacar as seguintes características dessa amostra: (a) 57% dela era composta por homens e 43% por mulheres; (b) a idade média era de 15 anos e 5 meses; (c) 85% deles provinham de lares católicos; (d) 61% ficaram surdos até os 6 anos e 39% antes dos 2 anos; (e) a etiologia da surdez foi, em 61% dos casos, ou indeterminada (mais de um agente etiológico concorrendo: 38%) ou desconhecida (23%) (entre as causas identificadas, a mais freqüente foi atribuída a bactérias ou vírus, responsáveis pela surdez de quase 30% dos indivíduos; drogas ototóxicas concorreram com 6% dos casos); (f) quanto ao modo como se comunicavam com as pessoas ouvintes, 47% associavam fala, gestos e escrita (cerca de 34% comunicavam-se praticamente através de modalidades gestuais e possuíam uma fala "não funcional" para a comunicação com ouvintes; apenas 15% da amostra se valia apenas da linguagem oral para se comunicar, contudo, a fala destes alunos, exceto de 3, era marcada por falhas na entonação e altura dos sons, inapropriações na pronúncia de sílabas entre outros); (g) a renda econômica média da amostra era de 5,75 salários mínimos e a per-capita de 1,02 salários (rendas extremas, abaixo de 2 e maiores ou iguais a 11 salários mínimos tiveram pequena participação, não chegando a 5% no primeiro caso, e não atingindo 9% no segundo).

Em relação ao grupo A ("menor perda auditiva"), cerca de 2/3 do grupo apresentava uma perda auditiva

entre 65 a 79 dB e o restante 1/3 entre 50 e 64 dB, no melhor ouvido. No grupo B, 29 sujeitos tinham uma perda entre 80 a 94 dB e, os demais, acima de 94 dB.

RESULTADOS

A fim de se confrontar os resultados dos subgrupos entre si e de cada um deles com o esperado, foram destacadas as seguintes variáveis do teste: Tempo de Execução, Fórmula Cromática, Síndromes Cromáticas e Cores.

Considerou-se como "valores esperados" aqueles apresentados nas tabelas do manual do teste (Amaral, 1978).

Estatisticamente, os dados foram analisados através da aplicação do teste t , com correção de Welch (C.W.), sobre a média dos escores do Tempo de Execução, Fórmula Cromática, Síndrome e Cores, com o objetivo de verificar diferenças significativas entre os dois subgrupos de maior e menor perda auditiva, e, entre cada um deles com o padrão teórico (PT) ou esperado. Em relação às cores aplicou-se um procedimento complementar, isto é, realizou-se uma Análise Exploratória "a la Tukey" (1977) para verificação de valores anômalos.

Adotou-se o nível de significância de 0,05 e não outro mais rigoroso, por tratar-se de um estudo inicial numa área de psicologia pouco explorada, sendo os resultados uma base para novas e mais aprofundadas pesquisas.

Nas tabelas apresentadas a seguir, A se refere ao grupo de "menor perda auditiva", B ao de "maior

perda" e PT às iniciais de "padrão teórico", ou seja, ao valor esperado para a variável em questão segundo a padronização do teste.

Tempo de Execução

Como demonstra a Tabela I, não há diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos "menos surdos" (A) e os "mais surdos" (B), no que se refere ao tempo empregado para realizar as três pirâmides. Contudo, tanto um quanto o outro realizaram a prova num tempo significativamente menor que o esperado (PT).

Tabela 1. Comparação entre A e B, A e PT, em relação ao tempo Médio de Execução (em minutos).

Tempo Médio		Cálculos Estat.			Cálculos Estat.		
A	B	Grupos	T	P	Grupos	T	P
					A x PT	-5,928	0,000
9,21	8,17	A x B	0,686	0,496			
					B x PT	-16,539	0,000

Amplitude do Campo de Receptividade (Fórmula Cromática)

Pela Tabela II pode-se constatar a inexistência de diferença significativa entre os sujeitos com menor (A) e maior (B) perda auditiva no que se refere ao resultado da soma dos três primeiros algarismos. É um fato também que, para ambos, esta soma foi significativamente maior que o esperado.

Tabela 2. Comparação entre A e B, A e PT, B e PT em relação à Soma dos Três Primeiros Algarismos da Fórmula Cromática (Amplitude do Campo de Receptividade)

Média aprox. da soma		Cálculos Estat.			Cálculos Estat.		
A	B	Grupos	T	P	Grupos	T	P
9,3	9,6	A x B	-0,946	0,3498	A x PT	8,000	0,000
					B x PT	28,445	0,000

Síndromes

Quando se comparam as médias dos desvios relativos das síndromes, por meio do teste t, obtidas dos sujeitos com menor e maior perda auditiva, verifica-se que não há diferenças significativas entre tais grupos, no que se refere a este aspecto do IPC.

Porém, quando se confrontam as médias de cada uma das síndromes obtidas isoladamente por estes subgrupos com o esperado, verifica-se que:

(1) o grupo de maior perda auditiva (B) tem valores significativamente menores que o esperado nas Síndromes Incolor e das Cores Vivas, e significativamente maiores nas Esbranquiçada e Enegrecida;

(2) os surdos de menor perda auditiva (A) apresentam escores significativamente rebaixados na Síndrome das Cores Vivas, e aumentados na Enegrecida.

Desta forma, tanto aqueles com menor perda auditiva como aqueles com maior, têm escores significativamente menores que o esperado na Síndrome das Cores Vivas, e maiores na Enegrecida. Os dados relativos a estas conclusões estão expressos na Tabela III.

Tabela 3. Comparação entre os indivíduos com perda auditiva menor (A) e igual ou maior (B) a 80 dB entre si, e de cada subgrupo, isoladamente, com o padrão teórico (PT) em relação às Síndromes.

Síndrome	Cálculos Estat.		Grupos	Cálculos Estat.	
	(A x B)			T	P
	T	P			
Normal	0,088	0,930	A x PT	-0,224	0,824
			B x PT	-0,453	0,652
Estímulo	0,829	0,411	A x PT	0,641	0,526
			B x PT	-0,557	0,580
Frias	-1,441	0,154	A x PT	-0,912	0,368
			B x PT	1,204	0,233
Incolor	1,477	0,145	A x PT	0,001	0,999
			B x PT	-2,714	0,009
Vivas	-0,737	0,463	A x PT	-9,741	0,000
			B x PT	-9,900	0,000
Esbranquiçada	-1,066	0,290	A x PT	2,010	0,052
			B x PT	4,446	0,000
Enegrecida	-0,199	0,843	A x PT	3,768	0,001
			B x PT	5,686	0,000

Cores

As descrições e conclusões referentes às cores foram realizadas a partir dos dados da Tabela IV.

Tabela 4. Teste de significância das médias dos desvios relativos considerando-se o grau de perda auditiva e os valores desgarrados.

Cores	Toda amostra				Sem os desgarrados						
	Grupos	T	P	Grupos	T	P	Nº de desgarrados	Grupos	T	P	
Azul	A x B	-1,331	0,189	A x PT	-2,483	0,018*					
				B x PT	-1,561	0,123					
Vermelho	A x B	0,904	0,370	A x PT	2,438	0,020*					
				B x PT	2,140	0,036*					
Verde	A x B	0,215	0,831	A x PT	-0,384	0,704	A	A x PT	-3,021	0,005	
				B x PT	-1,000	0,321	B	B x PT	-1,915	0,060	
Violeta	A x B	-0,812	0,420	A x PT	2,637	0,013*					
				B x PT	5,214	0,000*					
Laranja	A x B	-0,238	0,813	A x PT	1,385	0,175					
				B x PT	3,176	0,002*					
Marrom	A x B	-0,543	0,589	A x PT	0,992	0,328	A	A x PT	0,992	0,328	
				B x PT	1,726	0,089	B	B x PT	1,416	0,162	
Preto	A x B	1,842	0,072	A x PT	-0,731	0,470	A	A x PT	-3,234	0,003*	
				B x PT	-6,200	0,000*	B	B x PT	-6,200	0,000*	
Branco	A x B	0,493	0,623	A x PT	-0,460	0,648					
				B x PT	-1,506	0,137					
Cinza	A x B	0,002	0,998	A x PT	2,399	0,022*					
				B x PT	4,024	0,0002*					
Amarelo	A x B	0,178	0,859	A x PT	-2,394	0,022*	A	A x PT	-8,944	0,000*	
				B x PT	-7,014	0,000*	B	B x PT	-7,778	0,000*	

(*) Significante para $\alpha = 0,05$

Ao se confrontar as médias dos desvios de cada cor, obtidas das pontuações dos surdos de menor (A) e maior (B) perda auditiva, entre si, não se verificaram diferenças significantes entre elas, com respeito ao emprego de cada uma das cores. Porém, diferenças significativas são constatadas quando se comparam isoladamente, A e B com o padrão teórico. Observa-se que: (1) os indivíduos com perda inferior a 80 dB utilizam significativamente menos as cores Azul e Amarelo e, mais, o Vermelho, Violeta e Cinza; (2) aqueles com perda igual ou superior a 80 dB empregam menos o Preto e o Amarelo e, mais, o Vermelho, Violeta, Laranja e o Cinza. Ao se retirar os desgarrados (indivíduos que apresentaram valores atípicos em relação à média) nas cores Verde, Marrom, Preto e Amarelo verifica-se o seguinte: (1) não há alteração nas conclusões acerca da cor Amarela, ou seja, ambos os grupos utilizam significativamente menos esta cor do que o esperado. Como os valores desgarrados correspondem a sujeitos que a empregam mais do que o previsto pelo padrão, a retirada deles acentua ainda mais esta afirmação (aumento, em módulo, do valor t); (2) o desgarrado da cor Marrom só interfere nas conclusões para o grupo como um todo, mas não ao se confrontar os dois subgrupos, isoladamente, com o padrão. Todavia, pode-se observar que, por pertencer ao grupo de maior perda auditiva (B), o impacto de sua presença pode ser notado nas diferenças do valor p , quando se compara B com o esperado, incluindo-se ou não este desgarrado; (3) retirando-se o desgarrado da cor Preta, o grupo de menor perda auditiva, ao qual pertence, passa a se assemelhar com o de maior

perda auditiva, ou seja, o fato dos sujeitos com menor perda utilizarem menos esta cor passa a ser significativo, como ocorre no grupo de maior perda; (4) quanto à cor Verde, os quatro desgarrados são surdos que utilizam esta cor mais do que o dobro do esperado, porém três deles pertencem ao grupo de menor perda auditiva. Em conseqüência, a retirada deles causou um efeito maior em A (menor perda) do que em B (maior perda), apesar de ambos empregarem esta cor menos do que o esperado. Sem os desgarrados, a diferença com o padrão passa a ser significativa para A mas não para B, embora o valor p de B, sem eles, tenha diminuído acentuadamente.

Em síntese: (1) ambos os grupos utilizam significativamente menos o Amarelo e o Preto, e mais as cores Vermelha, Violeta e Cinza; (2) ambos os grupos tendem a utilizar menos a cor Verde. Porém, com a retirada dos desgarrados, a diferença só se torna significativa, em relação ao esperado, para os sujeitos de menor perda auditiva; e 3) tanto o grupo de menor como o de maior perda auditiva tendem a utilizar menos a cor Branca, não sendo, contudo, significantes as diferenças com o esperado.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao analisar os resultados dos surdos, de acordo com a perda auditiva, verifica-se que o TPC não foi sensível em discriminar diferenças afetivas entre os dois grupos em relação as variáveis elegíveis. As diferenças foram encontradas quando se confrontou os resultados de cada um dos subgrupos com o padrão teórico. Com

base nestas diferenças entre cada grupo com o padrão é que se observou aspectos qualitativamente diversos, em termos afetivos, entre esses grupos. A não sensibilidade desse instrumento, constatada nesse estudo, pode ser devido a aspectos internos ao teste ou devido ao próprio tratamento estatístico adotado, no qual procurou-se depurar os resultados subtraíndo-se os valores atípicos. Além disso, não se pode deixar de considerar, na explicação dessa aparente não sensibilidade, o tipo de arranjo quase experimental adotado neste estudo.

Na presente pesquisa, o estudo dos efeitos do grau de perda auditiva sobre o desempenho do sujeito em alguns aspectos medidos pelo TPC deve ser considerado, inicialmente, como uma investigação exploratória. Estudos posteriores deveriam, lidar com um maior número de sujeito em cada um dos grupos e controlar algumas variáveis. Neste trabalho, por exemplo, ao se focalizar a perda auditiva não foi controlado o nível intelectual destes sujeitos. Ademais, há outros aspectos que não foram considerados e que, são relevantes. Por exemplo, apesar de, em geral, os autores citarem 80 dB como uma perda auditiva muito importante, supõe-se que esse valor não deva ser analisado isoladamente, mas relacionado com outros aspectos tais como: (a) o aproveitamento que o sujeito faz, por esforço pessoal, do seu resíduo auditivo; (b) a idade em que ficou surdo, ou, pelo menos, se este dado for inacessível, a época em que foi feito o diagnóstico; (c) a idade em que iniciou o processo de estimulação auditiva e como foi realizada; (d) por quanto tempo utilizou e como aproveitou a prótese

auditiva, e em que idade abandonou-a; (e) o nível de participação da família na reabilitação auditiva.

É possível que, quanto maior a aptidão e o esforço do indivíduo em aprender a falar ou/e entender os outros, mais funcional tende a ser o resíduo auditivo que possui. Deste modo, uma perda de 80 dB em um surdo que usa a prótese e se esforça na aprendizagem de fala e da leitura labial deve ser mais funcional para a comunicação com os outros do que uma perda de 60 dB em uma pessoa que não realize empenhos, não tenha aptidão e não use a prótese. Não se quer afirmar com isto que apenas a reação do sujeito à estimulação da fala, da leitura labial ou ao uso da prótese sejam relevantes, mas, sem dúvida, podem refletir diferenças psicológicas importantes, tais como o modo da pessoa lidar com a própria surdez, a dificuldade que tem em aceitá-la ou de conviver com ela. É claro que não se nega a influência da família e da abordagem educacional no desenvolvimento destas atitudes, mas há de se considerar a reação particular do sujeito em relação às dificuldades que encontra para se adaptar, de alguma forma, ao seu meio.

Sugere-se também que, em futuros trabalhos, com um número maior de sujeitos, se subdivida mais o grupo, a fim de se verificar a partir de que perda auditiva, os traços de personalidade passam a ser mais diferenciados dos "normais", ou mesmo, para se testar a hipótese de que isto realmente ocorre.

Há outros pontos que, igualmente, poderiam ser abordados em outros estudos. Seria importante pesquisar-se, por exemplo, as influências do uso da língua dos sinais pelo surdo e da atitude paterna em

relação a esta forma de comunicação, ou o impacto da presença de indicativos de desagregação familiar sobre a estruturação e dinâmica da personalidade dos surdos. Pode-se levantar a hipótese de que a auto-imagem do surdo seja mais positiva, quando ele saiba a língua dos sinais e quando seus pais aceitam-na e utilizam-na para se comunicarem com ele. E, ainda, de que o desenvolvimento emocional seja mais satisfatório quando não existirem problemas familiares graves.

A grande dificuldade em estudar este assunto parece estar no fato de que todos os aspectos levantados demonstram ter muita importância sobre o desenvolvimento geral do surdo. Este fato justifica, a necessidade de se realizar um número maior de pesquisas, tanto populacionais como clínicas, que, sem dúvida, irão, pouco a pouco, oferecendo elementos para compreensão mais global e aprofundada destes indivíduos. Tendo em vista a quase inexistência de estudos nesta área, é que se julga importante apresentar as diferenças encontradas quando o grupo foi dividido em "mais surdos" e "menos surdos". Por se tratar de um estudo exploratório, não foram consideradas todas as variáveis medidas pelo TPC. Foi importante, todavia, porque demonstrou que este teste é sensível em discriminar diferenças psicológicas entre esses grupos e o controle, ou seja, o grupo de adolescentes ouvintes utilizados na padronização do teste.

Na análise dos resultados, a seguir, foram utilizadas algumas letras para indicar o quanto uma determinada variável do teste se expressou em relação à média esperada. Dessa forma, as letras, colocadas

após a explicitação da variável (se Cor ou Síndrome), têm os seguintes significados: M indica a ocorrência na "média"; A, "acima da média"; D, "abaixo da média"; TA, "ligeiro aumento em relação à média" e, finalmente, TD "ligeira diminuição em relação à média".

Ao analisar-se os resultados e, na tentativa de integrá-los num "perfil" dos grupos estudados, pode-se tecer algumas considerações. Por exemplo, independente da perda auditiva, os surdos conseguem manter um equilíbrio emocional dentro dos padrões médios (Síndrome Normal M), possuem aptidão média para perceber e reagir emocionalmente aos estímulos exteriores (Síndrome de Estímulo M) e exercem controle sobre a ansiedade interna (Síndrome Fria M). Porém, têm dificuldade em lidar com os estímulos afetivos e expressar a afetividade (Cores Vivas D), valendo-se de mecanismos repressores para contê-la (Síndrome Enegrecida A; Síndrome Incolor TA).

O grau da perda auditiva não interferiu, igualmente, na amplitude do campo de receptividade aos estímulos, que se apresentou muito aberto. Este traço é típico de pessoas com grande variedade de interesses e extrovertidas. Contudo, com a diminuição da capacidade de elaboração (Azul D, Verde D) essa multiplicidade de interesses pode levar à ansiedade e inquietação, uma vez que dificulta o direcionamento a um fim. Em relação à extroversão, o rebaixamento da cor Amarela sugere uma extroversão menos socializada, menos adaptada às regras sociais.

Finalmente, traços de irrequietude e excitação também podem ser levantados se for considerado o tempo, demasiadamente curto, que utilizaram para cumprir a prova.

Os sujeitos com maior perda auditiva parecem ter uma evolução do processo emocional menos satisfatória do que os "menos surdos", devido, provavelmente, a maior ausência de elementos estabilizadores (Síndrome Incolor D). Do mesmo modo, entre eles, o superficialismo afetivo é mais evidente, embora os sujeitos com menor perda tendam, também, a ser superficiais com seus contatos (Síndrome Enegrecida A).

Em relação às cores, os sujeitos "mais surdos" utilizam-se significativamente mais do Laranja, o que não ocorre com os "menos surdos" (Laranja M). Esta constatação sugere que a produtividade dos primeiros tende a ser menos eficiente por ser mais excitada e ansiosa (Laranja A + Violeta A). Além disto, parecem ser mais impetuosos, imprevisíveis e possuir desejo inconsciente de domínio.

Por sua vez, os indivíduos "menos surdos" denotam ter maior dificuldade em manter o controle ou estabilidade interna, e suas defesas egóricas parecem ser mais enfraquecidas (Azul D) quando comparados com aqueles com maior perda (Azul TD). Ademais, há indicativos de que tenham maior dificuldade em empatia e, conseqüentemente, um maior enfraquecimento da sensibilidade afetivo-emocional, o que determinaria uma redução da capacidade de relacionamento e retraimento social (Verde D).

Ao se consultar a bibliografia especializada verifica-se que várias das características assinaladas em jovens e adultos surdos pelo TPC também são mencionadas por outros autores. Por exemplo, não foi verificado neste trabalho um perfil "caracteristicamene

psicótico" da personalidade, independente do grau de perda auditiva.

Desde a conhecida edição de 1915 do manual de Psiquiatria de Emile Kraepelin tem se aceito que a surdez predispõe à psicose, especificamente, à paranóia. Todavia nenhum estudo recente demonstrou um aumento da incidência da paranóia em surdos prélingual. "De fato, o surdo pré-lingual tem sido descrito como ingênuo, dependente e altamente crédulo...apesar de que as alterações de comportamento demonstradas no surdo tendam para uma paranóia, um aumento absoluto da prevalência de doenças psicóticas no surdo nunca foi comprovada. (Lebuffe & Lebuffe, 1979:299). Algo parecido pode ser afirmado em relação à esquizofrenia. Considerações de senso comum em geral atribuem um maior risco de desenvolvimento da esquizofrenia entre surdos. As idéias de que a surdez da criança gera fortes perturbações emocionais na relação entre os pais, assim como que acarreta importantes alterações nos padrões comunicativos mãe-criança são, ambas, em geral relacionadas a uma possível predisposição à esquizofrenia. Entretanto, também aqui o senso comum falha. Rainer et al (1969) encontraram que 2,5% dos surdos são diagnosticados como esquizofrênicos contra 1% da população em geral, mas esta estimativa merece algumas considerações "...é certo que os comportamentos impulsivos e desorganizados do surdo, aliados com sua dificuldade em comunicação, resultam no diagnóstico de esquizofrenia diante de casos de simples pânico ou agitação e excitação por outras causas....Não parece que a perda auditiva em si

predisponha à esquizofrênia, embora seja possível que exista alguma ligação genética entre formas hereditárias de surdez e esquizofrenia" (Lebuffe & Lebuffe, 1979:300). Altshuler (1971) na prática clínica observou que a esquizofrenia não aparece com uma freqüência atípica entre surdos, embora as alucinações ocorram na mesma proporção do que entre esquizofrêncios ouvintes. Em 1971, Altshuler já acumulava 16 anos de atuação clínica com surdos. Até aquele ano, tinha observado serem raros os casos de depressão entre eles. Segundo ele, são praticamente ausentes, entre os pacientes com surdez total, expressões repetidas de culpa ou de auto-recriminação, auto-repugnância ou penitência espiatória e todos os elementos que constituem as várias formas de retardo psicomoror típicos na depressão. E explicação psicodinâmica que dá a este fato é que o surdo, provavelmente, lide com a hostilidade e a agressividade as projetando sobre o meio ("eles me odeiam"), com pouca internalização da raiva a qual seria manifestada através de uma auto-depreciação depressiva ("eu não sou bom"). Esta tendência muito comum em seus clientes tem levado Altshuler a hipotetizar que a audição é, de algum modo, necessária para o contrôle internalizado da raiva.

A tendência em projetar a raiva a nível motor se expressa na impulsividade, impetuosidade e agressividade. Altshuler (1971), Lebuffe & Lebuffe (1979) acreditam que a ausência de linguagem leve a um desenvolvimento diferente do superego em surdos quando comparados com ouvintes. O fato da agressão ser menos internalizada e mais projetada seria uma

evidência disso. Para Lebuffe & Lebuffe um dos mecanismos que possibilitaria ao surdo um melhor controle interno da raiva seria poder nomear os sentimentos de ódio, isto é, sabê-los identificar e lidar com eles simbolicamente.

Um outro aspecto a ser considerado é que bloqueios nas trocas comunicativas dificultam à criança incorporar e compreender as explicações paternas ligadas as regras sociais subjacentes as ações, o que deve interferir na construção do superego do surdo. Se isto ocorrer de fato, pode explicar as dificuldades dos surdos, avaliados pelo TPC, em expressar a extroversão de modo socializado.

Outras características levantadas pelo TPC também o foram por outros autores.

Assim, Montanini e Fruggeri (apud Canestrari e Bitti, 1978), observaram a tendência das crianças surdas em expressarem, sob a forma de irrequietude e inquietações motoras, a ansiedade, a raiva e a frustração. Em nosso estudo, considerando as informações obtidas pelo TPC, estas características poderiam ser explicadas, ao menos parcialmente, por uma dificuldade elaborativa. Na literatura, Altshuler (1964), Sarlin & Altshuler (1968) fazem menção a tal dificuldade de "insight" e elaboração.

A maturidade, a irritabilidade fácil, a falta de preocupação pelos outros, o superficialismo afetivo e a dificuldade de empatia são, também, características mencionadas com freqüência em diferentes trabalhos científicos (Best, 1973; Rainer, 1969; Sarlin e Altshuler, 1964 entre outros).

O retraimento social e afetivo foram apontados por Myklebust (1971), Vernon & Ottinger (1980) e Nórden (1981).

A explicação e compreensão das características afetivas encontradas podem ser buscadas considerando-se tanto a importância da linguagem como a natureza das relações família-criança sobre o desenvolvimento do indivíduo surdo. Diga-se de passagem, aspectos importantes a serem considerados concomitantemente.

