

Volume 20 - Número 2
Maio - Agosto 2003

Estudos de Psicologia



PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

ISSN 0103 - 166X

ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Revista quadrimestral da Faculdade de Psicologia da PUC-Campinas

Direção

Editora: Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

Secretário: Mauro Martins AmatuZZi

Tesoureira: Eliana Martins Rosado

Representante do Conselho Deliberativo: Vera E. Cury

Conselho Editorial

Anita Liberalesso Neri	(Unicamp)
Francisco Lotuffo Neto	(USP)
Isabel Cristina Dib Bariani	(PUC-Campinas)
José Vasconcelos Raposo	(Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro) - Portugal
Maria Amélia Matos	(USP)
Maria Cristina de O. Miyazaki	(FAMERPE UNIP)
Maria Martha Hübner	(USP)
Marilda E. Novaes Lipp	(PUC-Campinas)
Raquel Rodrigues Kerbauy	(USP)
Regina M. L. Lopes Carvalho	(PUC-Campinas)
Solange M. Wechsler	(PUC-Campinas)
Suely Salles Guimarães	(Universidade de Brasília)
Vera Engler Cury	(PUC-Campinas)
Vicente E. Cabalho	(U.Granada - Espanha)
William B. Gomes	(UFRGS)

Consultor Ad-hoc

Bruneide Menegazzo Padilha	(PUC-Campinas)
Diana Tosello Laloni	(PUC-Campinas)
Elizabeth de Melo Bonfim	(UFMG)
Elisa Medici P. Yoshida	(PUC-Campinas)
Gilberto Safra	(PUC-SP)
José Aloyseo Bzuneck	(UEL)
Maria Fernanda M. Barreto	(PUC-Campinas)
Maria Helena M. Stroilli	(PUC-Campinas)
Sônia Regina Loureiro	(USP-RP)
Terezinha Féres Carneiro	(PUC-RJ)

Apoio Técnico

Secretária: Elenilda Lisboa Paiva

Estudos de Psicologia é um periódico dedicado à publicação de relatos de pesquisa, artigos teóricos, comunicações breves, resenhas e cartas ao editor. Os artigos assinados são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo necessariamente o pensamento dos Editores.

Apreciação dos Manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista Estudos de Psicologia deverão estar dentro das Normas de Publicação que seguem às indicadas pela American Psychological Association (APA), publicadas em 1994. Os trabalhos serão aceitos ou recusados com base nos pareceres do Conselho Editorial, ou de consultores ad-hoc.

Direitos Autorais

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à revista Estudos de Psicologia e os originais, mesmo quando não aprovados, não serão devolvidos. Reproduções dos originais só podem ser realizadas mediante consulta e autorização prévia da Direção da revista.

Endereço para envio dos Manuscritos

Os manuscritos, assim como toda a correspondência, inclusive solicitações de assinatura deverão ser encaminhados para a redação.

Indexação

Indexada em:

PsychINFO - American Psychological Association
APA's Psychological Abstracts
LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Index Psic.

Redação

Faculdade de Psicologia - PUC-Campinas
A/C Revista Estudos de Psicologia
Av. John Boyd Dunlop s/nº - Jardim Ipaussurama
Campinas - SP - CEP: 13059-900

Fone: (019) 3729-8674 Fax: 3729-8532

E-mail: revista@puc-campinas.edu.br

Home Page: <http://www.puc-campinas.br/~ipf/revis/index.htm>

Estudos de Psicologia

Revista Quadrimestral da Faculdade de Psicologia - PUC-Campinas

Vol. 20
Número 2
Maio/Agosto 2003

SUMÁRIO

Artigos

- 5 A imagem que professoras de escola regular têm em relação à aprendizagem do aluno surdo
Angélica Bronzatto de Paiva e Silva e Maria Cristina da Cunha Pereira
- 15 Motivação na universidade: uma revisão da literatura
Valdete Maria Ruiz
- 25 Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência
Saint Clair Bahls e Flávia Rocha Campos Bahls
- 35 Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico
Sílvio José Benelli e Abílio da Costa-Rosa
- 51 Representação mental das relações de apego de um indivíduo diagnosticado com transtorno depressivo maior
Celina Monteiro Azevedo, Lília Nazaré de Souza, Marco Aurélio Valle de Moraes e Airle Miranda de Souza
- 63 A troca de terapeutas nos atendimentos psicanalíticos em instituições
Marcela Casacio Ferreira
- 71 Ser e fazer na maternidade contemporânea
Tania Mara Marques Granato e Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Resenha