Importantes teorias, sobre desordem mental, são baseadas no fato de que ocorrem profundas frustrações quando as necessidades afetivas do indivíduo não são satisfeitas através de uma comunicação gratificante com as pessoas significativas do seu meio. Enfatizam a comunicação interpessoal como sendo a base, desde os primeiros tempos de vida, para o desenvolvimento geral do ser humano. Problemas afetivos e psicológicos, freqüentemente atribuídos aos surdos, podem ter suas raízes na ausência de uma comunicação recíproca e satisfatória dentro do contexto familiar, durante os primeiros anos de vida (Best, 1973). Evidências deste fato são oferecidas pelos estudos que comparam crianças surdas provenientes de lares em que um ou ambos os pais são surdos e aqueles cujos genitores são ouvintes. A adaptação afetiva é mais satisfatória e a auto-imagem do surdo é mais positiva quando os pais são surdos do que quando são ouvintes (Stevenson, 1964; Meadow, 1969; Altshuler, 1977 entre outros). No primeiro caso, tanto a maior facilidade e fluidez da comunicação como a melhor reação ao diagnóstico, com uma maior aceitação da surdez e menor frustração paternal diante da deficiência do filho, são variáveis igualmente importantes e mencionadas pelos pesquisadores

Na opinião de Bowlby (1958), falar e ouvir desempenham um importante papel no desenvolvimento da ligação da criança com sua mãe. Sem o contato auditivo com ela, esta ligação é distorcida ou atenuada. O som da mãe é importante desde as primeiras semanas de vida. Muitas vezes, basta a mãe falar com o bebê, ou ele perceber sua presença através de sons ambientais, para que se tranquilize e se aquiete. Esta experiência transmite-lhe segurança, pela sensação de não ter sido abandonado, e provê um rudimentar sentido de identidade do ego (Kennedy, 1973).

De acordo com Spitz (1959), o aparecimento da fala é um dos "organizadores" primários da psique. Ela está relacionada com o início de novas expansões da personalidade, pelo impacto sobre a maturidade do organismo e o mundo circundante. A falta da audição reduz a habilidade para sentir a si próprio, aos outros e pelos outros, para poder exercer um efetivo auto-controle.

As trocas comunicativas são importantes também na aprendizagem pela criança dos motivos, da importância e do significado do que faz ou do que observa. Estas aquisições são possíveis em parte pela linguagem, pela fala dos pais e das pessoas ao redor da criança, que esclarecem, de modo informal, e muitas vezes afetuosamente, os motivos de determinadas ações. Inicialmente, a linguagem é utilizada, pela criança na descrição e análise de situações e, aos poucos, vai adquirindo uma função planejadora, servindo como um instrumento organizador das estratégias para conseguir o que deseja ou para solucionar problemas cotidianos.

Usando a linguagem, "a criança adquire maior independência da estrutura da situação visual concreta, ao mesmo tempo que a usa enquanto instrumento, como, por exemplo, na busca de ajuda dos adultos que a cercam, produzindo formas fundamentais de novos comportamentos, ou seja, socializando-se. Aos seis meses de idade, sistemas complexos e abstratos, como o das modalidades, já começam a se instalar na criança. Estes conceitos, importantes no desenvolvimento conceitual, também o são na aquisição de normas sociais, principalmente no que se refere aos modais deônticos" (Ferreira Brito, 1985:22).

Para o surdo, em geral, não ocorrem as usuais explicações dos pais para as ações que realizam, muitas vezes diretamente relacionadas com ele, ou lhe são difíceis e inacessíveis, uma vez que lhe são comunicadas maciçamente através da fala. Deste modo, as condutas adultas lhe são freqüentemente inexplicáveis, e as regras sociais, subjacentes a elas, superficialmente compreendidas.

Vigotsky (1984:31-33) escreve que a "...linguagem habilita as crianças a providenciarem instrumentos auxiliares na solução de tarefas difíceis, a superar a ação impulsiva, a planejar a solução para um problema antes de sua execução e a controlar seu próprio comportamento. Signos e palavras constituem para a criança, primeiro e acima de tudo, um meio de contato social com outras pessoas.... Quando analisado dinamicamente, este amálgama "fala e ação" tem uma função muita específica na história do desenvolvimento

da criança; demonstra, a lógica da sua própria gênese. Pode-se supor, a partir destas colocações, que, em parte, a impulsividade e a produtividade excitada se relacionem com a dificuldade do surdo em planejar e representar mentalmente as ações, direcionando seus diversos interesses a um determinado fim. Ao mesmo tempo, supõe-se que as informações que captam visualmente da realidade sejam assimiladas de forma muito mais intensa e rápida do que a capacidade que possuem para processá-las. Como conseqüência, podem ocorrer ansiedade e instabilidade, pela dificuldade em confrontar suas próprias idéias com as dos demais e, em entendê-los.

Segundo alguns autores (Best, 1973; Kennedy, 1973), muitas das características afetivas dos surdos, observadas pelo TPC, como a imaturidade, a irritabilidade fácil, a impulsividade, a sugestionabilidade, a não empatia e a dificuldade de elaboração, não são conseqüências da privação auditiva, exclusivamente. Estes pesquisadores dão maior ênfase às interferências conjuntas e interrelacionadas da dificuldade de comunicação, das oportunidades oferecidas pelo ambiente (familiar, social e educacional) e da qualidade do relacionamento que será estabelecido entre o surdo e o meio. Para eles, a criança surda é, desde o momento do diagnóstico, o centro da ansiedade e frustração familiar, e a mãe, sofrendo sentimentos de culpa, pode rejeitá-la ou superprotegê-la. Para Lax (1972), a superproteção, a negligência e a indiferença em relação à criança são maneiras opostas utilizadas pela mãe para lutar contra a hostilidade e os freqüentes impulsos homicidas que nutre em relação ao filho deficiente. Estas atitudes

refletem sentimentos inconscientes de auto-aversão projetados sobre a criança, e representam os aspectos negativamente catexizados da sua própria auto-imagem. Assim, a rejeição pela criança é mais intensa, quanto maiores forem os aspectos negativamente catexizados na auto-imagem da mãe. Na medida em que a sua atitude seja depressiva e não aceitadora, a auto-representação da criança será, desde cedo, negativamente catexizada.

Winnicott (1980) afirma que a estruturação egóica, o desenvolvimento e o amadurecimento emocional do indivíduo relacionam-se com a qualidade e intensidade do vínculo afetivo mãe-filho. Cita a rejeição e a superproteção como dois distúrbios relacionados com o papel materno. No primeiro caso, a criança torna-se uma coleção de reações à imposição, sua verdadeira identidade falha em se formar ou é camuflada e, geralmente, evita as solicitações do mundo, retraindo-se dos contatos afetivos. No segundo caso, nota-se grande dificuldade da mãe em se perceber diferenciada do filho, interferindo negativamente no seu processo de individualização, de independência e no estabelecimento de sua maturidade.

Considerando-se as abordagens de Lax (1972) e de Winnicott (1980), pode-se supor que, o enfraquecimento da estrutura egóica, a insegurança, a imaturidade, o superficialismo ou retraimento nos contatos afetivos e a depressão ansiosa e difusa, encontrados como características dos surdos pelo TPC, também se relacionem com a natureza dos interjogos afetivos iniciais entre a mãe e a criança deficiente. O bloqueio existente na comunicação, acentua progressivamente estes traços.

uma vez que a oportunidade de elaboração através do diálogo oral com pais ouvintes e da introspecção serão pouco acessíveis ao surdo.

No presente estudo verificou-se que os portadores de surdez severa e profunda parecem ter uma evolução do processo emocional menos satisfatória. Estas observações vêm ao encontro com o que foi mencionado por Myklebust (1971), que afirma que quanto maior o grau de surdez, maiores os problemas no desenvolvimento emocional da pessoa e maiores são as dificuldades que encontra em se relacionar afetiva e socialmente com o meio. Acredita-se que as conseqüências impostas pela limitação da linguagem e da comunicação, assim como seus efeitos nos interjogos afetivos dentro da família e sobre cada um de seus elementos, possivelmente são mais intensos quanto maior for o comprometimento auditivo do sujeito. Este fato reflete-se no desenvolvimento afetivo do surdo, o que, parece, foi detectado pelo TPC.

Por sua vez, os indivíduos "menos surdos" denotaram: a) dificuldade em manter contrôle e estabilidade interna; b) defesas egóicas mais enfraquecidas e uma maior dificuldade da empatia e relacionamento social. Talvez isto ocorra devido a uma maior percepção que possuem do que signifiquem e a importância que têm o "ouvir" e o "falar" na vida das pessoas, e também, como isto é valorizado pela sociedade. É possível que sintam mais as diferenças e as limitações que possuem em relação aos parceiros ouvintes. Provavelmente sejam mais sensíveis em captar a frustração e desesperança de seus pais, tenham mais

facilidade em aprender a falar, porém sem a fluência necessária para uma comunicação mais aprofundada com as pessoas ao seu redor. Pode-se supor que tenham maior tendência a se sentirem marginalizados tanto pelos ouvintes, ao procurarem e fracassarem em ter o mesmo desempenho oral que eles, como pelos surdos profundos, se não aprenderem e aceitarem a língua dos sinais. Esta constelação de fatos deve interferir negativamente no desenvolvimento egóico e originar, reativamente, o enfraquecimento da sensibilidade afetivo-emocional.

Do que foi exposto, o impacto causado pela surdez nos dinamismos e nos interjogos dentro da família, as dificuldades de comunicação e os bloqueios impostos pela linguagem no desenvolvimento do indivíduo são igualmente relevantes e estão interrelacionados. Devem, portanto, ser considerados de uma forma conjunta e dinâmica na compreensão dos problemas dos indivíduos surdos e na elaboração de programas de intervenção educacional e terapêutica.

CONCLUSÕES

1. Apesar do TPC não ter diferenciado, a nível do grau de significância estatística assumida, os dois grupos de surdos, diferenças significativas entre eles foram observadas ao se confrontar o resultado de cada um deles com o esperado.

2. Não foi observado um perfil caracteristicamente psicótico ou tendência psicóticas

marcantes o que vem de encontro a várias pesquisas realizadas na área.

3. De uma forma geral, os grupos apresentaram uma personalidade lábil e traços de imaturidade, extroversão pouco socializada, dificuldade de elaboração, retraimento social e afetivo. Os sujeitos com maior perda auditiva parecem ter uma evolução do processo emocional menos satisfatória do que os "menos surdos" e o superficialismo afetivo entre eles é mais evidente. Aqueles com menor perda auditiva, demonstram ter mais dificuldade em manter o controle ou estabilidade interna e suas defesas egóicas parecem ser mais enfraquecidas quando comparados com aqueles com maior perda. Têm, ainda, maior dificuldade em empatia, em estabelecer relacionamentos sociais. Esses dados são explicados com base tanto da importância da linguagem sobre a constituição do psiquismo como do impacto da presença do indivíduo surdo na família e dos rearranjos no psicodinamismo familiar sobre seu desenvolvimento.

4. Há a necessidade de maiores investigações nessa área e da elaboração de um Programa em Saúde Mental para Portadores de Surdez, inexistente no Brasil, com terapeutas especializados em surdez.

SUMMARY

SOUZA, Regina Maria de; DUARTE, Fantina e CORDEIRO, José Antonio. Affective development measured by the Pfister's colored pyramide test and degress of hearing loss: an exploratory study. *Estudos de Psicologia*, 8(2): 65 - 101, agost./dez. 1991.

This research had as main purposes to check the CPT sensibility on discriminating deaf intra-group differences, and between results of each of the two groups concerning to the expected pattern. One group were composed by a population which had hearing losses between 50 and 80 db the other, by people having more than 80 db. The data were provided by a hundred deaf youngsters of ages between 13 and 20 years, attendants of Special or Regular School from Campinas (SP/BR). One concluded that, as an instrument, the CPT was not sensible on detecting significant differences between the groups but it was effective when the results were compared to expected values. It was possible to evaluate a series of common and distinct characteristics between groups. It was not noticed a psychotic profile or psychotic tendencies, which confirms results of several other researches.

KEY WORDS: AFFECTIVITY, PYRAMID'S PFISTER, HEARING LOSS

BIBLIOGRAFIA

- ALTSHULER, K.Z. - Personality traits and depressive symptoms in the deaf. In: Wortis (org.) - **Recent advances in biological psychiatry**. New York, Plenum Press, 1964.
- ALTSHULER, K.Z. - Studies of the Deaf: Relevance to Psychiatric Theory. **American Journal Psychiatry**, 127: 11, 1521-1526, 1971.

- ALTSHULER, K.Z. - Evolucion Social y psicológica del niño sordo: problemas y tratamiento. In: Fine, P.J. - **La sordera en la primera y segunda Infância**. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 51-68, 1977.
- AMARAL, F.V. - **Pirâmides Coloridas de Pfister**. Rio de Janeiro, Centro de Psicologia Aplicada (CEPA), 1978.
- BEST, P.K. - A review of deafness and mental health. **Journal of Rehabilitation of the Deaf**, 7:15 - 22, 1973.
- BINDON, M. - Make-a-picture story test findings for rubella deaf children. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, 55:38-58, 1957.
- BONILHA, L.C. - Contribuição à fundamentação do teste das pirâmides coloridas de Pfister. **Revista de Psicologia Normal e Patológica**, 1-2:82-90, 1968a.
- BONILHA, L. C. - Confronto entre dados do psicodiagnóstico de Rorschach e do teste das pirâmides coloridas. **Revista de Psicologia Normal e Patológica**, 1-2: 48-63, 1968b.
- BOWLBY, J. - The nature of the child's tie to his mother. **International Journal of Psychoanalyse**, 39:350-380, 1958.
- CANESTRARI, R.; Bitti, P.E.R. - Psychology of the hearing-impaired and differential psychological reactions to prosthetic rehabilitation. **Audiology**, 17 : 32 - 43, 1978.
- EDLER, R. - **Estudo da estrutura e funcionamento da educação especial nos sistemas estaduais de educação do Brasil**. Rio de Janeiro, Dissertação de mestrado, F.G.V./ISOP/CPGPA, 1977.

- FERREIRA BRITO, L. - Socialização, Linguagem e Cognição em Surdos. **Anais da II Conferência Latino Americana de Surdos**. Buenos Aires, Faculdade de Medicina de La Universidade de Buenos Aires, 20-35, 1985.
- FRANK, L.K. - Projective methods for the study of personality. **Journal of Psychology**, 8:389-413, 1939.
- GINSBERG, A.M. - O teste das pirâmides de cores - sua validade e precisão. **Boletim de Psicologia**, 36 : 28-36, 1959.
- JUSTO, H.; Van Kolck, T. - **O teste das pirâmides de cores**. São Paulo, Vector Ed. Psicopedagógica, 1976.
- KENNEDY, A.E.C. - The effects of deafness on personality. **Journal of Rehabilitation of the Deaf**, 6:22-33, 1973.
- KUHN, A. M.; GAVANÇA, M. M.; ALBERNAZ, P. L. M.; CAORILHA, H. H.; MARQUES, M. I. B. - Do perfil psicológico nas síndromes labirínticas com exame vestibular normal alterado. **Acta Awho**, 2 : 11-15, 1983.
- LAX, R.F. - Some aspects of the interaction between mother and impaired child: mother's narcissistic trauma. **International Journal Psychoanalyses**, 53 : 339-344, 1972.
- LEBUFFE, F. P.; LEBUFFE, L. - Psychiatric Aspects of Deafness. **Primary care**, 6 (2), 295-310, 1979.
- LEVINE, E. S. - **Youth in a silence world**. New York, New York University Press, 1956.
- MARTIN, D.S. (Ed.) - **Cognition, Education and Deafness**. Gallaudet Colege Press, Washington, DC, 1985.

- MC ANDREW, H. - Rigidity and isolation; a study of the deaf and the blind. **Journal Abnormal and Social Psychology**, 43:476-490, 1948.
- MEADOW, K.P. - Self - image, family climate, and deafness. **Social Forces**, 47:428-438, 1969.
- MYKLEBUST, H.R. - **Psicologia del Sordo**. Madrid, Ed. Magistério Español, 1971.
- NÓRDEN, K. - Learning processes and personality development in deaf children. **American Annals of the Deaf**. 404-410, junho, 1981.
- PERELLÓ, J.; TORTOSA, F. - **Sordomudez**. Barcelona, Editorial Científico Médica, 1972.
- RAINER, J.D. - Psychiatric services for the deaf: some unmet needs. **Journal of Rehabilitation of the Deaf**, 3 (1):82-89, 1969.
- RAINER, J., D.; ALTSHULER, K. Z.; KALLMANN, F.J. - **Family and mental health problems in a deaf population**, Springfieldm Charles C. Thomas Publisher, 1969.
- SARLIN, M. B.; ALTSHULER, K. Z. - Group psychoterapy with deaf adolescents in a school setting. **International Journal of Group Psychotherapy**, 16 (3):337-343, 1968.
- SOUZA, P.M. - **Contribuição ao estudo da personalidade de adolescentes surdos através do TRC de Max Pfister**. Dissertação de Mestrado. PUCCAMP, São Paulo, 1986.
- SPITZ, R.A. - **A genetic field theory of ego formation**. New York, International Univesities Press, 1959.

- STEVENSON, E.A. - A study of educational achievements of deaf parents. **The Califórnia News**, 80 : 143-160, 1964.
- TUKEY, J.M. - **Exploratory data analysis**. Massachusetts, Addison - Wesley Reading, 1977.
- VAN KOLK, T.; SOUZA, C. C.; BARDELLA, J. G. - O teste das pirâmides de Max Pfister em dois grupos de delinqüentes. **Revista de Psicologia Normal e Patológica**, 1-2 : 3-24, 1966.
- VERNON, M. - **Multiply handicapped deaf children: medical, educational and psychological considerations**. Washington (DC), the council for Exceptional children Inc, 1969.
- VERNON, M.; OTTINJER, P. J. - Psychosocial aspects of hearing impairment. In : Schow, R.L. Nerbonne, M.A. - **Introduction to anual Rehabilitation**. Baltimore. Univesity Paula Press, 1980.
- VYGOTSKY, L.S. - **Pensamento e Linguagem**. Tradução de M. Resende; ed. 42. Lisboa. Antícoto Ed., 1979.
- VYGOTSKY, L.S. - **A formação social da mente**. Coordenação da Tradução: Grupo de Desenvolvimento e Ritmos Biológicos - Departamento de Ciências Biomédicas (USP), 1ª edição. São Paulo. Martins Fontes Ed., 1984.
- WINNICOT, D.W. - **A família e o desenvolvimento do indivíduo**. Tradução de Álvaro Cabral, 5ª edição. Belo Horizonte, Ed. Interlivros, 1980.

**SERVIÇOS CONHECIDOS,
UTILIZADOS E NECESSÁRIOS PARA
INDIVÍDUOS COM SÍNDROME DE
DOWN: OPINIÃO DAS MÃES SOBRE OS
EFEITOS QUE PRODUZEM E FATORES
QUE DIFICULTAM SEU USO.***

Eucia Beatriz Lopes PETEAN

UNESP

Sônia Santa Vitaliano GRAMINHA

FFCLRP-USP

RESUMO

PETEAN, Eucia Beatriz Lopes e GRAMINHA, Sônia Santa Vitaliano. Serviços conhecidos, utilizados e necessários para indivíduos com síndrome de Down. Opinião das mães sobre os efeitos que produzem e fatores que dificultam seu uso. *Estudos de Psicologia*, 8(2): 102-123, agost./dez. 1991.*

Foram levantadas informações junto 37 mães de indivíduos portadores de Síndrome de Down entrevistadas

(*) Projeto desenvolvido com bolsa da FAPESP.

visando verificar; a) que serviços elas conhecem, utilizam e consideram necessários para o atendimento do filho; b) que opinião possuem acerca da efetividade dos serviços utilizados e dos fatores responsáveis pelo fato do filho não fazer uso de determinado(s) serviço(s). A análise dos dados obtidos frente a nove ítem do Roteiro mostra que cerca de 24% das mães alegam desconhecer qualquer tipo de atendimento. Os atendimentos mais conhecidos por elas são o fisioterápico (70%) e o fonoaudiológico (54%) que são também os mais utilizados e divulgados pela principal fonte de informação citada pelas mães que é o Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Esses atendimentos são avaliados pela maioria das mães como tendo um efeito positivo. A maioria das mães (62,5%) considera necessária a existência de mais instituições educacionais gratuitas na comunidade para ajudar indivíduos com Síndrome de Down e suas respectivas famílias.

PALAVRAS CHAVE: SÍNDROME DO DOWN, SERVIÇOS PSICOLÓGICOS, OPINIÃO DE MÃES

1. INTRODUÇÃO

Na prática, a responsabilidade de buscar cuidados e atendimentos especializados ao deficiente mental está nas mãos da família.

No decorrer do trabalho realizado por um dos autores junto ao Ambulatório de Genética Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP - em que foram mantidos contatos

sistemáticos, através de entrevistas realizadas durante a coleta de dados para o estudo de Pina Neto (1983), com cerca de 140 famílias de pacientes ali diagnosticados como portadores de síndrome genética, retardadamente neuro-motor, deficiência física ou mental - pode-se observar, embora de modo não sistemático, que para alguns deficientes mentais não estavam sendo propiciados atendimentos especializados e nem qualquer atividade no lar ou fora dele que visassem favorecer o seu desenvolvimento. Além disso, muitas famílias mostravam desconhecer os atendimentos especializados existentes na comunidade.

A literatura (Lityens, 1969; McMillan, 1977) enfatiza a importância de serem propiciadas às pessoas portadoras de deficiência mental, condições especiais de desenvolvimento e uma assistência diferenciada da que é geralmente dada àquelas consideradas dentro dos padrões normais de desenvolvimento.

A necessidade de que essa assistência se inicie o mais precocemente possível é também enfatizada amplamente na literatura. Hole (1979, p.1), por exemplo, diz que "quanto mais cedo for propiciado o estímulo conveniente, melhor será o resultado, pois sabe-se que a criança deficiente mental não pode omitir nenhum degrau sem que o próximo seja afetado".

Neste mesmo sentido, Lampreia (1985) argumenta que a tentativa de intervenção em atrasos de desenvolvimento apenas no início da fase escolar (7 anos) é muito tardia. É importante estimular e aperfeiçoar a aprendizagem desde o nascimento para que a criança adquira todas as habilidades necessárias o mais

precocemente possível. Sem isso, será observada uma deficiência acumulativa que pode não ser mais recuperada.

É importante, então, conforme sugere Williams (1984), a realização de esforços visando a identificação precoce de casos de excepcionalidade e o encaminhamento adequado das famílias a programas eficazes de intervenção. Os profissionais ligados à reabilitação de deficientes mentais concordam com isso e enfatizam a importância do diagnóstico precoce e de tratamentos que se iniciem o mais cedo possível, propiciando, assim, melhores condições de desenvolvimento. Assim, vários programas de "estimulação precoce" (Koontz, 1974; Hanson, 1977; Bluma e col., 1978; Hardy e col., 1981) têm sido desenvolvidos com o objetivo de atender o mais cedo possível crianças que apresentam deficits de desenvolvimento.

Entretanto, não basta apenas a existência de programas bem elaborados, materiais adequados e profissionais especializados empenhados em realizar o trabalho. Torna-se também necessário que os pais estejam adequadamente informados acerca dos tipos de tratamentos necessários ao filho deficiente e dos recursos oferecidos pela comunidade.

O estudo realizado na Austrália por Krupinski, Mackenzie e Cocks (1983) com famílias de deficientes mentais mostra que 23% delas usaram pouco os serviços, um pequeno grupo (1%) nunca utilizou qualquer serviço da comunidade e apenas 12% usaram freqüentemente. As restantes (64%) fizeram uso desses serviços a um

nível entre "ocasionalmente" e "freqüentemente". Outro dado encontrado é que os serviços são pouco utilizados por pessoas com baixos graus de retardamento e baixos níveis de competência social.

A literatura tem apontado alguns dos fatores que podem estar dificultando o atendimento do deficiente mental em serviços especializados. O estudo de Springer e Steele (1970), realizado com 37 famílias de crianças com Síndrome de Down, com o objetivo de identificar os sentimentos dos pais sob o efeito do aconselhamento médico, obteve dados que mostram que na maior parte das vezes os pais sentem que as informações recebidas sobre diagnóstico, prognóstico, tipos de tratamentos e principalmente sobre o potencial de desenvolvimento de seus filhos com Síndrome de Down, são indevidas e pessimistas.