- 77 Violência e criança
Geraldina Porto Witter

Estudos de Psicologia

Revista Quadrimestral da Faculdade de Psicologia - PUC-Campinas

Vol. 20
Número 2
Maio/Agosto 2003

CONTENTS

Articles

- 5 The view of regular school teachers on the learning process of deaf student
Angélica Bronzatto de Paiva e Silva e Maria Cristina da Cunha Pereira
- 15 Motivation at university: a literature review
Valdete Maria Ruiz
- 25 Psychotherapy in child and adolescent depression
Saint Clair Bahls e Flávia Rocha Campos Bahls
- 35 Geofraphy of power in Goffman: surveillance and resistance, domination and production of
subjectivity at the psychiatry hospital
Sílvio José Benelli e Abílio da Costa-Rosa
- 51 Mental representation of attachment relationships in na individual diagnosed with depressive
disorder
*Celina Monteiro Azevedo, Lília Nazaré de Souza Nascimento, Marco Aurélio Valle de
Moraes e Airle Miranda de Souza*
- 63 The change of therapists in psychoanalytical treatments in institutions
Marcela Casacio Ferreira
- 71 Being and doing in contemporary montherhood
Tânia Mara Marques Granato e Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Review

- 77 Violence and childhood
Geraldina Porto Witter
-

A IMAGEM QUE PROFESSORAS DE ESCOLA REGULAR TÊM EM RELAÇÃO À APRENDIZAGEM DO ALUNO SURDO*

THE VIEW OF REGULAR SCHOOL TEACHERS ON THE LEARNING PROCESS OF DEAF STUDENT

Angélica Bronzatto de Paiva e SILVA¹
Maria Cristina da Cunha PEREIRA¹

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a imagem que professoras da escola regular têm em relação à aprendizagem do aluno surdo. Para isto foram realizadas entrevistas com 7 professoras do ensino fundamental (1ª a 4ª série) que têm em sua classe aluno surdo, o qual freqüenta concomitantemente o Cepre – Unicamp, onde é atendido por profissionais especializados em surdez. Além das entrevistas, foram realizadas observações da interação professora – aluno surdo na sala de aula.

Com base em uma abordagem qualitativa, procedeu-se à análise de conteúdo do tipo temática e categorial, dando-se ênfase à categoria “aprendizagem”.

A análise de dados evidenciou que, apesar de as professoras afirmarem que o aluno surdo não apresenta problemas de aprendizagem, depreende-se, de suas falas, uma visão de limitação do aluno e uma expectativa baixa em relação à aprendizagem do aluno surdo.

Palavras-chave: *surdez, educação de surdos, prática pedagógica com surdos, interação professor ouvinte-aluno surdo, imagem de surdez e interação.*

ABSTRACT

This study aims to analyse the view of regular school teachers on the learning process of deaf students.

^(*) Este estudo é baseado na dissertação de mestrado da primeira autora, sob a orientação da segunda, apresentada no Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano e Educação da Faculdade de Educação da Unicamp – Campinas – SP.

⁽¹⁾ CEPRE – FCM – Unicamp – Endereço: Cepre (Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação – Prof. Dr. Gabriel Porto) FCM – Unicamp. Av. Adolfo Lutz s/n, Cidade Universitária, Campinas. CEP:13084-880. Fone:FAX: 37888814. E-MAIL: cepre@fcm.unicamp.br / arbps@uol.com.br

Seven teachers from Elementary School (First to Fourth grades) have been interviewed. All of them have deaf student attending class simultaneously at "CEPRE – UNICAMP", an institution where special works are developed with handicapped people. The relationship between teacher and deaf students was observed in the classroom as well.

Using a qualitative approach, this study based its interpretation on the thematic and categorial analysis of content, emphasizing the learning category.

The evaluation of data showed that, although teachers have said the deaf student presents no problem with the learning process, it is possible to infer the teachers think that students present some limitations. There are low expectations related to the deaf students learning process.

Key Words: *deafness, deaf education, teaching process, interaction hearing teacher-deaf student, deaf representation and interaction.*

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como origem a atuação de uma psicóloga de instituição especializada (Cepre-Unicamp) que realiza trabalho de orientação de pais de crianças surdas que freqüentam escola regular e recebem atendimento nesta instituição.

No trabalho com as famílias de crianças surdas, independente do Programa em que estão inseridas, percebe-se que, no momento em que os filhos vão ingressar na escola formal, ou mesmo quando já a estão freqüentando, existe grande preocupação da família em relação à melhor escola para eles; se uma escola regular ou uma escola especial.

Na década de noventa, motivado principalmente pela Declaração de Salamanca, teve início um movimento de inclusão, não só dos surdos, mas de todos os alunos considerados como tendo necessidades educacionais especiais.

Com base na Declaração de Salamanca, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), de 1996, reconhece o direito de todas as crianças, normais ou com necessidades especiais, à educação de melhor qualidade, preferencialmente nas escolas regulares de ensino.

Respaldados pela LDBEN, alguns municípios adotaram a política de inclusão dos alunos com necessidades educacionais especiais nas classes comuns, junto com alunos considerados normais. Esta é a realidade de Campinas, que é vivenciada pelas mães de crianças surdas que estão cursando escola comum e partilhada com a psicóloga, uma das autoras deste trabalho, na atividade de orientação que esta realiza no CEPRE–Unicamp.