Já o trabalho realizado por Waisbren (1980) junto a 60 famílias (30 famílias de crianças com problemas de desenvolvimento e 30 famílias de crianças normais) levanta, como possíveis causas responsáveis pelo fato dos pais de crianças com problemas de desenvolvimento não procurarem serviços públicos, fatores do tipo: desconhecimento por parte dos pais dos serviços existentes ou então, desconhecimento de como usá-los e a relutância de alguns profissionais em sugerir os serviços não-médicos.

Dados a esse respeito foram encontrados também por Justice, O'Connor e Warren (1971) ao entrevistarem 156 famílias de crianças diagnosticadas como deficientes mentais. Em primeiro lugar, os pais apontaram a falta de assistência pública ou privada e em segundo lugar o desconhecimento de serviços que pudessem ajudá-los como causas do não atendimento dos filhos.

Os trabalhos citados apontam, portanto, alguns fatores que poderiam ser responsáveis pelo fato do deficiente mental não estar sendo atendido em serviços especializados. É provável que além desses, outros fatores existam.

Contudo, não se tem dados disponíveis acerca do uso dos serviços da comunidade pelas famílias de deficientes mentais da cidade de Ribeirão Preto.

A proposta do presente estudo foi a de levantar informações junto a mães de deficientes mentais (indivíduos portadores de Síndrome de Down) da cidade de Ribeirão Preto visando verificar: a) que serviços elas conhecem, utilizam e consideram necessários para o atendimento do filho; b) que opinião acerca da efetividade dos serviços utilizados e dos fatores responsáveis pelo fato do filho não fazer uso de determinado(s) serviço(s).

2. MÉTODO

Foram entrevistadas 37 mães de pessoas diagnosticadas como portadoras de Síndrome de Down, residentes na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, selecionadas do arquivo de fichas médicas de pacientes atendidos no Ambulatório de Genética Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Inicialmente foram selecionadas e procuradas todas as 70 famílias de indivíduos portadores de Síndrome de Down registradas no arquivo, a partir de 1974, residentes em Ribeirão Preto. No entanto, apenas 37 fizeram parte da pesquisa visto que em 17 delas o filho com Síndrome de Down já havia falecido, 14 não

foram encontradas nos endereços constantes no arquivo e duas recusaram-se a participar.

O nível sócio-econômico-cultural das 37 famílias foi estabelecido segundo os critérios de Guidi e Duarte(1969) adaptados por Pina Neto (1983) que possibilitam a classificação em cinco níveis (A,B,C,D,E) correspondendo o A ao nível mais alto e o E ao nível mais baixo. As famílias ficaram assim distribuídas: 4 de nível A, 5 de nível B, 8 de nível C, 13 de nível D e 7 de nível E.

Em 17 famílias, os filhos com Síndrome de Down são do sexo masculino e em 20 são do sexo feminino, com idades variando de 8 meses a 16 anos e 9 meses.

As entrevistas foram realizadas segundo um Roteiro contendo 56 itens, elaborado pelos autores para um projeto de pesquisa amplo que investiga as condições de desenvolvimento propiciadas às pessoas portadoras de Síndrome de Down.

Todas as entrevistas foram feitas nas residências das mães e duraram em média 1h30m.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para este trabalho foram consideradas as respostas das mães aos itens do Roteiro de Entrevista que investigam especificamente os tipos de serviços que são conhecidos, utilizados e considerados necessários por elas para o atendimento do filho com Síndrome de Down e suas opiniões acerca da efetividade dos serviços utilizados e dos fatores responsáveis pelo fato do filho não fazer uso de determinado(s) serviço(s).

Os dados obtidos são apresentados sob a forma de frequência e porcentagem e alguns são analisados em função do nível socio-econômico-cultural das famílias.

Tabela 1. Atendimentos conhecidos pelas mães para pessoas com Síndrome de Down.

Atendimentos conhecidos	f	%
Fonoaudiológico	20	54,0
Psicológico	9	24,3
Fisioterápico	27	72,9
Educação Especial Institucional	16	43,2
Terapia Ocupacional	5	13,5
Educação Regular	1	2,7
Treino Pedagógico Individual	2	5,4
Nenhum	9	24,3

Tabela 2. Atendimentos de pessoas com Síndrome de Down.

Atendimentos realizados	f	%
Médico	8	21,6
Psicológico	8	21,6
Fonoaudiológico	17	45,9
Fisioterápico	27	72,9
Escola Especial	2	5,4
Terapia Ocupacional	3	8,1
Nenhum	7	18,9

Pode ter sido assinalado mais de um atendimento para cada pessoa com Síndrome de Down.

Tabela 3. Mães que conhecem os atendimentos por meio de cada uma das várias fontes de divulgação.

Fontes de informação sobre o atendimento	Atendimentos Conhecidos													
	Fono-audio-lógico		Psicológico		Fisioterápico		Educação Especial Institucional		Terapia Ocupacional		Educação Regular		Treino Pedagógico Individual	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hospital das Clínicas	7	18,9	5	13,5	2	5,4	5	13,5	3	8,1				
Fisioterapeuta	4	10,8					1	2,7	1	2,7				
Médico	1	2,7	1	2,7	3	8,1	2	5,4	1	2,7				
Conhecido da família	1	2,7					3	8,1			1	2,7		
Escola da criança	3	8,1	2	5,4	1	2,7							1	2,7
Centro de Saúde-Psicóloga							1	2,7						
INAMPS - Assist. Social	1	2,7												
Mães de crianças excepcionais	2	5,4					1	2,7	1	2,7				
Jornal							1	2,7						
Publicação Científica	1	2,7			1	2,7							1	2,7
Enfermeira	2	5,4	1	2,7			1	2,7						
Não lembra	2	5,4	1	2,7	1	2,7	1	2,7	1	2,7				

Um atendimento pode ter sido divulgado por mais de uma fonte

Os dados da Tabela 1 mostram que a maioria das mães (75,5%) relata conhecer algum atendimento para pessoas com Síndrome de Down fazendo referência a um ou mais dentre os seguintes: fonoaudiológico, psicológico, fisioterápico, educação especial institucional, terapia ocupacional, educação regular e treino pedagógico individual. Portanto, há ainda 24,3% de mães que informam desconhecer qualquer atendimento.

Outras análises efetuadas mostram que dentre as 28 mães que dizem conhecer algum atendimento, a maioria (53,6%) menciona de três a quatro tipos, 39,3% menciona apenas um ou dois tipos e somente 7,1% cita de cinco a seis.

É interessante observar na Tabela 1 que o tratamento médico não é mencionado por nenhuma mãe, embora seus filhos com Síndrome de Down tenham passado por esse tipo de atendimento no Ambulatório de Genética Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. É provável que ele não seja visto pelas mães como um tratamento específico para pessoas com Síndrome de Down mas como um atendimento de rotina a crianças em geral.

Esses tratamentos mais conhecidos pelas mães são também os mais realizados pelos filhos com Síndrome de Down conforme dados da Tabela 2, aparecendo novamente em primeiro lugar o fisioterápico (72,9%) seguido do fonoaudiológico (45,9%), médico e psicológico (21,6%), terapia ocupacional (8,1%) e escola especial (5,4%). Observa-se também que dentre as 37 mães entrevistadas, 18,9% informa que seu filho com Síndrome de Down não passou por qualquer tipo de tratamento.

Este dado parece contrastar com o obtido por Krupinski, Mackenzie e Cocks (1983) em seu estudo realizado na Austrália, mostrando que apenas 1% das famílias de deficientes mentais nunca fez uso de qualquer serviço da comunidade. Vale a pena lembrar que se trata de países com níveis de desenvolvimento acentuadamente distintos.

Os dados da Tabela 3 mostram justamente que os tratamentos mais conhecidos e procurados - fisioterápico e fonoaudiológico - são também os mais divulgados pela principal fonte de informação citada pelas mães, que é o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. É provável que isto se deva não só ao fato de que o atraso nas áreas motora e verbal é percebido mais precocemente mas também ao fato desses atendimentos serem os de mais fácil acesso às famílias, principalmente as de nível socio-econômico mais baixo, pois são oferecidos gratuitamente pelo próprio Hospital das Clínicas ou em clínicas particulares e instituições através de convênios de saúde.

A Tabela 4 mostra dados a respeito dos motivos apresentados pelas mães para o fato do filho não fazer determinados tratamentos tais como: médico, psicológico, fonoaudiológico e fisioterápico.

Para os atendimentos médico, fonoaudiológico e fisioterápico os pais apontam em primeiro lugar o seu desconhecimento acerca desses atendimentos, em segundo lugar o fato de não terem sido recomendados para o filho e em terceiro problemas de ordem financeira. Para o atendimento psicológico também são esses três fatores, os mais apontados mas aparecendo em primeiro

Tabela 4. Motivos apresentados pelas mães para o fato do filho não fazer determinado (s) tipo (s) de tratamento (s)

Motivos do não atendimento	Médico		Psicológico		Fono-audiológico		Fisioterápico	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Porque não foi recomendado	3	8,19	15	40,5	11	29,7	7	18,9
Por desconhecere os tratamentos	5	13,5	11	29,7	12	32,4	9	24,3
Por falta de tempo da mãe					1	2,7		
Por problemas financeiros	1	2,7	4	10,8	3	8,1	3	8,1
Por não ter conseguido o atendimento			1	2,7				
Por que a criança tem problemas de saúde					1	2,7		
Por que o marido não concorda que a criança faça o trabalho			1	2,7				
Porque não gostou do atendimento que conheceu							1	2,7
Por que foi indicado para quando a criança estivesse mais velha			3	8,1	2	5,4		
Não sabe			1	2,7				

Pode ter sido assinalado mais de um motivo por tratamento

lugar o fato de não ter sido recomendado. É interessante observar que o desconhecimento por parte dos pais de crianças com problemas de desenvolvimento acêrca dos serviços existentes, já havia sido apontado por outros trabalhos (Justice, O'Connor e Warren, 1971; Waisbren, 1980) como uma possível causa responsável pelo fato das famílias não procurarem os serviços. Quanto à falta de recomendação de alguns tratamentos, será que ela ocorre por desconhecimento dos profissionais da existência deles como atendimentos especializados para deficientes mentais ou desconhecimento acêrca dos benefícios que podem acarretar para o desenvolvimento da criança ou ainda, conforme aponta Waisbren (1980), devido a relutância de alguns profissionais em sugerir os serviços?

Na Tabela 5 pode-se observar que, dentre as mães que informam que o filho já passou ou está passando pelos atendimentos fonoaudiológico, fisioterápico, psicológico e terapia ocupacional, a maioria (entre 50 e 74,1%) relata que esses atendimentos produzem efeitos positivos sobre o desenvolvimento da criança com Síndrome de Down. A despeito disto, é superior a um terço o total de mães que consideram negativos os efeitos do tratamento psicológico e da terapia ocupacional. Mesmo no caso tratamento fonoaudiológico, mais de um quarto das mães referem-se de modo negativo aos efeitos deste. Nota-se ainda que, em relação à escola especial, o julgamento de uma das mães foi favorável, mas o da outra foi negativo.

Verifica-se, pelos dados da Tabela 6, que a maioria das mães considera que o atendimento

Tabela 5. Mães que avaliam os tratamentos (fonoaudiológico, fisioterápico, psicológico e terapia ocupacional) como tendo um efeito negativo ou positivo sobre o desenvolvimento do filho com Síndrome de Down.

Avaliação do tratamento	Tipos de Tratamentos									
	Fonoaudiológico		Fisioterápico		Terapia Ocupacional		Psicológico		Escola Especial	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
- Efeito positivo	10	58,8	20	74,1	2	66,6	4	50,0	1	50,0
- Efeito negativo	5	29,5	4	14,8	1	33,4	3	37,5	1	50,0
- Efeito não especificado	2	11,7	3	11,1			1	12,5		
Total de pessoas com Síndrome de Down que fazem (ou fizeram) o tratamento.	17	100,0	27	100,0	3	100,0	8	100,0	2	100,0

fonoaudiológico tem um efeito favorável sobre o desenvolvimento da fala (60%), o fisioterápico sobre o desenvolvimento motor (63,6%) e terapia ocupacional e escola especial propiciam a ampliação do repertório comportamental da criança (50 e 100%). Quanto ao atendimento psicológico, 50% das mães considera que ele favorece a ampliação do repertório comportamental e 50% que ele favorece o desenvolvimento motor.

Finalmente, a Tabela 7 contém dados resultantes da análise das informações fornecidas pelas mães ao se investigar o que elas consideram que deve existir para ajudar pessoas com problemas semelhantes aos de seu filho e suas respectivas famílias, análise esta efetuada em função do nível sócio-econômico-cultural das famílias.

Verifica-se que, dentre as 37 mães entrevistadas, a maioria (62,5%) é de opinião que devem existir instituições educacionais gratuitas, 10,8% levanta a necessidade da existência de clínicas com taxas reduzidas e escolas profissionalizantes e 8,1% indica a necessidade de verbas. Além destes, outros recursos são mencionados mas sempre por apenas uma das mães, tais como: local para recreação, fisioterapia gratuita, transporte escolar gratuito, pensão do governo, ajuda da prefeitura e recursos do governo às APAEs.

Levando em conta o nível sócio-econômico-cultural das famílias, observa-se que as mães que mencionam a necessidade de existência de clínicas que ofereçam atendimento com taxas reduzidas, são todas elas pertencentes a famílias de níveis médio e alto (A, B

Tabela 6. Mães que consideram o tratamento como tendo efeito favorável sobre o desenvolvimento da criança. Tipo de efeito positivo de cada tratamento.

Tipos de efeito positivo do tratamento	Tipos de Tratamentos									
	Fonoaudiológico		Fisioterápico		Terapia Ocupacional		Psicológico		Escola Especial	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Efeito favorável de ampliação do repertório comportamental	2	20,0	2	9,1	1	50,0	2	50,0	1	100,0
Efeito favorável sobre o desenvolvimento da fala	6	60,0								
Efeito favorável sobre o comportamento motor da criança			14	63,6			2	50,0		
Ajuda geral à família			2	9,1						
Efeito favorável não especificado	2	20,0	4	18,2	1	50,0				

Pode ter sido assinalado mais de um tipo de efeito para cada tratamento

Tabela 7. Opinião das mães quanto aos recursos que deveriam existir na comunidade para ajudar crianças com Síndrome de Down e suas famílias, em função do nível socioeconômico-cultural das famílias

Recursos julgados necessários	Níveis Socioeconômico-culturais											
	A		B		C		D		E		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	N = 4	N = 5	N = 8	N = 13	N = 7	N = 37						
	2	1	1	3	7	1	1	2	1	1	4	
	50,0	20,0	12,5	60,0	87,5	69,2	28,5	62,5	2,7	2,7	10,8	
Clínicas com taxas reduzidas	2	1	1	3	7	9	2	23	1	1	27	
Instituições educacionais gratuitas	2	3	7	9	7,5	1	7,6	23,0	1	1	2,7	
Fisioterapia gratuita						1	7,6	23,0	1	1	2,7	
Local para recreação						1	7,6	23,0	1	1	2,7	
Dinheiro						3	23,0	7,6	1	1	2,7	
Transporte escolar gratuito						1	7,6	7,6	1	1	2,7	
Pensão do governo						1	7,6	7,6	1	1	2,7	
Ajuda do governo às APAEs						1	7,6	7,6	1	1	2,7	
Ajuda da prefeitura						1	7,6	7,6	1	1	2,7	
Escolas profissionalizantes						1	7,6	7,6	1	1	2,7	
Não sabe	1	1	1	1	1	3	42,8	14,2	3	8,1	25,0	

Uma mãe pode ter julgado necessário mais de um recurso.

e C). Isto provavelmente se deve ao fato de que atualmente este tipo de recurso seja acessível apenas a famílias desses níveis. Por outro lado, a necessidade de escolas profissionalizantes é indicada mais por mães de nível mais baixo (E). Isto talvez se explique pela própria condição de baixa renda dessas famílias, que pode levá-las a sentir necessidade de ter o filho exercendo uma profissão que possa ser fonte de renda para o orçamento familiar. Uma questão que também poderia ser levantada é: será que os filhos dessas mães que mostram a necessidade do ensino profissionalizante não seriam aqueles com mais idade, dentro da amostra estudada? Esta questão poderá ser de alguma forma respondida através de novas análises dos dados, feitas em função das idades dos filhos com Síndrome de Down.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o estudo, apesar de não conclusivo, fornece evidências que permitem levantar algumas sugestões visando assegurar um melhor futuro as pessoas portadoras de Síndrome de Down.

Em primeiro lugar, é importante que os profissionais que atuam com as famílias e com as crianças estejam bem informados acerca dos atendimentos especiais necessários às pessoas portadoras de Síndrome de Down, desde a hora em que nascem até a vida adulta, para que possam melhor orientá-las.

É necessário também que esses profissionais estejam bem informados sobre os benefícios desses atendimentos, esclarecendo assim as famílias sobre a área de atuação de cada um deles.

Acredita-se que esse procedimento, visando informar e esclarecer melhor as famílias acerca de serviços especiais necessários, poderá contribuir para motivá-las não só a buscar os atendimentos, mas também a permanecer por mais tempo nos mesmos.

Um terceiro ponto é a necessidade de serviços públicos de atendimentos especializados, que venham a atender a população em todos os níveis. Nesse sentido, Oliveira (1983) alerta que é preciso lutar pela implantação de serviço de intervenção precoce em todos os níveis: a nível primário, evitando que os indivíduos se enfermem; a nível secundário, habilitando-os em etapas cruciais e a nível terciário, reabilitando-os precocemente. Aqui podemos ressaltar a necessidade dos serviços especiais de profissionalização, completando assim o processo de educação dessas pessoas.

Sabe-se que o processo de conscientização das comunidades bem como dos órgãos públicos não é fácil, mas necessário. É de suma importância que a comunidade esteja mobilizada na busca de recursos para atender a pessoas portadoras de Síndrome de Down e também os órgãos públicos estejam conscientes de que devem suprir a comunidade com serviços especializados e gratuitos de atendimento.

SUMMARY

PETEAN, Eucia Beatriz Lopes e GRAMINHA, Sônia Santa Vitaliano Services knowed, used and necessary to Down's Syndrome persons; mother's opinions about the effects of and factors that didicult the use.

Estudos de Psicologia, 8(2); 102 - 123, agost./dez. 1991*

It was to obtained information from 35 mothers of individuals with Down Syndrome living in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo in order to determine the following: a) services these mothers knew, utilized and considered necessary for their children; b) the mothers opinions about the effectiveness of the services utilized and the causes responsible for the fact that their children might not use a given service. Analysis of the data concerning nine items on the form showed that approximately 24% of the mothers claim they do not know about any type of care. The types of care they are most familiar with are physiotherapy (54%), which are also those most often utilized and publicized by the major source of the information cited by the mothers, i.e., the University Hospital, FMRP-USP. These treatments were evaluated by the mothers as having a positive effect on the development of their children. Most mothers (62,5%) considered the importance of the existence of more free educational institutions in the community as being necessary to help individuals with Down Syndrome and their families.

KEY WORDS: DOWN SYNDROME, PSYCHOLOGICAL SERVICES, MOTHER'S OPINION

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLUMA, S. M.; SHEARER, M. S.; FROHMAN, A. H. and HILLIARD, J. M. Portage guide to early Education: The portage project. Wisconsin, Cooperative educational Service Agency 12, 1978.

- GUIDI, M. L. M. & DUARTE, S. G. Um esquema de caracterização sócio-econômica. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, 52 (115): 65-88, 1969.
- HANSON, M. F. **Teaching your Down's Syndrome infant: a guide for parents**. Baltimore, University Park Press, 1977 - 221 p.
- HARDY, L.; MARTIN, G.; YU, D.; LEADER, C. & QUINN, G. - **Objective behavioral assessment of the severely and moderately mentally handicapped: the OBA**. Springfield, Charles C. Thomas, 1981. 125p.
- HOLE, B. **Desenvolvimento motor na criança normal e retardada**. Manole, 1979. 250p.
- JUSTICE, R.S.; O'CONNOR, G.; WARREN, N. Problems reported by parents of mentally retarded children - Who helps? **American Journal of Mental Deficiency**, 6 (75): 681-691, 1971.
- KOONTZ, C.W. **Koontz child development program**. Los Angeles Western Psychological Services, 1974, 71 p.
- KRUPINSKI, J.; MACKENZI, A. and COCKS, E. A survey of mental retardation in Victoria (Australia): Families perception of the needs of mentally retarded in the community. **British Journal of Mental Subnormality**, 29 (1): 29-38, jun. 1983.
- LAMPRETA, C. A prevenção no atraso do desenvolvimento. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, 1 (5): 25-30, 1985.

- LITYENS, M.T.A.E. Aspectos pedagógicos da deficiência mental. In: Krynski, S. **Deficiência Mental**. São Paulo, Livraria Atheneu, 1969, p.141-176.
- McMILLAN, D.L. Social Characteristics. In: **Mental Retardation In School and Society**. Boston, Little Brown, 1977. Cap. 10.
- OLIVEIRA, A.J. **Identificação e Intervenção precoce- Programa de educação preventiva para crianças de alto risco ambiental**. Florianópolis, UFSCar, 1983, 37 p. (texto datilografado).
- PINA NETO, J.M. **Aconselhamento Genético - Avaliação dos resultados através do seguimento tardio das famílias**. Ribeirão Preto, USP/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1983. (Tese de Livre Docência).
- SPRINGER, A. & STEELE, M.W. Effects of physician's early parental counseling on rearing of Down Syndrome children. **American Journal of Mental Deficiency**, 85 (1): 1-5, 1980.
- WAISBREN, S.E. Parent's reactions after the birth of a developmentally disabled child. **American Journal of Mental Deficiency**, 84 (4): 345-351, 1980.
- WILLIAMS, L.C.A. Intervenção precoce na excepcionalidade. **Cadernos de Análise do Comportamento**, (6): 38-51, 1984.

VALIDADE PREDITIVA DA EDAO EM PSICOTERAPIA BREVE: GRAU DE MOTIVAÇÃO

Elisa Medici Pizão YOSHIDA
PUCCAMP

RESUMO

YOSHIDA, Elisa Medici Pizão. Validade preditiva da EDAO em psicoterapia breve: grau de motivação. Estudos de Psicologia 8(2): 124 - 138, agosto./dez. 1991

Neste trabalho é apresentado um estudo retrospectivo de validade preditiva da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), relativa ao grau de motivação, em processos de psicoterapias breves realizadas por estudantes de psicologia.

Com respeito ao "grau de motivação," a EDAO não demonstrou validade preditiva, quando foram usados somente processos de terapias consideradas concluídas. Um outro estudo, incluindo psicoterapias que não foram concluídas deve ser feito.

PALAVRAS CHAVE: VALIDADE PREDITIVA, PSICOTERAPIA BREVE, MOTIVAÇÃO.

Os autores que se ocupam de psicoterapias breves, são unânimes em atribuir à etapa psicodiagnóstica, um papel fundamental. Isto porque, trabalham sobre uma área de conflito delimitada, que necessita ser previamente identificada e avaliada, dentro do âmbito - mais amplo da personalidade do paciente, e de sua realidade sócio-cultural.

Do psicodiagnóstico depende também, a verificação das condições mínimas necessárias para a aplicação da psicoterapia breve. Estas, se traduzem em critérios, que variam segundo o tipo de técnica empregada pelo profissional, e dos objetivos perseguidos.

Dentro do amplo leque de critérios psicodiagnósticos existente na literatura, destaca-se o critério motivacional pelo seu valor preditivo (Yoshida, 1990).

As pesquisas pioneiras de Malan (1963, 1976 a,b) indicam que, alta motivação, associada a alta focalidade, entre a 5ª e 8ª sessões, costumam resultar em psicoterapias breves e bem-sucedidas. Baixa motivação e baixa focalidade propiciam tratamentos longos e mal sucedidos. E baixa motivação e alta focalidade sugerem processos longos e bem sucedidos.

A motivação também foi intensivamente estudada por Sifneos (1972), que diferencia a motivação para mudar, da motivação que visa o alívio do sintoma. A primeira, corresponde à motivação genuína e adequada a terapias de **insight**, enquanto que a segunda, envolve o desejo de que o terapeuta o livre do sofrimento, sem que para isso o paciente tenha que se empenhar pessoalmente.

Para avaliar o tipo e o grau da motivação, Sifneos (1979) sugere uma entrevista clínica específica,

em que sete itens devem ser verificados: a) capacidade de reconhecer que os sintomas são de natureza psicológica; b) capacidade de fornecer um relato honesto e verdadeiro de suas dificuldades psicológicas; c) desejo de participar ativamente na terapia; d) curiosidade, introspecção e capacidade de se compreender; e) desejo de explorar e experimentar; f) expectativas realísticas dos resultados da psicoterapia; g) desejo de fazer sacrifícios razoáveis em termos de honorários e tempo.

A presença dos sete itens indica "excelente motivação" para a mudança; seis "boa motivação", cinco "fraca" e abaixo de cinco "motivação questionável", ou "ausência de motivação".

Gilliéron (1983) contrapõe-se à essa perspectiva de avaliar a motivação do paciente como uma "atributo" dele. Destaca seu caráter relativo, em função do tipo de relação que se estabelece entre um paciente e um terapeuta específicos não tendo sentido portanto, se pensar no critério motivacional, como tendo um valor prognóstico em si.

Boff e Abreu (1989) referem-se à questão contratransferencial envolvida com a motivação. Advertem para o risco de se rotular como "pouco motivados" pacientes "difíceis" que despertam "certo rechaço no psiquiatra", além de apontarem para a possibilidade da "baixa motivação" constituir o padrão transferencial possível, para aqueles pacientes submetidos a rígidas defesas. Sugerem, que se pense em um continuum, onde num extremo aparecem os altamente motivados, no outro os não motivados e numa faixa intermediária os pacientes com baixa motivação.

Os primeiros seriam, naturalmente, encaminhados para psicoterapias de insight. Os não motivados, constituem aquela parcela de pessoas "que apresentam grave patologia, não percebem que estão doentes", e que portanto não chegam a procurar auxílio, ou quando o fazem, estão coagidos pelos familiares e outros profissionais, o que inviabiliza qualquer tipo de enfoque psicoterápico.

Entre os com baixa motivação, aparecem aqueles que demonstram sofrimento psíquico, mas em que prevalece um quadro confuso, onde a queixa e o conflito nuclear não se apresentam claros. Prevalencem resistências que fazem com que a aliança terapêutica seja dificilmente desenvolvida, pois ao lado de desejo de se tratar, aparecem desconfianças de toda ordem. São pacientes considerados neuróticos graves ou **borderlines**, que reclamam num tipo de psicoterapia específico para suas características.

Outra questão a ser considerada, refere-se ao fato da motivação não ser uma característica estática, mas possível de flutuações, em função de inúmeras variáveis, das quais gostaríamos de mencionar a atitude contratransferencial do terapeuta, frente ao padrão transferencial desenvolvido pelo paciente, nos diferentes momentos da psicoterapia.

Isto é, gostaríamos de enfatizar, o caráter dinâmico da motivação, dentro do processo psicoterápico, como um todo, e não restringí-lo à etapa psicodiagnóstica; ainda que desta, dependa em grande parte, a continuidade ou não do atendimento.

Embora muito se fale sobre a motivação e sua importância para as psicoterapias breves poucos são os

autores, que como Sifneos, se preocuparam em operacionalizá-la (referido acima).

De uma maneira geral, os autores reportam-se à motivação, - como uma manifestação do paciente, que pode ser mais ou menos explícita, e/ou consciente, e que indica o desejo de submeter-se à psicoterapia; tomando a motivação como noção relativamente intuitiva, que dispensa maior explicitação.

Considerada como um "atributo" do paciente, ou vista dentro de sua configuração relacional, a motivação constitui todavia, o critério mais sistematicamente estudado, tanto por seu valor diagnóstico, quanto prognóstico, em processos de psicoterapias breves. (Malan, 1963, 1976; Sifneos 1984; Leeman,; Husby e cols, 1985; a,b,c,d,e, e outros).

Nesta medida a motivação foi escolhida, para a pesquisa ora apresentada, como o critério de medida a ser associado às avaliações fornecidas pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), com a finalidade de se verificar o valor preditivo desta última. Para tanto foram definidos previamente pela autora, categorias operacionalizadas, relativas a diversos graus de motivação: muito motivado (MM), regularmente motivado (RM), pouco motivado (PM) e pouquíssimo motivado (PqM).

Tratam-se de categorias descritivas, que pretendem corresponder a padrões de comportamentos observados na prática clínica, e que podem grosso modo, representar uma classificação, suscetível de julgamento clínico.

Quanto à EDAO, trata-se de uma escala desenvolvida por R. Simon, com a finalidade de indicar

a configuração adaptativa de uma pessoa, através da identificação da eficácia adaptativa de suas respostas às situações vitais.

A Escala consiste de uma listagem desenvolvida empiricamente, junto a estudantes da Escola Paulista de Medicina (EPM), em que as respostas são classificadas como adequadas, pouco-adequadas e pouquíssimo-adequadas, em função de solucionarem o problema, trazerem satisfação e evitarem conflito intra e extra-psíquico.

Através do julgamento clínico, considerando cada um dos 4 setores da personalidade (produtividade, afetivo-relacional, sócio-cultural e orgânico) o entrevistador chega ao diagnóstico da eficácia adaptativa geral*.

Desenvolvida para a população estudantil da EPM, torna-se necessário verificar sua validade para outras situações em que venha a ser utilizada.

Em processos de psicoterapias, importa a validade preditiva. Daí ter sido realizado este estudo, cujo objetivo foi o de verificar a validade preditiva da EDAO, em processos de psicoterapias breves, realizados por estudantes de psicologia.

AMOSTRA

A amostra foi constituída de 111 sujeitos, de um total de 118 pacientes atendidos por estagiários de

(*) para maiores informações reportamos o leitor à obra de R. Simon **Psicologia Clínica Preventiva** novos fundamentos, EPU SP. 1989

psicologia, em processos de psicoterapias breves, na Universidade de Guarulhos, no período de 1983 a 1987.

Dos 111 sujeitos, 90 eram mulheres e 21 homens, com idades variando entre 18 e 57 anos entre as mulheres, e 18 e 62 anos entre os homens.

Na Tabela 01 vê-se como se distribuem segundo essas duas variáveis:

Tabela 1. Distribuição da amostra (N = 111) conforme idade e sexo.

Idade \ Sexo	F	M	ε
18 a 27a	45 (50,00%)	15 (71,43%)	60 (54,05%)
28 a 37a	27 (30,00%)	02 (9,52%)	29 (26,12%)
38 a 47a	10 (11,11%)	02 (9,52%)	12 (10,81%)
48 a 57a	08 (8,88%)	01 (4,76%)	09 (9,10%)
58 a 62a	--	01 (4,76%)	01 (0,90%)
ε	90 (100%)	21 (100%)	111 (100%)

Vê-se que 81,08% (N=90) da amostra é constituída de mulheres enquanto que os homens representam apenas 18,92% (N=21).

Em ambos os grupos predominam os sujeitos entre 18 e 27 anos (50% das mulheres e 71,43% dos homens). No grupo das mulheres 30% dos 50% restantes, encontram-se na faixa entre 28 e 37 anos (N=27), e entre os homens a amostra se distribui mais uniformemente pelas outras categorias (N=2 ou N=1).

Tem-se portanto uma amostra em que, de cada 5 sujeitos, 4 são do sexo feminino. Sendo que em ambos os sexos predominam os jovens ou adultos jovens (18 a 27 anos), numa proporção de 1:12 entre as mulheres 2:2 entre os homens.

Quanto à escolaridade os sujeitos variam desde nenhuma até superior completo, como mostra a Tabela 02:

Tabela 2. Distribuição da amostra (N = 111) de acordo com a escolaridade e sexo.

Escol. \ Sexo	F	M	ε
nenhum + 1º GI	31 (34,44%)	07 (33,33%)	38 (34,23%)
1º GC + 2º GI	19 (21,11%)	--	19 (17,12%)
2º GC	17 (18,89%)	07 (33,33%)	24 (21,62%)
SI + SC	21 (23,33%)	07 (33,33%)	28 (25,23%)
nada consta	02 (2,22%)	--	02 (1,80%)
ε	90 (100%)	21 (100%)	111 (100%)

Entre as mulheres a categoria mais numerosa é a primeira, referente a nenhuma escolaridade e primeiro grau incompleto (N=31, 34,44%); seguida da categoria superior incompleto mais superior completo (N=21, 33%). Os homens estão igualmente distribuídos pelas categorias N=7 (33,33%); com exceção da categoria primeiro grau completo e segundo grau incompleto em que não figura nenhum sujeito.

Tem-se portanto uma amostra em que predominam as mulheres jovens, com pouca escolaridade. Os homens, em minoria, também são jovens, não havendo predomínio de nenhum dos graus de escolaridade.

MATERIAL

- Transcrição de sessões relativas aos processos psicoterápicos breves, realizados na Universidade de Guarulhos, no período de 1983 a 1987 (N=118).

- Ficha de Avaliação.

- Descrição Operacionalizada dos graus de motivação.

PROCEDIMENTO

1. A autora avaliou, através da EDAO, toda a amostra, baseando-se na leitura das transcrições das três primeiras sessões de cada caso. (N=118).

2. Ao menos um par de juízes julgou independentemente, quanto ao critério motivacional, os processos psicoterapias breves. Para tanto contavam com: a transcrição de todas as sessões de cada processo psicoterápico;

- Ficha de Avaliação a definição operacionalizada dos graus de motivação.

3. Quando não havia consenso, um terceiro juiz foi solicitado.

4. Se ainda assim não se obtinha o consenso, o caso era desprezado.

5. Obteve-se consenso de ao menos 2 juizes, em 111 dos 118 casos. Desses 79 foram considerados muito motivados (MM), 27 regularmente motivado (RM), 05 pouco motivados (PM) e nenhum pouquíssimo motivado (PqM).

6. Verificou-se o grau de associação entre os grupos (III e IV) e (V e VI) da EDAO, com os graus de motivação: MM e (RM ou PM). O nível de significância pré-fixado foi de $\alpha = 0,05$.

7. O teste da hipótese foi feito através da prova de χ^2 para Duas Amostras Independentes (na Tabela. 03, encontra-se a distribuição de freqüência, que serviu para o teste da hipótese).

Tabela 3. Distribuição de freqüência (N = 111) de acordo com o grau de motivação e a avaliação da EDAO.

EDAO \ MOT.	MM	(RM + PM)	Σ
III e IV	27	14	41
V e VI	52	18	70
Σ	79	32	111

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da Prova de χ^2 para Duas Amostras Independentes, obteve-se $\chi^2 = 0,53$ que não permitiu a rejeição de H_0 (valor do $\chi^2_c = 3,84$ para 1 gl, $\alpha = 0,05$, prova bilateral).

Isto é, os dados obtidos não permitem afirmar que os sujeitos dos grupos (III e IV) e os dos grupos (V e VI) diferenciam-se significativamente entre si, quanto ao grau de motivação durante o processo psicoterapêutico.

O diagnóstico da qualidade da adaptação da EDAO, fornece uma avaliação global dos diversos setores da personalidade, resultando numa avaliação geral da eficácia das respostas adaptativas do sujeito. Por outro lado, o grau de motivação do sujeito constitui uma medida do interesse e empenho com que ele enfrenta o processo psicoterapêutico.

Na amostra prevalecem os considerados muito motivados (MMs) tanto entre os do grupo não-eficaz moderado (N=27, ou seja 65,85% deste grupo), quanto entre os do grupo não-eficaz severo (N=52, 74,28% deste grupo).

Como já se viu anteriormente, foi considerado muito - motivado aquele que procurou por iniciativa própria o tratamento, compareceu à clínica tão logo tenha sido convocado, mostrou-se colaborador nas entrevistas, falando da suas dificuldades e assumindo a responsabilidade por elas.

Tem-se portanto uma amostra onde a maioria das pessoas procurou por iniciativa própria o tratamento, conseguiu muito provavelmente um bom *rapport* com seus respectivos psicoterapeutas, o que possivelmente favoreceu a conclusão do processo psicoterapêutico no tempo previsto.

É possível que pelo fato da amostra ter sido composta apenas pelos casos considerados concluídos,

introduziu-se um viés nos resultados, que impossibilita uma conclusão a respeito dos dados. Em princípio pode-se dizer apenas, que entre as pessoas que chegam ao término das psicoterapias realizadas pelos estagiários, prevalecem os MMs e que nestes casos a configuração adaptativa geral, parece não constituir um fator relevante.

SUMMARY

YOSHIDA, Elisa Medici Pizão. EDAO's predictive validity in brief psychotherapy: degree of motivation. *Estudos de Psicologia*, 8(2): 124 - 138 agosto./dez. 1991.

This paper is presents a retrospective study of predictive validity of the Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), related to "the degree of motivation", present in the process of short-term psychoterapies conducted by Psychology students. With respect to the "degree of motivation" the EDAO did not show predictive validity, when used only in regard to the process of therapies were not concluded, should be conducted.

KEY WORDS: PREDICTIVE VALIDITY, BRIEF PSYCHOTHERAPY, MOTIVATION.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOFF, A.A. e Abreu, J.R. P. - Motivação inicial e técnica psicoterápica: adequando a técnica à necessidade do paciente, in Eizirik, C; Aguiar R. e Schestatsky S. *Psicoterapia de Orientação analítica: teoria e prática*, Cap. 3, Artes Médicas, Porto Alegre, 1989.

- GILLIAÉRON, É - **Aux confins de la psychanalyse, : psychothérapies analytiques brèves**, Payot, Paris, 1983.
- HUSBY, R: Dahl, A.A.; Dahl, C.I.; Heiberg, A. N.; Olafsen, O.M.; Weisaeth, I. - Short-term dynamic psychotherapy I. The Oslo group's form to score outcome, the reliability testing of this form and observer characteristics. **Psychotherapy Psychosomatic** (1985 a), 43:1-7.
- HUSBY, R.: Dahl, A.A.; Dahl, C.I.; Heiberg, A.N.; Olafsen O. M.; Weisaeth, I. Short-term dynamic psychotherapy II. Prognostic value of characteristics of patients studied by a 2-year follow-up of 39 neurotic patients. **Psychotherapy Psychosomatic** (1985 b). 43 : 8-16.
- HUSBY, R. - Short-term dynamic psychotherapy III. A 5 year follow-up of 36 neurotic patients. **Psychoterapy Psychosomatic** (1985 c), 43: 17-22.
- HUSBY, R.; - Short-term dynamic psychotherapy IV. Comparison of recorded changes in 33 neurotic patients 2 and 5 years after end of treatment. **Psychotherapy Psychosomatic**, 43, 23-27 (1985 d).
- HUSBY, R.; - Short-term dynamic psychotherapy V. Global Assessment Scale as an instrument for description and measurement of changes for 33 neurotic patients. **Psychotherapy Psychosomatic** (1985 e), 43: 28-31.
- LEEMAN, C.P. Outcome criteria in psychotherapy research. **Psychotherapy Psychosomatic** (1975), 25: 229-235.
- MALAN, D. H. **A study of brief psychotherapy**. Tavistock Publications, London, 1963.

- MALAN, D. H. - **As fronteiras da psicoterapia breve.**
Trad. Lais Knijnik e Maria Elisa Z. Schestatsky.
(1976) Artes Médicas. Porto Alegre, 1981.
- MALAN, D. H. - **Toward the validation of dynamic psychotherapy.** Plenum Medical Book Company, Nova York, 1976.
- SIFNEOS, P.E. - **Short term psychotherapy and emotional crisis.** Harvard University Press. Massachusetts, 1972.
- SIFNEOS, P. E. **Psicoterapia dinâmica breve.** Trad. Alceu Edir Fillman, (1979), Artes Médicas Porto Alegre, 1989.
- SIFNEOS, P.E. - The current status of individual short-term dynamic psychotherapy and its future: an overview. **The American Journal of Psychiatry** (1984), 38 (4): 471-483.
- SIMON, R. **Psicologia Clínica Preventiva: Novos fundamentos,** EPU, SP, 1989.
- YOSHIDA, E.M. P. - **Psicoterapias Psicodinâmicas Breves e critérios psicodiagnósticos.** EPU, SP, 1990.

SISTEMA DE FICHAS: AVALIAÇÃO ATRAVÉS DE DELINEAMENTO EXPERIMENTAL DE NÍVEIS DE BASE MÚLTIPLOS

Marina BANDEIRA

Funrei - S. J. Del Rei

Mauro José GOMES

Funrei - S. J. Del Rei

RESUMO

BANDEIRA, Marina e GOMES, Mauro José. Sistema de fichas: avaliação através de delineamento experimental de níveis de base múltiplos. *Estudos de Psicologia*, 8(2): 138 - 153 agost./dez. 1991.

Os efeitos terapêuticos de um sistema de fichas para o tratamento de uma criança deficiente foram avaliados através do delineamento experimental de níveis de base múltiplos. Os resultados mostram não só um aumento na frequência dos comportamentos-alvo, mas também efeitos amplos e generalizados do sistema de fichas sobre a natureza das relações interpessoais da criança com as pessoas que a rodeiam.

Os autores destacam especialmente as vantagens dos delineamentos individuais em termos de sua viabilidade para situações clínicas, sua flexibilidade e sua importância para a formação do aluno de graduação em estágio clínico, uma vez que possibilita uma continuidade com sua formação básica em psicologia experimental.

PALAVRAS CHAVES: Sistema de Fichas, Linha de Base Múltipla, Supervisão de Estágio, Criança Deficiente.

A pesquisa experimental do comportamento humano individual não tem sido tradicionalmente utilizada para avaliar mudanças induzidas por intervenções terapêuticas. Embora a psicologia clínica tenha se baseado historicamente no método do estudo de caso clínico, esta abordagem não evoluiu linearmente em direção à uma metodologia experimental individual, envolvendo portanto definições de variáveis dependentes e manipulação de variáveis independentes. Ao contrário, com o tempo, esta tendência de focalizar o comportamento individual foi modificada e influenciada pela tendência dominante nos anos cinquenta de utilizar uma metodologia de comparação de grupos nas pesquisas aplicadas (Hersen e Barlow, 1976).

Só recentemente foi desenvolvida uma metodologia experimental adequada para avaliar mudanças comportamentais individuais, no contexto da psicologia clínica. Apesar disso, sua utilização nem sempre é freqüente, pois muitas vezes se considera que a pesquisa deve ser feita só na área básica enquanto que na área clínica ela não seria viável por dificuldade de controle de variáveis.

Entretanto, as vantagens da pesquisa na situação clínica são claras: aumenta nossa segurança à respeito da intervenção que determinou a mudança observada, torna mais objetivos e precisos os procedimentos terapêuticos, estende o benefício do sucesso de uma intervenção à uma dimensão social mais ampla (Lettner e Rangé, 1988). Uma outra vantagem é que quando a intervenção terapêutica não produz mudanças, pode-se detectar rapidamente este fato e modificar então os parâmetros da intervenção.

Três delineamentos individuais principais são utilizados. O delineamento quase experimental A-B, que indica pelo menos se a intervenção foi eficaz, isto é, se houve mudanças no comportamento e em que direção esta mudança ocorreu, embora não se possa precisar, através deste delineamento, qual variável determinou esta mudança (Campbell e Stanley, 1979).

Em segundo lugar, o delineamento experimental A-B-A que, já introduzindo a manipulação da variável independente, oferece um grau satisfatório de confiança de que a mudança observada se deve realmente à intervenção terapêutica empregada e não à fatores externos (exemplo, fatores determinados pela história ou pela maturação). Entretanto, em situação clínica, a retirada da intervenção terapêutica nem sempre é possível, desejável ou mesmo ética. Além disso, muitas mudanças comportamentais são irreversíveis, o que inviabiliza a utilização deste delineamento (Hersen e Barlow, 1976).

O terceiro delineamento individual, de níveis de base múltiplos, é o mais viável para situações clínicas, pois não envolve remoção do tratamento nem requer reversão dos efeitos. A manipulação da variável

independente se faz pela introdução da intervenção em pelo menos três momentos diferentes, de forma decalada. Se a mudança provocada se deve realmente à intervenção empregada, esta mudança deverá ocorrer em três momentos diferentes e somente nestes momentos, coincidindo com as três manipulações (Lettner e Rangé, 1988).

Este delineamento tem ainda a vantagem de ser aplicado simultaneamente à mais de um comportamento do mesmo indivíduo ou à mais de uma situação de vida, aumentando assim as chances da generalização dos efeitos e, portanto, de um maior impacto da intervenção terapêutica. Este fator não é de menor importância, pois sabemos que o principal problema das intervenções comportamentais não é a falta de efeito, mas a dificuldade da generalização destes efeitos (Quellet e Bandeira, 1987).

Numa situação de formação do estudante em estágio de psicologia clínica, a utilização de delineamentos individuais tem ainda a vantagem de levar concretamente o estagiário à perceber a viabilidade e a importância da avaliação contínua das intervenções terapêuticas. A atitude científica à qual este estagiário foi introduzido nas disciplinas de psicologia experimental pode assim se desenvolver amplamente também na situação clínica, proporcionando uma continuidade na sua formação e na sua atuação como profissional. A motivação dos estudantes para atuar nas situações de estágio clínico permite um maior aprendizado destas questões metodológicas, que em outro contexto seriam consideradas por eles como árduas e desinteressantes.

Este trabalho foi desenvolvido no contexto de um estágio de psicologia clínica, onde o estagiário foi orientado na aplicação de princípios básicos terapêuticos e metodológicos para o tratamento e avaliação de uma criança deficiente apresentando problemas comportamentais em casa e na escola. As queixas principais apresentadas pelos pais da criança inclui:

1. onicofagia severa, com ferimentos graves das mãos;
2. rendimento escolar baixo, com repetências e mudanças de escola;
3. dificuldade de concentração e atenção nos estudos e nas atividades em geral;
4. agressividade física na escola (cuspir na merenda, perfurar armários e riscar paredes);
5. masturbações muito freqüentes em casa;
6. tristeza, chôro. A criança apresentava ainda medos de animais e retraimento social.

Após entrevistas e observações da criança em casa e na escola, o problema em questão foi conceptualizado em termos de um desequilíbrio nas interações sociais da criança com as pessoas de seu ambiente imediato. Um ciclo vicioso aversivo se instalou, com tentativas inúteis de controle punitivo da parte dos adultos levando a comportamentos ainda mais inadequados da criança. Uma baixa taxa global de reforços positivos obtidos pela criança, principalmente sociais, teria levado os estímulos sociais à adquirir uma valência negativa, conseqüentemente provocando a esquiva social e a agressividade. Além disso, a criança apresenta, conseqüentemente, sintomas depressivos.

Baseada nesta definição comportamental do problema, a intervenção utilizada foi o reforçamento

positivo, através de um sistema de fichas (Gambrill, 1978; Ayllon e Azrin, 1974). O objetivo desta intervenção é de redefinir as interações sociais da criança com as pessoas de seu ambiente imediato em termos de uma valência positiva e não aversiva, estabelecendo os estímulos sociais como reforçadores. Através desta modificação, visa-se instalar comportamentos de desempenho escolar, concentração e atenção, assim como comportamentos socialmente adequados no repertório da criança, para que estes comportamentos possam assegurar posteriormente a continuidade dos reforçadores sociais naturais.

MÉTODO

Cliente. A criança que participou deste tratamento é um menino de doze anos de idade, apresentando diagnóstico de retardo mental e disfunção cerebral mínima. Sua mãe contraiu rubéola no oitavo mês de gestação. A criança está sob tratamento neuropediátrico e faz uso diário de ritalina e psicoglut, além de um anti-depressivo que é prescrito quando necessário. Submeteu-se à tratamento psicológico de ludoterapia e psicomotricidade durante quatro anos.

A criança mora com os pais, uma irmã de dezenove anos, uma avó e um tio. Os pais têm nível universitário.

Material. Para o sistema de fichas foi utilizado um tablado para se colocar as fichas ganhas pela criança após os comportamentos-alvo. Este tablado consistia de uma placa de isopor com 1m 17cm de comprimento,

48cm de largura e 1,5 cm de espessura, coberto com papel camurça cinza.

O tablado foi dividido por duas linhas horizontais e seis verticais através de uma fita azul. Três figuras correspondentes aos comportamentos-alvo ficavam à esquerda do tablado. Na frente destas figuras, sete quadrados correspondentes aos sete dias da semana eram dispostos horizontalmente para colocação das fichas.

As fichas consistiam de medalhas douradas escolhidas pela criança.

Procedimento

Comportamentos-alvo. Como o delineamento experimental escolhido para avaliação dos efeitos do tratamento foi o de níveis de base múltiplos, três comportamentos da criança foram selecionados para intervenção, mínimo exigido neste tipo de delineamento.

O comportamento de deixar as unhas crescerem normalmente sem roê-las provocando ferimentos foi o primeiro escolhido, devido à sua urgência. Os outros dois comportamentos foram a execução de tarefas escolares em casa e na escola, afim de desenvolver a capacidade de concentração da criança. A primeira variável dependente foi medida em termos do comprimento das unhas em milímetros, uma vez que este seria o resultado direto do primeiro comportamento. As demais medidas consistiram da porcentagem de tarefas realizadas sobre o total de tarefas do dia.

Foi decidido aplicar a intervenção em dois ambientes diferentes para se aumentar as chances de

generalização dos resultados e para expandir o estabelecimento de estímulos sociais como reforçadores, com o maior número de pessoas possível. A família e a professora da criança foram instruídas sobre o plano de trabalho e sobre as medidas à serem tomadas para os níveis de base dos comportamentos, antes de se introduzir a intervenção. Somente a professora apresentou resistência inicial ao programa, devido à um preconceito contra a terapia comportamental, mas aceitou participar. Todos receberam folhas de registro para anotar as medidas comportamentais.

Nível de base: Os três comportamentos foram observados e medidos antes da introdução da intervenção. O primeiro comportamento foi medido por três dias, o segundo por seis dias e o terceiro por nove dias, completando assim a decalagem exigida pelo delineamento. Quando o primeiro comportamento começou à ser tratado os outros dois continuaram à ser medidos, o mesmo ocorrendo quando o segundo foi tratado.

Intervenção: No quarto dia, o primeiro comportamento foi submetido ao sistema de ficha. Todos receberam explicações, incluindo a criança que concordou em participar. O tablado para colocação das medalhas foi fixado na parede, num local visível para todos. Somente a figura das mãos, representando o primeiro comportamento, estava pregada no tablado, pois era o único comportamento sob tratamento naquele momento.

Todos os dias, o pai da criança media suas unhas e caso apresentassem uma estabilização, a criança

recebia uma medalha. Se apresentassem um crescimento de 2 mm, ele recebia duas medalhas e assim por diante. Seu pai ficou encarregado da tarefa de medir e de reforçar este primeiro comportamento. Ambos se dirigiam ao tablado para colocar as medalhas e a criança recebia reforço social.

No sétimo dia, o segundo comportamento foi submetido também ao sistema de fichas e a mãe desta vez ficou sendo a encarregada da avaliação e da atribuição dos reforços. Se a criança fizesse cinquenta por cento das tarefas receberia uma medalha, de cinquenta à setenta por cento, duas medalhas e de setenta à cem por cento, duas medalhas.

No décimo dia, o terceiro comportamento também foi submetido ao sistema de fichas e a professora ficou encarregada somente da avaliação deste comportamento, no início. Mais tarde, a intervenção foi modificada e a professora ficou encarregada também da atribuição dos reforços para este comportamento, pois ficou clara a necessidade desta modificação.

No final de semana todas as medalhas eram contadas e trocadas por reforços, segundo critérios preestabelecidos e do conhecimento de todos. Os reforços foram escolhidos pela criança e consistiam de: balas de chocolate, sorvete, pipas médias e grandes, carretéis de linha para pipa, passeio no sítio, troféu cheio de moedinhas de chocolate. Todos foram instruídos à darem reforço social para a criança no momento da atribuição das medalhas, incluindo a avó, a irmã e o tio.

Comportamento agressivo: Este comportamento foi introduzido posteriormente ao sistema de fichas mas

não fez parte do delineamento experimental. A professora ficou encarregada de anotar a presença da agressividade na escola durante cinco dias e à partir do sexto dia começar à reforçar a criança se ela não apresentasse nenhuma agressividade. Somente o reforço social da professora foi utilizado neste caso, juntamente com um cartão com dizeres de bom comportamento.

RESULTADOS

Dados quantitativos

A figura 1 mostra os resultados do sistema de fichas para os três comportamentos que fazem parte do delineamento de níveis de base múltiplo. Pode-se observar que, em geral, todos eles aumentaram e se estabilizaram após a introdução do sistema de fichas.

Se observarmos com atenção cada comportamento em particular, podemos notar, por exemplo, que o primeiro comportamento mostra uma ligeira tendência à aumentar, um dia antes da introdução da intervenção. Supomos, neste caso, que a atenção dada pelo pai ao medir todos os dias as unhas da criança, assim como sua proximidade física ao medi-las tenha tido um valor reforçador. Era evidente o apego da criança ao pai e a ausência de atenção do mesmo, anteriormente.

O segundo comportamento mostra um aumento logo após a introdução da intervenção, estabilizando-se logo em seguida.

Quanto ao terceiro comportamento, observamos pelo gráfico que não havia aumento algum após a introdução do sistema de fichas. Decidimos então modificar o procedimento e encarregar a professora, e não mais a mãe, à reforçar a execução das tarefas escolares na escola. A seta indica esta modificação. Podemos observar que logo após esta modificação do procedimento, o terceiro comportamento começou à aumentar, estabilizando-se em seguida.

Os dados da "follow-up" foram obtidos no centésimo dia após a introdução do sistema de fichas. Estes dados estão indicados por pequenos triângulos sobre o gráfico. Podemos observar que todos os comportamentos se mantêm estabilizados.

Dados de entrevistas

Além das mudanças observadas acima, outros efeitos do sistema de fichas foram citados espontaneamente pela família e pela professora da criança, durante as entrevistas realizadas com elas após a realização do tratamento.

Sintomas depressivos: A família observou que a criança que chorava freqüentemente e se mostrava taciturno passou à se mostrar alegre, à brincar e à se mostrar ativo e sempre ocupado com atividades diferentes. Foi observado também que a criança se mostra mais preocupada com sua própria aparência, saindo do banho bem penteado e chamando a atenção dos seus familiares sobre sua aparência.

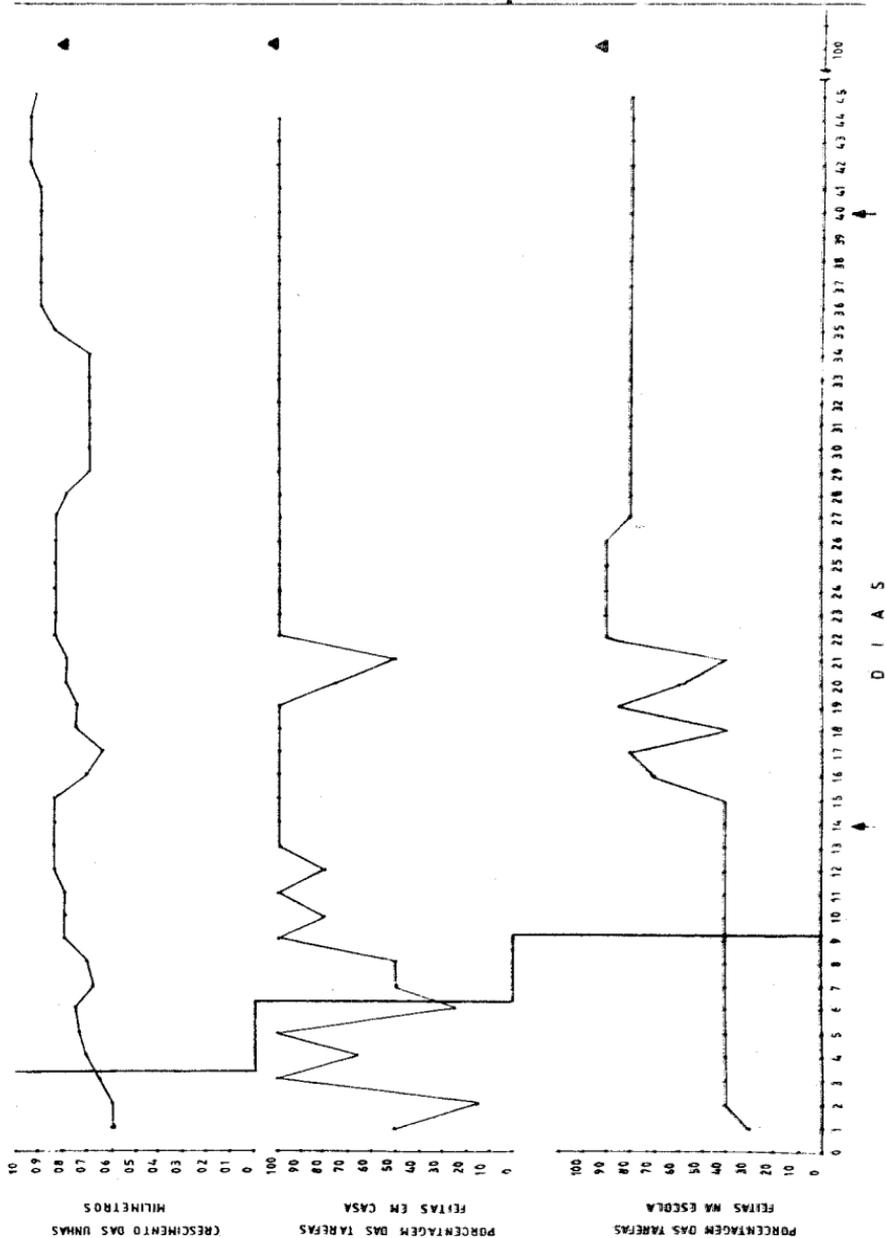


Figura 1. Desempenho escolar e crescimento das unhas em função do sistema de fichas. Setas: o comportamento 3 passa à ser reforçado pela professora. Setas: Início do reforço intermitente para todos. Triângulo: follow-up.

Masturbação freqüente: Segundo a família, a criança parece não se interessar mais pela masturbação. Quando vai ao banheiro, sai rapidamente e parece "não ter tempo para estas coisas pois está sempre ativo e ocupado com atividades".

Concentração: A família e principalmente a professora observam uma maior capacidade de concentração e maior tempo fixo em uma mesma tarefa. A dispersão praticamente desapareceu.

Agressividade: Segundo a professora da criança, este apresenta uma melhora notável, tanto na diminuição da agressividade quanto na qualidade de seus contatos sociais. Anteriormente, a criança "não podia ir ao banheiro sozinho pois no caminho batia nos outros até tirar sangue e agora vai sozinho sem problemas. Manda bilhetinhos amorosos para algumas garotas e brinca com os colegas".

Relação com o pai: O pai da criança parece se dedicar mais ao garoto, dando-lhe mais atenção e ficando mais tempo com ele, segundo depoimento da avó e da irmã.

Relação com a professora: Segundo a família, a relação da criança com a professora não era boa e com o sistema de fichas mudou muito. Durante a entrevista, parece evidente a satisfação da professora com o progresso da criança.

Fobias: A criança mostra finalmente uma diminuição de suas fobias, aproximando-se por exemplo de cachorros e dizendo espontaneamente: "Eu não preciso ter medo dos cachorros pois eu não vou mexer com eles, nem eles vão me morder".

CONCLUSÃO

A avaliação contínua de uma intervenção terapêutica, através de um delineamento experimental individual possibilita um monitoramento constante dos efeitos da intervenção, permitindo assim verificar se realmente está havendo um impacto terapêutico.

No caso do efeito não ocorrer, como por exemplo com o terceiro comportamento do sistema de fichas utilizado neste trabalho, uma correção da intervenção pode ser rapidamente introduzida. O efeito da modificação é observado imediatamente.

O delineamento de níveis de base múltiplo é especialmente conveniente para situações clínicas, por fornecer condições para uma maior generalização dos efeitos. Atuando-se sobre pelo menos três comportamentos, que é a exigência mínima deste delineamento, as chances de generalização aumentam. No caso presente, a generalização parece bastante evidente, obtendo-se um efeito amplo sobre o repertório da criança e também sobre seu humor.

O sistema de fichas favoreceu esta generalização, uma vez que se procurou utilizar o maior número de pessoas possível como agentes reforçadores, mais de um ambiente diferente para aplicação dos reforços, além de vários comportamentos diferentes. O cuidado na escolha do procedimento é fundamental para se obter a generalização, pois sabemos que esta não é obtida espontaneamente mas sim após introduzir procedimentos específicos para atingi-la.

O principal resultado da aplicação do sistema de fichas, na nossa opinião, é o de redefinir a natureza

das interações sociais de uma valência negativa para uma positiva, devido ao estabelecimento dos estímulos sociais como reforçadores. Este fato concorre muito para a generalização dos efeitos do tratamento, pois a mudança das interações sociais é central para todas as outras mudanças no comportamento da criança, assim como para mudanças na qualidade de seu ambiente de vida imediato.

A avaliação contínua através de delineamentos individuais serve para assegurar uma atitude científica ao longo da intervenção clínica, mantendo-se um eixo experimental seguro, ao mesmo tempo em que se intervém clinicamente em vários níveis sociais e afetivos. O experimentador participa assim de uma experiência clínica que guarda uma continuidade evidente com sua formação experimental.

SUMMARY

BANDEIRA, Marina e GOMES, Mauro José. Token system: evaluation through experimental design of multiple baselines

Estudos de Psicologia, 8(2): 138 - 153, agost./dez. 1991

The therapeutic impact of a token program for the treatment of a deficient child was evaluated by means of a single case experimental design, the multiple baseline design. The results show an increase in the frequency of the three reinforced behaviors, but also a generalized effect on the nature of the interpersonal relationships of the child with his group.

The authors emphasize the advantages of this experimental design in terms of its adequability to clinical situations, its flexibility and its importance for the training of undergraduated students in clinical settings, since it provides a continuity with their basic training in experimental psychology.

KEY WORDS: TOKEN PROGRAM, MULTIPLE BASELINES, SUPERVISION, DEFICIENT CHILD.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYLLON, T. e AZRIN, N. H. (1974). **O emprego de fichas-vale em hospitais psiquiátricos.** Um sistema motivacional para terapia e reabilitação. São Paulo: EDUSP.
- CAMPBELL, D.T. e STANLEY, J.C. (1979). **Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa.** São Paulo: EDUSP.
- GAMBRILL, E.D. (1978). **Behavior modification: Handbook of Assesment, intervention and evaluation.** London: Jossey-Bass Publishers. pp. 60-68.
- HERSEN, M. e BARLOW, D.H. (1976). **Single case experimental design.** Strategies for studying behavior change. New York: Pergamon Press.
- LETTNER, H.W. e RANGÉ, B.P. (1988). **Manual de psicoterapia comportamental.** São Paulo: Manole.
- QUELLET, R. e BANDEIRA, M. (1987). **L'entraînement aux habiletés sociales et la generalisation.** *Revue de Modification du Comportement*, vol. 17, N. 2, pp. 5-12.

RESENHAS

O PROFESSOR UNIVERSITÁRIO EM AULA: PRÁTICA E PRINCÍPIOS TEÓRICOS*

Anelise de Barros Leite NOGUEIRA
PUCCAMP

Os autores focalizam um tema acerca do ensino, de especial interesse para aqueles que lecionam no terceiro grau, pois trazem contribuições a partir da reflexão em torno do processo ensino-aprendizagem, o qual ocorre de forma dinâmica na sala de aula. Alertam o professor para uma revisão de sua postura, devendo este estar ciente para os reflexos de suas decisões e atitudes sobre o aluno.

Questões pertinentes ao ensino superior vêm sendo discutidas de alguns anos para cá, nas quais se nota que há uma preocupação dos pesquisadores e

(*) ABREU, M. C. de & MASETTO, M. T. - *O Professor Universitário em Aula: Prática e Princípios Teóricos*. São Paulo, M. G. Editores Associados Ltda, 1989, 130 p.

estudiosos com a melhoria da docência neste nível. Esta obra, portanto, oferece oportunidade para um redimensionamento e um repensar de papéis, atitudes e valores.

Maria Célia de Abreu é Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia da Educação e professora desta disciplina no Curso de Psicologia da PUC/SP e Marcos Tarciso Masetto, licenciado em Filosofia, Doutor em Psicologia da Educação, entre outras funções, ocupa o cargo de Vice-Reitor da PUC/SP.

O livro de Abreu e Masetto se constitui essencialmente num rol de sugestões relativas à prática pedagógica, havendo no decorrer das colocações, um convite ao uso da criatividade, do bom senso e da criticidade por parte do professor.

O livro compreende oito capítulos, além da apresentação de uma introdução e de uma conclusão.

Os Autores dão início à reflexão destacando como pontos principais na prática do professor: o conteúdo da área na qual o professor é especialista, a visão que o mesmo tem de educação, de homem e de mundo, a habilidade e os conhecimentos que permitem ao professor, uma ação efetiva em sala de aula.

No primeiro capítulo, é salientada a participação que o professor de nível superior tem na criação e organização da aprendizagem dos alunos e, nesta direção é mostrada a necessidade do professor se posicionar **"diante de um leque de possibilidades, fazendo uma opção que terá repercussão em sua prática diária de sala de aula"** (p. 07). Os autores comentam as tendências, a saber: aquela que privilegia o desenvolvimento mental

(o aspecto cognitivo); uma segunda que propicia o desenvolvimento da pessoa singular e como um todo (aspectos cognitivo, afetivo, social); uma terceira que diz respeito ao desenvolvimento das relações sociais, dando-se grande importância ao momento histórico, assim como estabelecimento e compreensão das relações entre os fatos e acontecimentos. É colocada ainda pelos autores uma quarta linha de aprendizagem, a qual refere-se ao desenvolvimento da capacidade de decidir, ao desenvolvimento de habilidades para assumir responsabilidade social e política.

Abreu e Masetto fazem menção à aprendizagem significativa, a qual está relacionada ao universo de conhecimentos e experiências do aluno, proporcionando ao mesmo, a transferência de aprendizagem; em oposição, está a mecanizada, através da qual, o aluno memoriza a informação nova ou repete corretamente a habilidade a ser estabelecida.

Destaca-se a importância dos objetivos traçados e serem atingidos nas circunstâncias em que o Curso é realizado.

Um outro princípio considerado é o uso do "feed-back" imediato, o qual objetiva o fornecimento de dados ao aluno e ao professor.

Lembram que o bom relacionamento interpessoal, é importante para a aprendizagem e entre outras características deste relacionamento, estão o diálogo e o trabalho em conjunto.

Os capítulos seguintes tratam da elaboração dos planos de ensino, diferenciados em plano de disciplina e plano de unidade. Há neste sentido, comentários e sugestões em torno da formulação dos planos e suas partes sendo enfatizados os objetivos no decorrer da

discussão. Constantemente há um lembrete de que as sub-divisões de um plano como: conteúdo, estratégias, avaliação devem estar vinculadas aos objetivos propostos, pois não havendo empenho neste sentido, compromete-se o processo ensino-aprendizagem.

O último capítulo fez referência à relação: professor-aluno e para desenvolver este capítulo, os autores remetem ao modelo de relacionamento interpessoal proposto por Carl Rogers (1972), o qual valoriza a autenticidade do professor, o apreço ao aprendiz e a compreensão empática.

A preocupação com a aprendizagem do aluno é vista como guia do relacionamento em sala de aula.

É ressaltada a importância do monitor, junto ao professor e suas programações, bem como a presença marcante do primeiro junto aos colegas, auxiliando-os na exposição dos problemas ao professor, entre outras funções.

A sala de aula é vista como apenas uma parte da situação educacional. Desta forma, ao encerrarem a obra, é feita uma proposta de debate sobre uma macrovisão da educação.

Trata-se de um livro de grande valia para o docente interessado em rever sua prática pedagógica, bem como retomar os princípios que a determinam, sendo também de utilidade para pesquisadores, pelo fato de levantar questões que suscitam estudos mais aprofundados.

Os temas são abordados de forma objetiva, contribuindo efetivamente para mudanças positivas na ação pedagógica, ao mesmo tempo que desperta o uso da criatividade por parte do leitor.

ALFABETIZAÇÃO: PERSPECTIVA PIAGETIANA*

Geraldina Porto WITTER
PUCCAMP

A preocupação de seguidores de Piaget com as questões relativas ao processo de alfabetização é relativamente recente na longa e produtiva história desta área de pesquisa. Todavia, tem surgido uma farta bibliografia, notadamente em espanhol e português, onde a liderança é de Ferreiro (anos 80).

O livro aqui resenhado é uma obra que se encaixa neste contexto teórico e compreende sete capítulos além de um prefácio sucinto em que Duckworth apresenta a obra, lembrando quão poderosa é a inteligência na construção e compreensão do mundo pela criança, no enfoque piagetiano.

O primeiro capítulo é de autoria de Goodman e trata do como as crianças inventam a escrita, remonta aos trabalhos de Iredell, nos EEUU, no final do século

(*) GOODMAN, Y.M. (org.) How children construct literacy: piagetian perspectives. Newark (Del.): IRA, 1990, 127p.

passado, passa pelos autores dos anos 20 e 30 (Vygotsky, Gesell, Hildreth e Legrun) até chegar a proposições mais recentes do próprio Vygotsky e de Piaget, pinçando dos vários autores elementos esparsos até a busca das questões com as quais os piagetianos envolvidos com alfabetização, seguindo a liderança de Ferreiro, vêm se ocupando. Fecha seu capítulo com uma apresentação dos capítulos subseqüentes.

O segundo capítulo é de Ferreiro e é uma síntese da concepção psicogenética de alfabetização. Trata-se de uma síntese didática de seus trabalhos anteriores.

Landsman apresenta algumas reflexões e exemplos da teoria tendo por foco o sistema hebreu de escrita, sendo sua análise baseada na observação de 42 crianças entre três e cinco anos e meio e outros casos individuais esparsos.

Teberosky, a qual vem trabalhando com Ferreiro há longo tempo, assumiu a responsabilidade pelo capítulo seguinte no qual faz uma síntese sobre a escrita da criança e suas relações com a situação de aprendizagem. Todavia, sem nenhum acréscimo às publicações anteriores.

Pentecorvo e Zucchermaglio descrevem os resultados de sua pesquisa com crianças de cinco e seis anos em termos de alfabetização em italiano, com análise percentual e qualitativa. Enfocam questões curriculares e recorrem a procedimentos e dados de outros enfoques. Apresentam longos exemplos descritivos de desempenhos de crianças, mas não aprofundam as relações sociais e pedagógicas que o título do capítulo

faz pressupor. Porém é o único capítulo que traz alguma novidade para os que já estão informados sobre a teoria em tela.

O sexto capítulo é de autoria de uma brasileira (Grossi) e descreve algumas aplicações dos princípios psicogenéticos na alfabetização de crianças brasileiras.

Goodman fecha a obra, assinando o breve capítulo final, relacionando o conhecimento da criança com o ambiente de sala de aula e o currículo, bem como, apontando algumas perspectivas de pesquisa. Tudo muito superficial e sem qualquer novidade quer para os já enfronhados com a sua teoria ou muitas outras que se ocupam com a problemática da alfabetização.

De um modo geral, a leitura do livro é facilitada pelo aspecto didático e nível dos vários capítulos. Todavia o leitor que já milita ou conhece razoavelmente as propostas de Ferreiro não encontrará nele novidades, apenas sínteses de informações e postulados já conhecidos; às vezes, alguma sedimentação de informação ou réplica. Não traz avanços mas exemplos de um conhecimento instituído. Como texto de iniciação e exemplificação pode ser de alguma utilidade em cursos destinados a professores e a alunos de graduação que não tenham no inglês uma barreira para se informar.

NEUROLINGUÍSTICA DOS DISTÚRBIOS DA FALA*

Carmen Elvira Flores MENDONZA
PUCCAMP

Trata-se da apresentação de dados sobre a aquisição do sistema fonêmico na língua portuguesa e aspectos neurolingüísticos dos distúrbios articulatorios em crianças, resultantes de uma pesquisa quase-experimental (e não experimental como o autor afirma) realizada no período 1979 a 1988.

A primeira parte do livro, o autor dedica à controvérsia teórica sobre os modelos de controle da motricidade dos órgãos fonoarticulatorios (OFA). Descreve o modelo de alça aberta (conjunto único de comandos motores, invariantes para cada fonema e independentes do contexto onde ele se produz) e o modelo de alça fechada (monitoramento constante do ato motor e dependentes do contexto). Com a crescente sofisticação das técnicas de avaliação dos movimentos articulatorios, o autor argumenta que nenhum destes

(*) Rodrigues, N. NEUROLINGUÍSTICA DOS DISTÚRBIOS DA FALA Ed. Cortez, S. P., 1989

dois modelos se apresenta suficientemente adequado para explicar o controle motor. A saída para tal controvérsia seria criar um terceiro construto teórico que envolva ambos os modelos. Para tanto o Autor propõe o modelo de controle segmentar: o ramo aferente (via unidade motoras e o motoneurônio gama) possibilitaria a inervação das fibras musculares, e, o ramo eferente (via fusos musculares, órgão neurotendíneo de Golgi e suas fibras aferentes), permitiriam a transmissão de informação para o SNC sobre o comprimento e a velocidade de estiramento do músculo. Esta postura teórica, válida para os músculos do território espinal e o controle dos gestos feitos pelos membros, é perfeitamente extensível, segundo Rodrigues, para os OFA, apesar de poucos dados experimentais.

Baseado neste modelo, o autor afirma existir uma alça suprasegmentar córtico-espino-cortical (ramo eferente = cortido espinal e ramo aferente = espino cortical), o que não significaria que o SNO, dispense auxiliares como o cerebelo, núcleos de base e certas áreas de associação. A seguir o autor propõe-se a explicar diversas formas de sartrías como: espásticas, flácidas, atáxicas, hipocinéticas e hiperkinéticas.

Na segunda parte do livro, é enfocada a questão das dispraxias, as diversas classificações e definições que vem recebendo na literatura especializada. Rodrigues discute especialmente o problema das apraxias do OFA em crianças. Talvez este capítulo represente a ligação mais direta com a pesquisa desenvolvida. O autor toma como referência teórica as posições do neuropsicólogo soviético A. Luria em relação à não localização das

funções mentais superiores, mas discorda do mesmo, sobre uma certa tendência para o modelo "corticocentrado". O autor prefere levar em consideração a dinâmica e o desenvolvimento do SNC em crianças e propõe a denominação apraxia ou dispraxia motora de desenvolvimento. Trata-se de um esforço do autor em configurar funcionalmente aspectos neurofisiológicos causativos do distúrbio apráxico, em oposição a um localizacionismo. Desta forma as apraxias em crianças não teriam localização fixa (perturbações morfológicas como lesões do córtex cerebral) e sim localizações funcionais (perturbações dos "momentos" eferentes e aferentes). De qualquer forma, torna-se obvio que são os aspectos orgânicos que estão subjacentes às perturbações articulatórias. A seguir o autor considera possível (baseado em numerosas observações clínicas) uma certa correlação entre a movimentação OFA e membros superiores, o que estaria em acordo com seu modelo de alça córtico-espino-cortical. São discutidos também aspectos neurolingüísticos relevantes à segmentação fonética e discrimina os campos de estudo da Fonética e Fonologia.

Na terceira parte do livro é discutida, de forma mais detalhada, a participação da dispraxia motora nos distúrbios articulatórios em crianças, retornando-se ao conceito de apraxia de desenvolvimento da fala, porém incorporando certas questões que irão ser respondidas ao final da pesquisa, como por exemplo: crianças com distúrbio articulatório apresentariam desempenho prático diferente das crianças normais? ou crianças dispráxicas com distúrbios articulatórios são homogêneas?

No último capítulo do livro, de forma redundante tanto nas apreciações teóricas como nos exemplos de pesquisas experimentais, retorna a questão da polémica da perda da função vs. redução de eficiência na apraxia motora.

O livro finaliza com a apresentação do delineamento de pesquisa e dos resultados obtidos. Em apêndice encontra-se anexada a composição de amostra, a forma de avaliação da produção articulatória.

A exceção do prólogo e da resenha na contracapa do livro (que alertam para o conteúdo do livro), o leitor poderá achar estranho que o título e a primeira parte do livro que caracteriza mais um manual neurofisiologia do gesto articulatório-esbarre com a afirmação do autor de que não é essa a intenção da obra e sim apresentar uma pesquisa correlacionando produção articulatória e desempenho práxico em crianças. Desta forma, tornou-se desnecessária a apresentação teórica das disartrias, mesmo para realçar a funcionabilidade do modelo que o autor propõe sobre a alça segmentar córtico-espino-cortical.

Embora o livro apresente falhas na estruturação da informação, possivelmente pela preocupação do autor extremamente supérfluo e nem hiperespecializado, a contribuição principal do livro está na forma original do raciocínio teórico e prático do autor. Desde que a pesquisa apresenta resultados de correlações estatísticas entre provas de desempenho (criadas pelo autor) a investigação efetuada obedece a um delineamento quase-experimental e não experimental. Isto não desmerece os resultados obtidos e a ampla amostra estudada. Contudo o

tratamento dos dados é limitado e a pesquisa merecia melhor análise quantitativa e qualitativa.

A obra está sustentada sobre uma bibliografia não muita atualizada porém bastante extensa.

As variáveis correlacionadas (OFA e MS) suscitam maiores investigações nas áreas da Fonoudiologia, Neuropsicologia, Psicolinguística e outras afins. As provas de desempenho utilizadas na pesquisa poderão merecer aproveitamento na prática clínica, com o devido cuidado que pede instrumental deste tipo.

APRENDIZAGEM DE CONCEITO*

Geraldina Porto WITTER

PUCCAMP

O mercado editorial na área das ciências é, via de regra, no que tange a teses, de base pouco ou nada lucrativa. Aliás, o conteúdo específico, o nível que se espera tenha o discurso e outras características típicas das dissertações e teses as endereçam a um público seletivo e restrito, portanto pouco atraente para fins lucrativos, quando o valor é **dinheiro**. Todavia, quando a medida de valor é **cultura**, ou a disseminação do saber científico, então, torna-se de grande representatividade a publicação de tais documentos, especialmente se são dados de pesquisa. É uma forma de tornar a ciência em alto nível de domínio público, de democratizá-la, de oferecer ao docente universitário acesso mais fácil a estas informações e de dar-lhe apoio didático. Especialmente quando se está em um país de terceiro mundo este tipo de publicações pode ser uma

(*) DRACHENBERG, Herma B. Aquisição de conceito de quantidade. Programação de um procedimento de "escolha conforme o modelo" para crianças. Assis: FCLA-HUCITEC, 1990.

necessidade. Todavia, via de regra, as editoras comerciais não têm recursos para investimentos deste tipo, que envolvem risco comercial alto. A solução muitas vezes é a associação com editoras universitárias ou a edição apenas pela universidade.

O livro aqui resenhado decorre de uma decisão e de um esforço da Faculdade de Ciências e Letras de Assis (UNESP) de dar maior divulgação às dissertações e teses defendidas pelos membros de seu corpo docente. O trabalho de Drachenberg agora editado sob a forma de livro, foi defendido para a obtenção do título de doutoramento pela sua autora, no início dos anos setenta.

Drachenberg insere seu trabalho na área de Controle de Estímulos, enfocando como tema básico a aquisição de conceito de quantidade. O mesmo segue uma estrutura muito comum em teses: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Bibliografia e Apêndices. Além disso, apresenta um prefácio sucinto, escrito pela própria autora.

A introdução apresenta um referencial conceitual em que a autora enfoca a resposta de observação e sua relevância na aprendizagem, descreve o procedimento de "fading" (desvanecimento), as conseqüências de respostas erradas e reforçadores na situação experimental.

O capítulo de método fornece a trajetória na busca e organização dos dados, tendo suas informações complementadas com o conteúdo dos Apêndices de I a IV. A pesquisa objetivou testar um procedimento para o ensino de conceitos de quantidade (1 a 10) para crianças pré-escolares, entre dois e seis anos ($N = 13$). O material

foi criado para a pesquisa, tendo por base o que se emprega para discriminação de acordo com o modelo e desvanecimento. Sua descrição viabiliza a réplica integral ou parcial do trabalho.

Os resultados foram analisados em termos de desempenho geral, freqüência de erros, precisão da resposta de escolha, porcentagem de erros e análise quantitativa dos mesmos, mantendo-se a apresentação dos resultados individuais, embora os dados do grupo como um todo também sejam objeto de análise.

A autora começa a discussão fazendo uma síntese dos principais resultados alcançados é possível manter crianças pequenas (2 anos) trabalhando com o procedimento de escolha conforme o modelo, por um período bem longo (140/150 sessões); a idade não se mostrou uma variável nitidamente relacionada com o progresso dos sujeitos; o erro tende a se reduzir com o treino; o desempenho dos sujeitos é muito variado ao longo das primeiras sessões; alguns sujeitos tendem a desenvolver padrões de erro (hipóteses falsas); finalmente o controle do material sobre as respostas dos sujeitos teve variação individual e também sofreu a influência da fase da coleta. O procedimento mostrou-se efetivo para a aquisição do conceito de quantidade.

A autora compara seus dados com os da literatura e suas principais conclusões dizem respeito à: "possibilidade de trabalhar com crianças jovens em situações experimentais; observação como variável dependente crucial na cadeia de comportamento conceptual; possibilidade de manipulação experimental para controle da resposta de observação e à relevância de no

estudo de aquisição de conceito de que o sujeito adquira, inicialmente, a seqüência de respostas exigidas pelo procedimento a ser utilizado e que esta seqüência seja bem estabelecida" (p.80).

Trata-se de texto redigido com precisão, clareza e coerência, podendo ser útil aos que estudam desenvolvimento de conceito, de um modo geral, e, em particular o de quantidade.

A publicação de dissertações e teses tais como esta objetivam a preservação do documento histórico, como peça da engrenagem do desenvolvimento científico do país, tendo assim o mérito de contribuir, por um lado, para disseminar a informação e, de outro, facilitar a pesquisa de história da Ciência, em um país que pouco cuida dela. Esta estratégia vem sendo usada pela USP e pela UNESP. Merece crédito e louvor. Entretanto, esta como outras publicações similares poderiam incluir no Prefácio não só histórico do documento original que passa a ter formato de livro, mas também, situá-lo no contexto do desenvolvimento da história da produção científica na área. Como integrante do prefácio poderia incluir também uma perspectiva de como o tema tratado evoluiu na literatura nacional e internacional. Certamente, isto seria de grande utilidade didática e para os pesquisadores interessados no assunto. Entretanto, poderá desagradar a algumas posições em termos de preservação da história. É uma questão de política editorial que deveria merecer alguma reflexão por parte dos responsáveis pela editoração científica em casos como o aqui enfocado.

COMUNICAÇÕES

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: PSICOLOGIA E LITERATURA NO DIÁRIO DE DOIS ADOLESCENTES *

Paulo Rennes Marçal RIBEIRO

UNESP

Renato Tamer CARDILI

F. M. de S. José do Rio Preto

Adolescência e sexualidade são duas palavras que caminham lado a lado. Se considerarmos o início da adolescência com a puberdade, as mudanças físicas que ocorrem com o indivíduo no período compreendido entre os 12 e 21-25 anos desde o começo já estão ligadas de forma intensa à eclosão do impulso sexual em sua manifestação mais ativa. É todo um complexo de alterações que ocorre no indivíduo, envolvendo mudanças

RADICE, M. L. e RAVERA, L. *Porcos com Asas: Diário Sexo-Plítico de dois Adolescentes*. Tradução do original italiano de 1976 por Maria Celeste Leite Souza. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985, 175p.

biológicas, psicológicas, intelectuais e afetivas. A adolescência é um processo de transição e de transformação onde o indivíduo deixa de ser criança para tentar ser adulto, ganha um corpo novo e diferente e se torna capaz de exercer a função sexual biológica, ou seja, capaz de procriar. A curiosidade e o desejo sexual são intensos e o adolescente se vê frente a uma variedade de novos comportamentos, atitudes, padrões, que são estabelecidos pela sociedade e pela cultura às quais pertence; a maneira como ele lida com a interação desejo sexual - normas sócio-culturais - realização/satisfação do desejo é que determinará como o adolescente irá expressar e viver sua sexualidade. Novo corpo, nova cabeça, novos valores, conflitos com os pais, críticas à família, crise de identidade, são situações de vida que o adolescente terá de enfrentar e superar.

Tema importante, Sexualidade na Adolescência é uma área da Psicologia que carece de publicações que atinjam diretamente, além dos profissionais que lidam com esta faixa etária, também os próprios adolescentes, que necessitam refletir sobre seus valores, seus conflitos, suas ansiedades e suas opções de comportamento.

A obra em análise preenche esta lacuna na medida em que os autores relatam os conflitos de vida de dois adolescentes a partir da ótica dos próprios adolescentes: sem rodeios, sem termos técnicos-científicos mais complicados que possam dificultar a compreensão, dois adolescentes, Rocco e Antônia, falam, pensam, questionam, raciocinam, estabelecem juízo de valores, enfim, debatem questões que fazem parte do dia-a-dia e do universo de milhões de adolescentes.

Rocco e Antônia, ao relatarem seus conflitos, passam ao leitor a descrição de toda a "sintomatologia" inerente à conduta normal do adolescente, ao comportamento que é comum à esta faixa etária. É leitura útil também aos pais, que terão acesso a um universo de valores, condutas e dúvidas provenientes de personagens iguais aos seus filhos.

A maneira de se abordar temas como masturbação, namoro, relações sexuais, conflito de identidade, homossexualismo a partir da ótica de quem está vivenciando conflitos próprios de sua faixa etária tem importância na literatura porque não se limita a "falar sobre", mas vai além, pois permite que o leitor se identifique com os personagens e a partir desta identificação veja neles seus próprios tabus e conflitos, reflita criticamente suas dúvidas, angústias e preconceitos.

Rocco e Antônia falam de sexo. Criticam a moral sexual repressora vigente em nossa sociedade ocidental, capitalista e burguesa, acentuada a partir do século XIX com o advento do vitorianismo. Falam da ambivalência de sentimentos, normal no adolescente e intensificada pela ambivalência de valores e padrões de comportamento que a própria sociedade sugere ao jovem, perdido entre uma moral conservadora/repressora que grassa na família e uma moral liberal/permissiva que é apresentada como "nova", como "atual", como "moderna". A dificuldade em viver sua sexualidade sem medo e sem culpa em consequência do conflito valores familiares/valores modernos leva o adolescente a ter uma expressão da sexualidade limitada que pode dificultar o seu desenvolvimento.

A descoberta da sexualidade pelo adolescente vai ocorrer num momento em que ele, internamente, passa por processos de mudança que podem ser considerados patológicos mas que na verdade não o são, são "sintomas" que vão ser encontrados em todos os adolescentes normais.

O modo de ser dos personagens Rocco e Antônia se encaixa nas características da adolescência estudadas por KNOBEL (1981) e até podemos considerar os comportamentos em questão como ilustrativos exemplos daquilo que KNOBEL expõe de forma mais didático-científica.

1) A busca de si mesmo e de identidade aparece nas flutuações de temperamento conforme as situações vividas e na atuação política que questiona normas e padrões da sociedade. Os autores conseguem ilustrar esta característica nas fantasias de Rocco e Antônia, e têm o respaldo de GRINBERG (1961, p. 344) que afirma que o sentimento de identidade "encerra a idéia de um ego que se apoia essencialmente na continuidade e semelhança das fantasias inconscientes referidas primeiramente às sensações corpóreas, às tendências e afetos em relação aos objetos do mundo interno e externo e às ansiedades correspondentes, ao funcionamento específico em qualidade de intensidade dos mecanismos de defesa e ao tipo particular de identificação assimiladas, resultantes dos processos de introjeção e projeção."

2) A tendência grupal aparece claramente no vínculo dos personagens ao grupo político de tendência esquerdista questionadora dos padrões de comportamento burgueses e conseqüentemente vigentes

em sua própria família - do qual fazem parte dos comportamentos e atitudes que têm em comum com os costumes e padrões adotados pelo grupo. Citando KNOBEL (op. cit., p. 37), "no grupo, o indivíduo adolescente encontra um reforço muito necessário para os aspectos mutáveis do ego que se produzem nesse período da vida. Desta maneira, o fenômeno grupal adquire uma importância transcendental, já que se transfere ao grupo grande parte da dependência que anteriormente se mantinha com a estrutura familiar e com os pais especialmente. O grupo constitui assim a transição necessária no mundo externo para alcançar a individualização adulta." A atitude social reivindicatória se fortalece no grupo e o adolescente cristaliza na ação o que já realizou no pensamento: "as intelectualizações, fantasias conscientes, necessidades do ego flutuante que se reforça no ego grupal, fazem com que se transformem em pensamento ativo, em verdadeira ação social, política, cultural, esta elaboração do processo da adolescência, fundamental em todo o desenvolvimento evolutivo do indivíduo" (KNOBEL, 1981; 54).

3) A necessidade de intelectualizar e fantasiar é presença marcante e constante ao longo de toda a obra, pois como é forma típica do pensamento adolescente, vai aparecer em todos os relatos de experiência de Rocco e Antônia: nas fantasias masturbatórias, nas reuniões políticas, nas festas com os amigos do grupo, nas conquistas amorosas, nas experiências sexuais, nas idas às manifestações políticas, nos momentos de dúvidas e ansiedades.

4) As crises religiosas, no caso destes personagens, vão adquirir conotação um tanto niilista,

pois a vinculação política ao marxismo materialista implica num ateísmo implícito. A ideologia presente na opção política de Rocco e Antônia faz parte de um processo de busca de valores éticos e morais e de uma ideologia amadurecida e definitiva de vida.

5) Bastante evidente ao longo do relato dos personagens é a atividade masturbatória e o início das relações heterossexuais, ambas carregadas de conflitos, questionamentos e ansiedades, pois como diz MARÇAL RIBEIRO (1990: 16), "os valores e a história de vida que acompanham o indivíduo desde a infância estão de tal modo incorporados que dificilmente o jovem consegue viver sua sexualidade sem os tabus, os conflitos e os sentimentos de culpa, em consequência do confronto entre estes valores e os que a sociedade oferece hoje, entre as regras e o desejo."

Muito ilustrativo é o homossexualismo transitório relatado por Rocco e Antônia, considerado não-patológico, como afirma FENICHEL (1981, p. 102): "Não se considerem patológicas as experiências homossexuais ocasionais que ocorrem entre adolescentes desde que se apresentem como fenômenos temporários de adaptação e não resultem em fixação clara. "Também KNOBEL (1981: 49) reforça este posicionamento ao dizer que "o adolescente costuma passar por períodos de homossexualidade, que podem ser a expressão de uma projeção da bissexualidade perdida e desejada em outro indivíduo do mesmo sexo. Desta maneira poderia o adolescente, na sua fantasia, recuperar o sexo que está se perdendo em seu processo de identificação genital."

6) Três outras características que poderão ser observadas no comportamento dos adolescentes da obra em análise são as contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, a separação progressiva dos pais e as constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Rocco e Antônia, mais que simples personagens de um livro que fala sobre sexualidade e adolescência, devem ser vistos como exemplos típicos de dois jovens que vivenciam experiências que são relatadas a nível teórico nos livros de Psicologia, Psicanálise e Sexualidade Humana. O livro de Radice e Ravera consegue atingir de maneira franca, aberta e direta questões que dizem respeito a pais, educadores e terapêutas que lidam de forma direta com adolescentes. Nos faz refletir sobre este grande salto para a vida que é a passagem da infância para a vida adulta com todas as implicações sócio-culturais vinculadas à eclosão do desejo sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FENICHEL, O. **Teoria Psicanalítica das Neuroses**. Tradução da edição norte-americana s/d por Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Editora, 1981.
- GRINBERG, L. El Individuo frente a su Identidad. **Revista de Psicoanálisis**, Buenos Aires, XVIII, (4): 344-360, 1961.
- KNOBEL, M. A Síndrome da Adolescência Normal. in ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1981, pp. 24-62.
- MARÇAL RIBEIRO, P. R. **Educação Sexual Além da Informação**. São Paulo: E. P. U., 1990.

UMA PROPOSTA DE TRABALHO EM PSICOTERAPIA BREVE

Maria Leonor Espinosa ENÉAS

PUCAMP

Adélia Serur Mariotti VASCONCELLOS

PUCAMP

Cleusa RILLO

Núcleo de Est. Pesq. Psicot. Breve

Katia Maria Maciel DUARTE

Núcleo de Est. Pesq. Psicot. Breve

RESUMO

O relato apresenta uma experiência de trabalho em psicoterapia breve, realizada em São Paulo por um grupo de profissionais empenhados na sistematização e desenvolvimento de modalidades terapêuticas compatíveis com esta realidade. É exposto o referencial teórico adotado para a psicoterapia breve, e a justificativa para esta escolha. Também é descrita a instituição onde se realiza a experiência e o modelo de atendimento utilizado, ilustrado com vinhetas clínicas. Conclui com a necessidade de uma flexibilidade técnica que permita

métodos diversificados de atuação para adaptar-se às condições de pacientes e terapeutas, tais como encontradas nesta realidade.

INTRODUÇÃO

Observa-se na literatura internacional farta apresentação de técnicas de psicoterapia breve, onde é notada a importância atribuída às condições da população alvo bem como ao treinamento específico dos terapeutas no emprego de cada uma delas. Isto é possível em países desenvolvidos, onde há condições para formação de terapeutas e seleção de pacientes de forma mais sistemática.

Em países menos desenvolvidos observa-se uma carência de recursos assistenciais a uma população que apresenta grande diversidade quanto à patologia, motivação e/ou condições psico-bio-sociais. Portanto há necessidade de um atendimento diversificado e de fácil acesso para atender o maior número possível de pacientes pelos terapeutas disponíveis.

Verifica-se neste contexto, que a importação de modelos estrangeiros pode ser desejável, no sentido de sugerir critérios já investigados, mas não pode ser feita uma transposição de forma acrítica, visto ser necessário considerar as condições nas quais serão praticados.

As condições de realidade mencionadas acima, dificultam a sistematização de uma técnica específica que permita um atendimento adequado à população. No entanto, tem-se procurado estabelecer alguns princípios

para a psicoterapia breve aplicada nestas condições, visando torná-la mais eficaz e também facilitar seu ensino.

Este relato apresenta uma experiência de trabalho em psicoterapia breve que vem sendo realizada em São Paulo por um grupo de profissionais empenhados na sistematização e desenvolvimento de modalidades terapêuticas compatíveis com esta realidade.

A psicoterapia breve considerada é um procedimento psicoterapêutico de orientação psicodinâmica, onde o terapeuta estabelece uma estratégia inicial para atingir um objetivo específico e limitado, em função da problemática apresentada pelo paciente e das condições nas quais esta problemática se insere. Resulta daí um processo cuja duração é limitada, podendo ou não ser estipulado seu término desde o início.

Serviram de referencial teórico para o desenvolvimento desta prática, muitos dos conceitos propostos por Simon, Knobel e Fiorini. Este embasamento não é casual, e aponta para a condição de realidade comum dos países latino-americanos, tanto no que concerne às características da população alvo, quanto à falta de tradição em técnicas psicodinâmicas breves (Yoshida, 1990).

O princípio adotado como orientador dos atendimentos foi a melhora da qualidade da resposta adaptativa, como proposto por Simon (1983). Segundo ele, a adaptação consiste na modulação da resposta do indivíduo de forma a manter sua organização compatível com a vida. Sendo adequada a resposta soluciona o problema, trazendo satisfação ao indivíduo, sem provocar

conflitos intra-psíquicos e/ou sócio-culturais. Para avaliar a adaptação do indivíduo, Simon (1983) propôs a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDA), que atribui a quatro setores da personalidade uma qualidade adaptativa, configurando um tipo de adaptação global. Este critério tem-se mostrado útil na instrumentação de técnicas breves, permitindo atender praticamente a todos os pacientes que procuram ajuda, pois os objetivos das psicoterapias podem sempre ser estabelecidos em termos de se buscar uma melhora da qualidade adaptativa dos sujeitos, independentemente do grau de inadequação prévio.

Alguns conceitos salientados por Knobel (1986) também foram escolhidos para encaminhar a técnica utilizada, na medida em que são distintivos da psicoterapia breve, tais como a agilidade e eficácia do atendimento, que deve desalentar a regressão, mantendo o controle dos aparelhos autônomos do ego, e a busca principalmente de uma elaboração cognitiva dos conflitos.

Optou-se ainda pelo conceito de foco proposto por Fiorini (1976). Para ele, o foco é visto essencialmente como uma estrutura organizadora de um campo diagnóstico e terapêutico. O foco salienta aspectos fundamentais da situação grupal do indivíduo, que já caracterizada por um conjunto de determinantes específicos. Esta proposição de Fiorini relativa à articulação de recursos para trabalhar mais eficazmente com o foco em busca do objetivo, é bastante útil, visto que as intervenções do terapeuta não se restringem à problemática atual trazida pelo paciente, mas são graduadas em sua profundidade em função do ajuste

das condições apresentadas pelo paciente, das habilidades pessoais e técnicas do terapeuta, e do tempo disponível para o atendimento. O objetivo a ser estabelecido, portanto, surge como uma decorrência das variáveis citadas acima, relativas à amplitude e profundidade conferidas ao foco.

Conseqüente a estes conceitos básicos, a estratégia utilizada pode ser flexível e cunhada a cada caso.

UM MODELO DE AÇÃO EM PSICOTERAPIA BREVE

O modelo terapêutico em questão está em desenvolvimento no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve (NEPPB). O NEPPB foi formado por um grupo de cinco psicólogas, supervisoras de estágio clínico de diversas faculdades de Psicologia da Grande São Paulo, em 1988, com o intento de sistematizar e desenvolver a técnica da psicoterapia breve. Para tanto, instalou-se em um conjunto de três salas na cidade de São Paulo, onde funcionam os cursos de formação de psicoterapeutas breves de adultos e de crianças destinados a psicólogos. A parte prática dos cursos de formação se dá através dos atendimentos supervisionados das pessoas inscritas, que são provenientes de encaminhamentos de clínicas-escola, profissionais diversos, os próprios alunos ou mesmo pessoas já atendidas pelo NEPPB.

Desde 1988, quando foi formado, o NEPPB vem oferecendo cursos de formação de terapeutas breves de

adultos e infantis. Os cursos tem a duração de um ano básico e mais um ano para aperfeiçoamento, sendo que até o momento oitenta psicólogos completaram os cursos.

Dentro deste contexto de funcionamento foram atendidos 157 pacientes, advindos geralmente das classes sócio-econômicas média-baixa e baixa; com problemáticas bastante diversificadas quanto à patologia, nível de gravidade das mesmas, ou contexto situacional e motivacional em que se encontravam.

Os atendimentos foram realizados, em sua maioria, nas dependências do NEPPB. Os candidatos à psicoterapia breve se apresentam e são encaminhados à triagem. Esta é realizada por um dos supervisores, através de uma entrevista semi-dirigida, na qual o entrevistador solicita que o indivíduo fale um pouco sobre o motivo da procura pela psicoterapia e das expectativas que tem quanto aos seus resultados. Além disso também são solicitados alguns dados de identificação como nome, endereço, idade, estado civil, profissão; bem como quem indicou o atendimento e o horário disponível para o mesmo. São excluídos da indicação de psicoterapia breve aqueles indivíduos que se apresentam em surto psicótico, com quadro de alcoolismo, drogadicção ou quando o motivo da consulta é a intenção de modificar a condição de homossexualidade. Estas condições são apontadas na literatura como fatores de exclusão ou de limitação nos resultados da psicoterapia breve (Malan, 1976).

Após a triagem, e sendo aceito para a psicoterapia breve, o paciente é chamado para atendimento por um aluno, segundo a compatibilidade

dos horários disponíveis. Os atendimentos são realizados com o paciente e o terapeuta sentados frente a frente, em sessões semanais com duração de cinqüenta minutos.

A terapia é iniciada com um período para o diagnóstico de cerca de três sessões. Esta fase visa a avaliação clínica do paciente, examinando em detalhes a extensão da problemática trazida, e analisando aspectos psicodinâmicos gerais, a situação familiar e grupal na qual se insere, bem como a relação com o terapeuta, e os recursos técnicos e pessoais deste. Estes dados permitem delimitar: a área específica que será objeto da intervenção - o foco; o objetivo pretendido - estabelecido em termos de respostas adaptativas mais eficazes (Simon, 1983); e a estratégia que será adotada.

Em relação à estratégia, procura-se uma articulação de recursos de forma a trabalhar adequadamente o foco estabelecido para atingir o objetivo proposto. Esta articulação tem-se mostrado eficaz através da adoção da tipologia proposta por Fiorini (1976) de conceber as estratégias segundo as intervenções predominantes do terapeuta: de apoio ou de esclarecimento.

O objetivo da terapia, o foco a ser trabalhado e o tempo de duração do processo, com a data do término, são transmitidos ao paciente no início da fase de terapia propriamente dita (Fiorini, 1976; Malan, 1976; Braier, 1984). O tempo de duração da terapia tem sido de no máximo trinta sessões, delimitado principalmente por razões didáticas, visto que este período tem-se mostrado viável para os terapeutas em formação poderem organizar recursos técnicos em busca do objetivo, contando com as discussões em grupo de supervisão.

Seguem-se dois exemplos clínicos: o caso A de uma paciente com indicação para psicoterapia breve e resultado satisfatório, e o caso B aparentemente contra indicado para psicoterapia breve que obteve relativo sucesso.

CASO A: Trata-se de uma paciente do sexo feminino, de 22 anos, solteira, estudante. Foi encaminhada por uma prima psicóloga, com queixa de problemas de relacionamento com a mãe e dúvidas quanto a fazer curso de Odontologia. À época de sua inscrição havia prestado vestibular em oito faculdades de Odonto, sem sucesso. Mencionava que sua mãe considerava-a incapaz de obter aprovação nos exames, além de ter um gênio muito difícil e de controlar tudo o que acontecia com ela. Havia tentado ainda vestibular para Educação Física e, no momento, no segundo ano de cursinho pré-vestibular, conheceu um grupo que se preparava para prestar Odontologia, ao qual pensava em juntar-se. Seu pai apoiava sua escolha. Tem um irmão mais velho, casado, com quem não mantinha bom relacionamento, queixando-se de que ele também queria tomar conta dela.

O foco da terapia foi o relacionamento com a mãe e a dificuldade na escolha profissional, que pareciam bastante interligados. A estratégia utilizada foi interpretativa, usando recursos de apoio. O objetivo era levar a paciente a conhecer-se melhor, relacionar-se melhor com outras pessoas, elevando sua auto-estima.

O número de sessões previstas foi de 30, sendo realizadas 26 em função de faltas da paciente.

Quanto à EDAO, a paciente apresentou-se com adaptação não-eficaz moderada, sem crise, ficando classificada no Grupo III.

As sessões trataram da dificuldade em seu relacionamento com a mãe, bem como a escolha do curso a seguir. Ao final da terapia a paciente havia optado pelo curso de Educação Física, e o relacionamento com a mãe havia melhorado. Desta forma, o objetivo foi considerado alcançado.

Foi realizada entrevista de acompanhamento oito meses após o término da terapia. Constatou-se que a paciente permanecia estável em seus relacionamentos interpessoais, entrara na faculdade e estava satisfeita em cursar Educação Física. Em relação à avaliação da EDAO, apresentou adaptação eficaz, classificada como Grupo I.

CASO B: Paciente do sexo feminino, casada, 36 anos, mãe de três filhos, com curso universitário incompleto.

Foi encaminhada pela clínica da Universidade de Guarulhos com queixa de sentir-se desequilibrada emocionalmente. Já havia sentido o mesmo um ano antes e tomado anti-depressivo, que não havia apresentado o efeito esperado. Algumas semanas depois tomou um banho de sol e sentiu-se renovada. Começou a fazer tortas para vender e a ganhar um bom dinheiro. Conheceu um advogado e apaixonou-se por ele. Este senhor era separado da esposa, mantendo as aparências do casamento perante a sociedade. Ele dificilmente a procurava, sendo ela quem tomava iniciativas para encontrá-lo, nem sempre sendo bem recebida. Apresentava o marido como uma pessoa bastante ausente e que nada sabia do relacionamento extra-conjugal.

Mesmo a paciente não apresentada uma queixa específica, o foco foi estabelecido no sentido de oferecer-lhe apoio e como pré tratamento para aceitação de um processo a longo prazo. A estratégia adotada foi suportiva para conter sua angústia, visando diminuir a probabilidade de maior desintegração da personalidade. O objetivo era levá-la a obter certo grau de discriminação entre seus objetivos internos e a realidade, bem como a busca de terapia a longo prazo.

O número de sessões previstas foi de 32, sendo realizadas 29 em virtude de faltas da paciente às últimas sessões.

Quanto à EDAO, a paciente apresentava adaptação não eficaz severa, sem crise, classificada no Grupo V.

As sessões ocuparam-se de seu relacionamento extraconjugal e de como ela sentia-se pouco amada. Pode-se considerar que o atendimento atingiu seu propósito: a paciente não entrou em surto, manteve-se relativamente integrada e chegou a procurar terapia de longa duração. A avaliação pela EDAO manteve-se a mesma do início da terapia.

A entrevista de acompanhamento foi realizada cinco meses após o término do atendimento. De positivo, o fato de estar freqüentando curso de jóias, mostrando grande interesse e abertura de novas perspectivas. A avaliação pela EDAO não havia se modificado e a paciente não se encontrava em terapia.

Concluindo, observa-se que a estratégia utilizada é flexível e vai sendo cunhada a cada caso, mantendo-se coerente com os conceitos básicos

escolhidos, que se complementam mutuamente. Esta flexibilidade, que restringe as expectativas terapêuticas em função das condições apresentadas pelos pacientes, tem permitido atender casos que seriam excluídos em outros contextos institucionais.

A ampliação do potencial de atendimento da psicoterapia breve tem sido um dos principais objetivos do NEPPB, que vem mantendo estudo sistemático desta técnica. Atualmente está em andamento uma pesquisa de acompanhamento de psicoterapias elaborada a partir destes estudos, que procura avaliar a alteração proposta para alguns parâmetros, tais como: o tempo de duração do processo terapêutico, alguns critérios psicodiagnósticos e a forma de avaliar os resultados. Espera-se que os achados desta pesquisa possam orientar melhor na adequação da técnica às condições desta realidade, sendo também útil a outros profissionais que atuem em contextos semelhantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAIER, E. A. (1984) **Psicoterapia breve de orientação psicanalítica**: Trad. IPEPLAN. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- FIORINI, H. J. (1976) **Teoria e técnica de psicoterapias**: Trad. Carlos Sussekind. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- KNOBEL, M. **Psicoterapia breve**. São Paulo: EPU, 1986.

- MALAN, D. H. (1976) **As fronteiras da psicoterapia breve**: Trad. Lais Knijnik e Maria Elisa Z. Schestatsky. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: Vetor, 1983.
- YOSHIDA, E. M. P. **Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos**. São Paulo: EPU, 1990.

UM SERVIÇO DE INSCRIÇÃO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO INFANTIL ESTRUTURADO COM VISTAS À FORMAÇÃO DO ALUNO DO CURSO DE PSICOLOGIA*

Sonia Santa Vitaliano GRAMINHA

USP-R. Preto

Maria Angélica de Oliveira MARTINS

USP-R. Preto

RESUMO

O presente trabalho descreve um novo modelo de inscrição e triagem para o atendimento psicológico infantil implantado no final do ano de 1987 junto ao Centro de Psicologia Aplicada, do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O novo modelo foi proposto visando favorecer a própria organização do serviço de atendimento, o contato da

(*) Parcialmente apresentado por ocasião da XIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, outubro de 1989.

comunidade com a Instituição e a formação dos alunos do Curso de Psicologia. Constatou-se que ele tem minimizado algumas das dificuldades de organização do serviço anteriormente existente, tem propiciado uma situação mais adequada de recepção da comunidade no seu primeiro contato com a Instituição e tem sido positivamente avaliado no sentido de proporcionar aos alunos experiências valiosas para sua formação.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Artigo 16 do cap. IV, da Lei 4119, de 27-08-1962, que dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo, "às Faculdades que mantiverem Curso de Psicólogo deverão organizar serviços clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho - orientados e dirigidos pelo Conselho dos Professores do curso - abertos ao público, gratuitos ou remunerados" (cf. CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 6ª REGIÃO, 1982, p. 36).

Para atender ao disposto nesse artigo, foi criado pela Portaria D-8/68 o Centro de Orientação Vocacional (C. O. V.) que em 1971, sob nova regulamentação, passou a denominar-se Centro de Psicologia Aplicada (C. P. A.) e que se constitui atualmente em um Centro complementar do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

O Regimento Interno atual do referido Centro, no seu Artigo 3^a do Cap. I, especifica que "o C. P. A. destina-se a servir como centro de estágios e treinamento profissional aos alunos de graduação, aperfeiçoamento, especialização e pós-graduação em Psicologia, referentes aos Serviços de Psicologia Clínica (S. P. C.), Psicologia Industrial e Organizacional (S. P. I. O.) e Psicologia Educacional (S. P. E.), de modo a permitir-lhes a prática necessária a sua formação profissional".

Desde a criação do C. P. A. constata-se uma ampliação gradual das suas atividades, dos seus recursos humanos, físicos e materiais, do número de alunos envolvidos e também das solicitações de seus serviços. Em decorrência disso, o C. P. A. vem sofrendo constantes reestruturações, sempre em função de melhor atender aos seus objetivos. Nesse contexto e com base em três preocupações principais formação dos alunos, atendimento à comunidade e organização do atendimento - emergiu a necessidade de reestruturação do procedimento de inscrição da demanda infantil do C. P. A., reestruturação essa que começou a ser implantada no 2^o semestre de 1987 e se estendeu, no 1^o semestre de 1988, para o atendimento de adolescentes e adultos havendo possibilidades de ampliação no sentido de vir a abranger os demais atendimentos oferecidos pelo C. P. A.

O objetivo deste trabalho é descrever esse processo de reestruturação do procedimento de inscrição junto ao C. P. A., especificamente para o atendimento psicológico infantil, e a implantação de um novo modelo de Serviço de Inscrição e Triagem Infantil (SITI).

2. O PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DAS INSCRIÇÕES E A IMPLANTAÇÃO DO SITI

2.1. Preocupações básicas

Conforme referido anteriormente, três preocupações básicas mobilizaram esforços que culminaram com a proposta de reorganização da inscrição para o atendimento psicológico infantil.

A primeira, mais voltada para a questão da formação dos alunos do Curso de Psicologia, especialmente para a questão da integração entre a formação teórica e prática, com uma prática que fosse realizada numa situação real e que colocasse desta forma o aluno já em contato com sua "realidade profissional" futura. Essa primeira preocupação sempre se fez presente na programação da disciplina Técnicas de Entrevista (integrante da estrutura curricular do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP), cujo objetivo principal é o de propiciar a aprendizagem teórica e prática da entrevista com a função primordial de coleta de dados, seja em pesquisa ou em contextos outros da psicologia aplicada. A referida disciplina vinha, até então, propiciando essa prática em atividades de pesquisa e/ou em entrevistas de anamnese, esta última apenas na forma de "role playing" não chegando portanto a oferecer o treino em situação real. Considerou-se, então, que a inscrição da demanda junto ao Serviço de Atendimento Psicológico Infantil do C. P. A. poderia ser reorganizada de forma a se tornar um contexto propício para esse treino em situação real. Assim, uma atividade que vinha

sendo realizada pela secretária do setor foi percebida como podendo ser efetuada pelos próprios alunos, integrada à parte prática da disciplina Técnicas de Entrevista.

Uma outra preocupação existente referia-se à questão da organização do próprio Serviço de Atendimento Psicológico Infantil. Este Serviço, criado em 1973 e que contava inicialmente com apenas três docentes do Departamento de Psicologia e Educação, foi gradativamente se ampliando não apenas em termos de profissionais envolvidos, mas também em termos de suas atividades, de seus recursos físicos e materiais, do número de estagiários participantes e de solicitações do serviço por parte da comunidade. Toda esta expansão foi acarretando necessidades constantes de reorganização deste Serviço. Alguns pontos, apenas a título de exemplo, ilustram bem isso. A inscrição de casos durante o ano todo, sem períodos de interrupção e que nos anos iniciais de funcionamento do Serviço não chegava a ocasionar problemas, passou a acarretar, por exemplo, longas filas de espera sem que houvesse uma análise das condições reais de atendimento da demanda. Um outro aspecto referia-se à questão da escolha dos "casos de interesse didático-científico" por profissionais e/ou estagiários do setor, que vinha sendo dificultada pela escassez de informações obtidas sobre a demanda na inscrição.

A terceira preocupação, muito relacionada com as citadas anteriormente, referia-se a forma como a inscrição era feita, ou seja, como ocorria o primeiro contato da família com a Instituição. A inscrição consistia

simplesmente no preenchimento de uma ficha contendo dados de identificação da criança e dos pais, endereço e motivo da procura do atendimento. Essa inscrição era feita pela secretária do setor, que tinha várias outras atribuições além desta, o que a impediam de realizá-la em outro local que não a sua própria sala de trabalho. Assim, nem sempre era possível uma situação totalmente privada e isenta de interrupções.

Enfim, estas e outras questões relativas a formação do aluno e a própria organização do Serviço de Atendimento Infantil necessitavam ser revistas levando a iniciar o processo de reestruturação e implantação de um novo modelo de inscrição.

2.2. Objetivos

O SITI tem por objetivos:

a) colaborar com a organização do Serviço de Atendimento Infantil, tanto no sentido de coletar informações relevantes que possibilitem uma melhor caracterização dos casos facilitando a escolha daqueles a serem chamados pelos profissionais e/ou estagiários, quanto no de analisar os dados levantados e refletir sobre o funcionamento do Serviço com vistas a possíveis reestruturações que possam torná-lo cada vez mais efetivo.

b) propiciar, na situação de inscrição, um contexto de receptividade e privacidade favorável para o primeiro contato dos pais com a Instituição.

c) propiciar aos alunos do Curso de Psicologia oportunidade de exercitarem as técnicas de entrevista e de iniciarem o contato com questões envolvidas com o atendimento psicológico infantil.

2.3. Efetivação do novo modelo de inscrição

O processo de implantação teve início no final de 1987 ligado à parte prática da disciplina Técnicas de Entrevista, ministrada no 2º semestre daquele ano, quando foram realizadas pelos alunos, sob supervisão, as primeiras entrevistas para inscrição de casos no Serviço de Atendimento Psicológico Infantil do C.P.A., conforme a nova proposta. Um grupo de 13 alunos que havia cursado a disciplina em 1987 deu continuidade às inscrições até outubro de 1988, quando então novos alunos estavam iniciando a prática em entrevista e sendo preparados para assumirem a continuidade do trabalho.

Com base na experiência prévia de 1987 e 1988, foram introduzidas na estrutura curricular do Curso de Psicologia da FFCLRP-USP, duas disciplinas-estágio (Triagem para Atendimento Psicológico I e II), de caráter optativo, tendo como pré-requisito a disciplina Técnicas de Entrevista. Na parte prática dessas duas disciplinas os alunos mantêm, sob supervisão, o SITI. Desta forma, as disciplinas mais diretamente envolvidas com o SITI ficaram assim sequenciadas na estrutura curricular.

- Técnicas de Entrevista - 6º semestre
- Triagem para o Atendimento Psicológico I - 7º semestre
- Triagem para o Atendimento Psicológico II - 8º semestre

É importante ressaltar que estas disciplinas parecem estar bem situadas na atual estrutura curricular do Curso de Psicologia tanto em termos de outras disciplinas oferecidas anteriormente ou paralelamente a

estas, quanto em termos das oportunidades de estágio em atendimento psicológico infantil oferecidas a partir do 8º semestre. Por exemplo, o conjunto de disciplinas que aborda os problemas emocionais, comportamentais e de aprendizagem na infância, cujo conteúdo é relevante tanto para a prática da entrevista quanto para a compreensão e análise dos casos, situa-se na estrutura curricular nos 5º e 6º semestres.

2.4. Estrutura e funcionamento atual do SITI

O SITI funciona nas dependências do FFCLRP-USP se utilizando dos seus recursos físicos, materiais e humanos.

São responsáveis pela sua organização e funcionamento um docente e um técnico especializado do Departamento de Psicologia e Educação, ambos psicólogos, que contam com a colaboração da secretária do C. P. A. e dos alunos matriculados nas disciplinas: Técnicas de Entrevista, Triagem I e Triagem II.

O Serviço utiliza as seguintes dependências: uma sala de observação com visor unidirecional e aparelhagem de som, salas de aula e salas de atendimento e de reunião do C. P. A.

São utilizados os seguintes materiais: gravadores, fitas cassete, roteiros de entrevista, fichas de inscrição, material de secretaria, material bibliográfico, armário e arquivo.

A rotina de funcionamento do SITI obedece algumas etapas sequenciadas. As solicitações de atendimento psicológico infantil ao C. P. A. são registradas

pela secretária, ocasião em que são anotados apenas o nome da criança, idade, nome dos pais ou responsáveis, endereço e telefone para contato e data da solicitação. A listagem dos registros é encaminhada aos responsáveis pelo Serviço, que agendam as inscrições nas datas e horários previstos pelas disciplinas. A inscrição é feita segundo um Roteiro de Entrevista especialmente elaborado para isso que contém itens distribuídos em 5 tópicos principais: 1) identificação da criança e da família; 2) fonte e motivo do encaminhamento para o Serviço; 3) queixa principal e outras queixas (início do aparecimento, evolução, fatores relacionados, reações do ambiente, situações em que ocorre etc.); 4) história pessoal (concepção, gestação, parto, desenvolvimento da criança e funcionamento psicossocial atual); 5) situação da entrevista. Ao iniciar a entrevista o aluno primeiramente situa o contexto psicossocial da mesma, seguindo instruções contidas numa folha anexada ao Roteiro. A entrevista é gravada e realizada na sala com visor unidirecional por um aluno-estagiário, sendo observada por toda equipe (alunos e supervisores). Imediatamente após o término da sessão, a equipe analisa e discute pontos importantes da entrevista, focalizando especialmente seus aspectos metodológicos. Com base na problemática do caso, são indicadas leituras específicas aos alunos.

Ao estagiário responsável pela inscrição do caso são atribuídas ainda as seguintes tarefas: a) transcrição integral da gravação; b) preenchimento do Roteiro de Entrevista sintetizando as informações relevantes; c) preenchimento da Ficha de Inscrição; d) elaboração do relatório contendo uma análise tanto com

relação à problemática da criança quanto aos aspectos metodológicos da entrevista e de conduta do entrevistador.

Cada inscrição é discutida pela equipe em reuniões semanais de supervisão, quando são definidas as condutas específicas a serem tomadas para o encaminhamento do caso.

Após todo esse processo, é dado um retorno aos pais ou responsáveis a respeito da possibilidade ou não de atendimento. A Ficha de Inscrição daqueles casos considerados como passíveis de atendimento pelo Serviço Psicológico Infantil ficam na secretaria disponíveis aos profissionais da área e são agendados em função da liberação de vagas. As pastas com o material de cada caso permanecem com os responsáveis pelo SITI, à disposição dos profissionais e/ou estagiários envolvidos com o atendimento.

3. AVALIAÇÃO DOS ALUNOS-ESTAGIÁRIOS COM RELAÇÃO ÀS SUAS ATIVIDADES JUNTO AO SITI

Foram aqui considerados os relatórios apresentados pelos alunos avaliando as disciplinas: Técnicas de Entrevista, Triagem I e Triagem II, cursadas nos anos de 1989, 1990 e 1991.

Uma análise qualitativa dessas avaliações permitiu identificar diversos pontos considerados pelos alunos como positivos para a sua formação e que se resumem na oportunidade que tiveram de ter uma visão e vivência teórico-prática integrada quanto aos aspectos

metodológicos da entrevista, quanto aos distúrbios emocionais, comportamentais, de desenvolvimento e de aprendizagem na infância, quanto a estrutura e funcionamento de um Serviço-Escola de atendimento psicológico infantil e ainda em relação à postura ético-profissional do psicólogo.

É interessante ressaltar a percepção dos alunos quanto a amplitude da integração entre a teoria e a prática: a teoria dando subsídios, segurança e preparando-os para as atividades práticas e por outro lado, a atividade prática suscitando a busca da teoria. O interesse e a necessidade de ampliação e aprofundamento dos conhecimentos teóricos adquiridos foi tão marcante que na avaliação dos alunos emergiu constantemente a sugestão de um espaço maior de tempo programado nas disciplinas para discussões de material bibliográfico.

Além disso, a observação de que a experiência propiciada pelas disciplinas mais envolvidas com o SITI é recomendada pelos alunos que a cursaram para os demais colegas do Curso de Psicologia, parece indicativo da sua relevância para a formação profissional do psicólogo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SITI tem atingido, em parte, os objetivos a que se propôs na medida em que: a) tem minimizado algumas das dificuldades anteriormente existentes dentre as quais as de longas filas de espera, falta de informação sobre os casos e procura inadequada do Serviço; b) tem

sido avaliado tanto pelos profissionais quanto pelos estagiários como sendo uma experiência valiosa para a formação dos alunos do Curso de Psicologia; c) tem propiciado aos pais ou responsáveis uma situação mais adequada de recepção e acolhida no seu primeiro contato com a Instituição.

Além disso, os dados que vêm sendo acumulados a partir da sua implantação em 1987 vêm sendo sistematicamente analisados possibilitando tanto um conhecimento das características da demanda, dando subsídios para o estudo de formas adequadas para o seu atendimento, quanto o conhecimento de determinados fenômenos em termos de distúrbios emocionais e comportamentais na infância. Vários trabalhos resultantes dessa análise já foram objetos de apresentação em congressos e reuniões científicas (Graminha e Martins, 1989; Martins e Graminha, 1989; Graminha e Martins, 1990; Martins e Graminha, 1990).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 6ª REGIÃO.

Legislação e Informações, São Paulo: Gráfica Editora Hamburg Ltda, 1982.

GRAMINHA, S. S. V. e MARTINS, M. A. O. Estruturação e implantação de um novo modelo de inscrição e triagem de casos para o atendimento psicológico infantil existente na Universidade. **Programa e Resumos da XIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto**, p. 352, 1989.

- GRAMINHA, S. S. V. e MARTINS, M. A. O. Fatores relacionados à problemática apresentada pelas crianças encaminhadas para atendimento psicológico: um estudo da percepção dos pais ou responsáveis. **Programa e Resumos da XX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto**, p. 160, 1990.
- MARTINS, M. A. O. e GRAMINHA, S. S. V. Caracterização da população que procura o serviço de atendimento psicológico infantil ligado à Universidade. **Programa e Resumos da XIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto**, p. 290, 1989.
- MARTINS, M. A. O. e GRAMINHA, S. S. V. Houve mudanças nas características da população que vem procurando o serviço de atendimento infantil do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) no decorrer dos últimos três anos? **Programa e Resumos da XX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto**, p. 215, 1990.

INFORMATIVO

DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÕES 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 MARIA EMILIA TORMENA
Orientador: Dr. Jefferson Morris Fish
"Desenvolvimento Motor em Pré-Adolescentes e Adolescentes Vítimas da Talidomida".
- 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 REGINA MARIA LEME LOPES DE CARVALHO
Orientador: Dr. Jefferson Morris Fish
"Psicodiagnóstico de Rorschach em Pré-Adolescentes Vítimas da 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 Efetivo-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: Dr^a Anita Liberalesso Neri
"Curso Programado em Escola Secundária: Análise de Duas Variáveis Internas".
- 30-03-79 SÉRGIO POGETTI FILHO
Orientadora: Dr^a Anita Liberalesso Neri
"Modificação do Comportamento Verbal (Gagueira) em Ambiente Natural: Doi Estudos de Caso".
- 28-06-79 HIPÓLITO CARRETONI FILHO
Orientador: Dr. Maurício Knobel
"Biofeedback: Uma Revisão Monográfica".
- 30-08-79 MYRIAN LÚCIA MAZZARELLA
Orientadora: Dr^a Raquel Rodrigues Kerbauy
"Educação e Uma Escola Pública Municipal: Visão dos Alunos, Pais e Professores".
- 01-10-79 ELIZABETH TEREZA BRUNINI SBARDELINI
Orientador: Dr. Maurício Knobel
"Um estudo sobre Homossexualismo Feminino e Neuroticismo".
- 01-10-79 EDUINO SBARDELINI
Orientador: Dr. Maurício Knobel
"Neurotismo e Homossexualismo Masculino".
- 18-10-79 MARIA SILVIA PRADO GALLUPO
Orientadora: Dr^a 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 ANAMARIA 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 CONTATORI ROMANO PAVAN
Orientadora: Dr^a 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 Paranoide".
- 11-12-80 LEILA HEIMBURG FERRUA
Orientadora: Dr^a 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 Caetamina no Comportamento de Pombos, sob um Procedimento de Aquisição Repetida".
- 27-02-81 MARIA ELIZABETH VIOTTO
Orientador: Dr^a 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: Dr^a 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: Dr^a Anita Liberalesso Neri
“Análise Interna de Uma Medida Comportamental de Assertividade”.
- 07-05-81 ELZA LAURETTI GUARIDO
Orientadora: Dr^a Antonieta Marília de Oswald Andrade
“Percepção de Controle sobre o Trabalho em Grupo de Ferroviários”.
- 15-06-81 OSCAR ROSSIN SOBRINHO
Orientador: Dr. Maurício Knobel
“O Atraso Mental: Uma Abordagem Psicanalítica”.
- 22-10-81 DAISY INOCÊNCIA MARGARIDA DE LEMOS
Orientadora: Dr^a 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: Dr^a Anita Liberalesso Neri
“Utilização de Estratégias Cognitivas e Comportamentais para Tratamento de Ansiedade Verbal”.
- 17-12-81 CARMEN GARCIA DE ALMEIDA MORAES
Orientadora: Dr^a 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: Dr^a 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: Dr^a 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-Clinica de Baixa Renda: Uma Análise Descrita de Procedimentos".
- 31-03-82 **MAURA ALVES NUNES GONGORA**
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Depressão: Teorias de Aprendizagem e Construção de Uma Escala Brasileira para Avaliá-la".
- 02-04-82 **MARIA ADÉLIA JORGE MAC-FADDEN**
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Estudo sobre a Personalidade de Pacientes Psoriáticos Através da Prova de Rorschach".
- 14-06-82 **DAYSE MARIA BORGES KEIRALLA**
Orientadora: Dr^a Anita Liberalesso Neri
"A Influência de Diferentes Condições de Pré-Treino na Aquisição de Respostas Textuais".
- 28-06-82 **LYSETE FORLENZA PESPINELLI DE MORAES**
Orientador: Dr. Miguel de La Puente
"Estudo de Um Caso Clínico Submetido a Terapia Antiqueixa Proposta por G. J. M. van den Aardweg".
- 06-07-82 **HILDA RAY SALMONA**
Orientador: Dr. Miguel de La Puente
"O Processo Experimental da Terapia Antiqueixa - Proposta por Gerard G. J. M. van den Aardweg".
- 13-09-82 **MARIA ISABEL T. C. OLIVEIRA**
Orientadora: Dr^a Antonieta Marília de Oswald Andrade
"Terceira Idade e Aposentadoria: Sinônimos de Crise".
- 29-09-82 **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 de Menstruação e Fatores Emocionais na Adolescência".
- 14-10-82 MARIA JOSE GOMES DA SILVA NERY
Orientadora: Drª Marilda Novaes Lipp
"Sexualidade Humana. Disfunções Sexuais, Conhecimento e Atitudes com Relação a Sexo. Esquema de Um Curso de Orientação Sexual".
- 26-11-82 MARIA APARECIDA GOBBY DUCATTI
Orientador: Dr. Walter Trinca
"Um Estudo sobre os Sentimentos dos Pais Decorrentes da Adolescência dos Filhos".
- 07-03-83 LÚCIA HELENA TIOSSO
Orientador: Dr. Miguel de La Puente
"O Humor na Terapia Antiqueixa".
- 25-04-83 JOSÉ LUIZ DO AMARAL BATISTA
Orientadora: Drª Marilda Novaes Lipp
"Desenvolvimento e Teste de Um Sistema para Medir a Latência Inicial do Sono no Ambiente Natural do Sujeito".
- 19-05-83 OLÍMPIA 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 Psiquismo 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 SANT'ANA 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: Dr^a 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: Dr^a Anita Liberalesso Neri
"Programação e Análise de Contingentes para a Alteração de Déficits e Excessos Comportamentais em uma Criança Autista".
- 27-12-83 MEYRE DOS SANTOS EIRAS
Orientadora: Dr^a 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: Dr^a 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: Dr^a 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. Sílvio Paulo Botomé
"A Percepção do Trabalho do Psicólogo Clínico em Depoimentos de Estudantes de Psicologia".
- 31-08-84 ANTONIO CLÁUDIO MAZZARO
Orientador: Dr. Walter Trinca
"Investigação Clínica da Personalidade de Adolescentes Homicidas através do Procedimento de Desenhos-Estórias".

- 14-09-84 SONIA MARIA PETROCINI
Orientador: Dr. Walter Trinca
"Menor Abandonado: Estudo Comparativo de Duas Diferentes Instituições".
- 24-09-84 CÉLIA ISABEL BENTO MAIA
Orientadora: Dr^a Anita Liberalesso Neri
"Análise de Auto-Relatos de Mães e Pais Sobre Experiências e Sentimentos Ligados à Parentalidade e a Vida Adulta".
- 12-12-84 HELGA HINCKENIKEL REINHOLD
Orientadora: Dr^a 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".
- 28-01-85 REGINA ELISABETE SECAF SILVEIRA
Orientadora: Dr^a 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. Térzis
"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. Cassoria
"Considerações sobre Aspectos Psicológicos da Gravidez, Parto e Puerpério na Adolescência".
- 30-08-85 VILMA MARIA BARRETO PAIVA
Orientadora: Dr^a Anita Liberalesso Neri
"À Velhice e o Corpo na Opinião de Homens e Mulheres na Meia-Idade e na Velhice".
- 03-11-85 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".

- 22-11-85 VALDEQUE RIBEIRO NOGUEIRA PORTO
Orientador: Dr. Walter Trinca
"Estudo da Validação de um Procedimento de Família com Estórias, destinado à 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: Dr^a 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. Cassoria
"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 e Respeito do Ser Humano Presentes em Psicoterapeutas e em Suas Práticas Clínicas".
- 04-04-86 SUELI APARECIDA FREIRE
Orientadora: Dr^a 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: Dr^a Anita Liberalesso Neri
"Depoimentos de Pais e Mães com Referência à Parentalidade e a Vida Adulta, por Ocasão da Saída dos Filhos de Casa".

- 24-04-86 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: Dr^a Terezinha Moreira Leite
"Psicoterapia em Grupo com Crianças".
- 02-05-86 HILDA MARIA ALOISI
Orientadora: Dr^a 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: Dr^a 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: Dr^a Anita Liberalesso Neri
"Conceito de Autoridade Paterna em Pais de Diferentes Idades: Um Estudo Exploratório".
- 09-04-87 MARLI RODRIGUES LUNEZO G. DE OLIVEIRA
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"O Papel do Pediatra na Abordagem dos Problemas Psicológicos da Criança".

- 16-04-87 ANTONIO CARLOS MEZÊNCIO DIAS
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Estudo Exploratório de Alguns Farmacodependentes em Tratamento em uma Instituição de Campinas".
- 21-05-87 REGINA MARA J. GOMES
Orientador: Dr. Antônio 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".
- 17-06-87 MARIA DO SOCORRO MOREIRA
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Infidelidade Conjugal: Um Estudo de Comportamentos e Atitude de Uma Amostra de Homens e Mulheres de Nível Educacional Superior da Cidade de Londrina".
- 17-09-87 MARIA CELINA PEIXOTO LIMA
Orientador: Dr. José Tolentino Rosa
"Sexualidade Masculina e Atendimento Psicológico na Reabilitação de Pessoas Portadoras de Lesão Medular. Um Estudo Exploratório".
- 26-10-87 CLÁUDIO VITAL DE LIMA FERREIRA
Orientador: Dr. Antônio I. Térzis
"Estudo Epidemiológico das Doenças Mentais em Amostra Hospitalar no Sul de Santa Catarina".
- 04-11-87 HELOÍSA DE SOUZA CAMARGO PIERI
Orientador: Dr. Maurício Knobel
"Estudo do Desenvolvimento Psicosssexual e o Fator de Dependência de Adolescentes Toxicômanos em Psicoterapia Analítica".
- 24-08-88 ROSANE MULLER COSTA
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Comparação da Incidência de Traços Autísticos no Período de 0 a 2 Anos de Idade, em 3 Grupos de Crianças".

- 01-09-88 HELENA DE CERQUEIRA LEITE HEXSEL
Orientadora: Dr^a Maria Emília Lino da Silva
"Separações e Defesas Maníacas no Processo Terapêutico".
- 27-09-88 ELUZA MARIA NARDINO ENCK
Orientador: Dr. Maurício Knobel
"Observação de Bebês na Creche e na Família".
- 03-10-88 MILTOM VICENTE FERNANDES
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Teste Quick de Ammons & Ammons - Uma Adaptação para crianças da Cidade de Uberlândia - MG."
- 07-10-88 MARLY APARECIDA FERNANDES
Orientadora: Dr^a Maria Emília Lino da Silva
"Fantasias Inconscientes de Primigestas Através do Procedimento de Desenhos-Estórias".
- 26-10-88 MARÍLIA MARTINS VIZZOTTO
Orientador: Dr. Maurício Knobel
"Ausência Paterna e suas Associações à Psicodinâmica e ao Aproveitamento Escolar da Criança".
- 04-11-88 MARIA DAS GRAÇAS REIS NASCIMENTO
Orientador: Dr. Antônio I. Tézis
"Estudo Clínico sobre a Natureza das Relações Objetais em Mulheres com Câncer de Mama".
- 02-12-88 RITA HELENA S. DE OLIVEIRA ZELLERHOFF
Orientador: Dr. Maurício Knobel
"Maus Tratos Físicos na Infância: Aspectos Psicodinâmicos de Pais Agressores e Crianças Maltratadas".
- 13-12-88 ELIZABETH ABID PEDROSO DE SOUZA
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Incidência de Stress no Período Pré-Menstrual em Mulheres Epiléticas".
- 13-12-88 MARA LÚCIA BRUCÇO CRISTOVAM
Orientador: Dr. Antônio I. Tézis
"Uma Contribuição ao Estudo de Traços de Personalidade do Paciente Insuficiente Renal Crônico Através do MMPI (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade)."

- 31-08-89 LEILA MACIEIRA BARBOSA
Orientador: Dr. Antônio I. Tézis
"Estudo sobre as Condições Externas que Cercam o Farmacodependente e o Alcoolismo".
- 23-10-89 MARIA APARECIDA COVOLAN
Orientadora: Marilda Emmanuel N. Lipp
"O Stress Ocupacional do Psicólogo Clínico: Seus Sintomas, Suas Fontes e Estratégias Utilizadas para Controlá-lo.
- 20-10-89 CARLA BEATRIZ DE SOUZA
Orientador: Dr. Antônio I. Tézis
"Um Estudo acerca do Funcionamento e dos Aspectos Relacionais do Processo de Supervisão Psicanalítica".
- 20-12-89 LUIZ FENANDO DE LARA CAMPOS
Orientadora: Dr^a Geraldina Porto Witter
"Supervisão Clínica: um Instrumento de Avaliação do Desempenho Clínico".
- 24-04-90 KONRAD LINDMEIER
Orientador: Dr. Antônio I. Tézis
"Avaliação de uma "Relação de Ajuda" entre uma Clínica - Escola de Psicologia e sua Clientela".
- 14-05-90 ANA SILVIA PENTEADO FIORE ROMANO
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Levantamento das Fontes de Stress Ocupacional de Soldados da Polícia Militar e o Nível de Stress por Elas Criado: Uma Proposta de um Programa de Curso de Controle do Stress Especifico para a Polícia Militar".
- 17-08-90 ELAINE ZORZI
Orientadora: Dr^a Geraldina Porto Witter
"Variáveis que Influem na Reinternação de Pacientes Psicóticos do Tipo Esquizofrênico".
- 31-08-90 MÁRCIA REGINA IFANGER DOS SANTOS
Orientadora: Dr^a Geraldina Porto Witter
"Habilidades Sociais em Adultos com Deficiência Mental: Tese de Procedimentos de Treino".

- 10-09-90 RITA DE CÁSSIA FERRAMOLA
Orientadora: Dr^a Geraldina Porto Witter
"Alto de Hetero-Conceito em Pacientes com Câncer: Variáveis Psicossociais".
- 13-09-90 MARIA APARECIDA DE PAIVA MONTENEGRO
Orientador: Dr. Antônio Tércis
"Sobre a Introdução do Narcisismo e a Noção de Sujeito na Teoria Freudiana".
- 07-10-90 BENEDITO FRANCISCO DIMAS FURTADO REGO
Orientador: Dr. John Keith Wood
"Motivo do Abandono Precoce da Psicoterapia em uma Clínica Universitária: Interpretação a Partir do Relato de Ex-Pacientes Adultos".
- 07-11-90 AGDA TEREZINHA FONTES
Orientador: Dr. Maurício Knobel
"Fatores Psicodinâmicos Associados à Dificuldade de Crianças em Cursar a Primeira Série do Primeiro Grau".
- 09-11-90 WILSON DENADAI
Orientadora: Dr^a Maria Emília Lino da Silva
"A Morte como Símbolo de Transformação".
- 21-11-90 ANA CRISTINA CÉSAR ZAMBERLAN
Orientador: Dr. John Keith Wood
"A Relação entre o Nível de Entendimento Empático e suas Alterações no Processo de Ludoterapia de Grupo: Um Estudo na Abordagem Centrada na Pessoa".
- 23-11-90 ALEXANDRE RODRIGUES BARBOSA
Orientadora: Dr^a Eva Maria Lakatos
"Morte e Renascimento do Ego: uma Técnica de Evolução Psicológica sobre a Morte e o Morrer".
- 04-12-90 KÁTIA DE CÁSSIA CHECHINATO SEGRE SILVA
Orientadora: Dr^a Geraldina Porto Witter
"Atenção: Avaliação e Treino para Seqüência".
- 10-12-90 CASSANDRA PEREIRA FRANÇA
Orientador: Dr. Maurício Knobel
"Investigações das Fantasias Inconscientes de Enfermidade e de Cura Presentes na Sessão Ludodiagnóstica: Estudo de Casos".

- 18-12-90 DENISE SAMPAIO MONTEIRO SOARES
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"O Stress do Executivo Brasileiro: Diferenças e Similaridades entre Homens e Mulheres".
- 18-12-90 ODILON AUGUSTO ALMEIDA CORREA
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Estudo de Relações entre Locus de Controle e Alcoolismo, em membros de Associações Anti-Alcoólicas".
- 21-12-90 MARTA MARIA FONTENELE E SILVA CARAMURU
Orientadora: Dr^a Maria Emília Lino da Silva
"O Vínculo do Desejo: Uma Compreensão Psicanalítica da Adoção".
- 21-12-90 REGINA CÉLIA SARMENTO
Orientadora: Dr^a Maria Emília Lino da Silva
"Gravidez na Adolescência, Amor, Busca, Desencontro?".
- 21-12-90 DEISE ABEGÃO DE CAMARGO
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Incidência de Sintomas de Tensão Pré-Menstrual (S. T. P. M.) em uma Amostra de Mulheres Brasileiras".
- 15-03-91 ANACHRISTINA DE MOTTA PACHECO CARDOSO DE MELLO
Orientador: Dr. Antônio Tércis
"A Escolha de Parceiro na Dinâmica de Relação Conjugal de Casais Favelados".
- 21-06-91 NIONE TORRES
Orientadora: Dr^a Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral
"Diagnóstico e Tratamento de Distúrbios de Pânico: Estudo de Caso em Terapia Comportamental".
- 02-07-91 LÍVIA MÔRCIA BATISTA DE ANDRADE
Orientador: Dr. Antônio Tércis
"Alguns Aspectos Emocionais Relacionados à Disfunção da Articulação Temporo Mandibular".
- 04-07-91 ANA CLARA PEREIRA COELHO
Orientador: Dr. Antônio Tércis
"A Psicose, Foraclusão do Nome-do-Pai e o Adolescente Psicótico".

- 15-07-91 JORGE ANTONIO DARINI
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Dor Crônica: Comparação da Intensidade da Dor, Depressão, Ansiedade, e Estratégias de Manejo entre Três Grupos de Pacientes".
- 16-07-91 MARIA AUXILIADORA C. CÚRCIO
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Estudo do Stress e da Qualidade de Vida de uma Amostra de Pacientes Oncológicos".
- 18-07-91 CARMEN MARIA BUENO NEME
Orientadora: Dr^a Marilda Novaes Lipp
"Abandono Prematuro da Psicoterapia: Um Estudo Exploratório Comparando Motivos Alegados por Pacientes que Abandonaram ou não a Psicoterapia".
- 12-08-91 DENISE APARECIDA PEREIRA DE SOUZA
Orientadora: Dr^a Vera Lúcia A. R. do Amaral
"A Experiência de Sofrer Queimaduras: um Estudo do Medo com Crianças de 6 a 12 anos".
- 05-09-91 JOÃO BATISTA RIBEIRO
Orientadora: Dr^a Maria Emília Lino da Silva
"Fatores Inconscientes e Relações Objetais em Pacientes com tentativas de Suicídio".
- 10-09-91 ANÁLIA MARTINS COSAC QUELHO
Orientadora: Dr^a Geraldina Porto Witter
"Psicanálise e Simbolização: Comparação da Produção Científica em duas revistas (Revista Brasileira de Psicanálise e Revue Française de Psychanalyse)".
- 11-10-91 DENISE FIGUEIREDO SOUTO
Orientadora: Dr^a Elisa M. Pizão Yoshida
"Estudo Exploratório sobre a Sexualidade Feminina em uma População Universitária".
- 08-11-91 MARIA JOSÉ SORREGOTTI GILLI
Orientador: Dr. Antónios I. Térzis
"Estudo do Relacionamento do Paciente-Médico e Equipe de Enfermagem em Cancerologia".

- 12-11-91 ROBERTA ECLEIDE DE OLIVEIRA GOMES
Orientadora: Dr^a Raquel S. Lobo Guzzo
"O Segredo (d) Enunciado uma Reflexão sobre a Gagueira na Criança".
- 30-11-91 MARIA TEREZINHA CASSI PEREIRA YUKIMITSU
Orientadora: Dr^a Geraldina Porto Witter
"Psicoterapia Breve Conceito e Prática Levantadas pela Técnica Delphi".

NOTA DE RODAPÉ :

Só é permitida na 1ª lauda e para indicar vínculo profissional, auxílios recebidos, apresentação em eventos e atribuição de créditos.

ILUSTRAÇÕES:

- 1) Fotografias, devem ser nítidas, em papel brilhante, preto e branco, tamanho máximo 9 x 14 cm.
- 2) Figuras, devem ser apresentadas em papel, em preto e branco, de preferência à Nankin, tamanho máximo 20 x 30 cm.
- 3) Quadros e tabelas: devem ser acompanhados de título que permita compreender o significado dos dados reunidos.

Assinalar no texto, pelo número de ordem, o local de inclusão. Para reimpressão de Fotografias, Figuras, Quadros e Tabelas extraídos de outros textos, deve ser indicada a fonte de referência e anexada as autorizações da fonte e do autor.

ENCAMINHAMENTO:

Enviar à Secretaria da revista com carta em que conste a anuência para publicação; em caso de mais de um autor, todos devem assinar o documento. Indicar o vínculo profissional de todos os autores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Devem vir indicadas corretamente e completas, seguindo-se as normas da APA e indicadas no corpo do trabalho pelo(s) nome(s) do(s) autor(es), acrescido da data entre parenteses. Ex.: SILVA (1990), SILVA e cols. (1990).

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

Magnífico Reitor : Prof. Eduardo José Pereira Coelho

Vice-Reitor para Assuntos Administrativos: Prof. Gilberto Luiz M. Selber

Vice-Reitora para Assuntos Acadêmicos: Prof^a Vera Sílvia Marão Beraquet

Diretora do Instituto de Psicologia: Prof^a Glória Elisa B. P. Von Buettner