As mães queixam-se de que a inclusão não está acontecendo como desejariam, ou seja, seus filhos enfrentam muitas dificuldades para aprender, principalmente devido à comunicação professor/aluno, e atribuem este fato constantemente à falta de preparo dos professores. O fato de o professor não estar preparado para receber o aluno surdo é realidade, e acontece com a maioria dos professores de escola regular. Assim, quando recebe esse aluno, muitas vezes tem idéias preconcebidas ou concepções equivocadas a respeito do mesmo, o que resulta na atribuição de algumas imagens a ele, na maioria dos casos, depreciativas.

Essas imagens que os professores têm se refletem na sua postura, nas ações em relação às crianças e são estas ações que as mães trazem para a psicóloga como queixas no atendimento em grupo, pedindo orientações tanto

para ela como para o professor. Foi este cenário, de ansiedade e angústia das mães, de discussão destas dificuldades com os profissionais do Programa, que fez com que a psicóloga fosse buscar dados com os professores da escola comum para tentar descobrir qual era a imagem que eles tinham do aluno surdo, da surdez e do processo ensino – aprendizagem destes alunos. Com base nestes dados seria possível analisar a influência desta imagem na prática pedagógica do professor.

Não é escopo deste trabalho discutir qual o tipo de escola seria mais adequado para o aluno surdo. No entanto, a qualidade do trabalho na escola comum torna-se uma preocupação para nós, educadores de surdos, porque o que se observa geralmente é que a escola fabrica excelentes copistas, os quais, muitas vezes, não têm condições de escrever um texto, devido ao pouco domínio do português e da sua gramática. O mesmo se dá com a leitura, em que muitos alunos surdos conseguem decodificar as palavras, mas apresentam muita dificuldade em interpretar, compreender o que lêem.

Determinar, por força de lei, que crianças com necessidades especiais sejam absorvidas pelo sistema regular de ensino, que não consegue dar conta, atualmente, sequer das crianças ditas normais, é pretender uma solução fácil e ilusória para o problema da educação especial. Os professores do ensino regular não têm sido preparados para a tarefa de lidar com crianças com necessidades educativas especiais e, sem este preparo, por melhor que seja o método utilizado, as chances de sucesso são muito limitadas (Schwartzman, 1997).

A predisposição maior ou menor em aceitar o aluno influi nas expectativas que o professor tem sobre o rendimento do mesmo, bem como nas explicações que dá para as dificuldades dos alunos e estas respondem, em grande parte, pelos resultados que o aluno obtém. (Marchesi e Martin, 1995).

O “fenômeno das expectativas” é uma das manifestações mais importantes evidenciadas

nas representações mútuas no processo de ensino e aprendizagem. A representação que o professor constrói de seus alunos, o que pensa e espera deles, as intenções e capacidades que lhes atribui, não somente é um filtro que o leva a interpretar de uma ou de outra maneira o que fazem, a valorizar de um ou de outro modo as aprendizagens que realizam, a reagir de forma diferente ante seus progressos e dificuldades, mas também pode chegar, inclusive, em certas ocasiões, a modificar o comportamento real dos alunos na direção das expectativas associadas a tal representação (Coll e Miras, 1996).

No caso de crianças surdas, as dificuldades de linguagem muitas vezes levam os professores a construir uma imagem negativa e a desenvolver idéias equivocadas a respeito do aluno surdo.

Muitos professores, por não conhecer as implicações da surdez, apresentam a tendência de não acreditar no potencial do aluno surdo, atribuindo as suas dificuldades à surdez. Se o aproveitamento do aluno confirma a baixa expectativa do professor, é considerado deficiente e com isso o professor se isenta da responsabilidade de ensinar, pois é o aluno que não aprende.

Diante da política de inclusão atualmente defendida, objetivando inserção do aluno surdo na escola regular, coloca-se como fundamental o conhecimento da imagem que professores de escola regular possam estar construindo a respeito das possibilidades de aprendizagem do aluno surdo.

SUJEITOS

Os sujeitos deste estudo foram sete professoras do Ensino Fundamental (1ª a 4ª série) que lecionam em escolas municipais ou estaduais do município ou região de Campinas e que tiveram, na época da coleta de dados, pelo menos um aluno surdo que freqüentava concomitantemente o Programa de Apoio à Escolaridade no CEPRE–Unicamp.

PROCEDIMENTOS

Os dados analisados foram obtidos por meio de entrevistas com as professoras e de observações na sala de aula.

As entrevistas ocorreram no início do primeiro semestre letivo.

Em cada escola, foram realizadas três observações, uma no primeiro semestre e duas no segundo semestre. Tiveram duração aproximada de uma hora, e foram realizadas na aula que a professora estava ministrando no momento em que a pesquisadora estava na escola (português, matemática).

Após registro contínuo, optou-se por observar a relação da professora com a classe como um todo e a relação da professora com o aluno surdo nos seguintes aspectos:

- instrução e condução das atividades,
- comportamento do aluno no decorrer da aula e
- relação do aluno surdo com os colegas e vice-versa.

METODOLOGIA ESCOLHIDA

Dentro de uma abordagem qualitativa, este estudo fundamentou a sua interpretação na análise de conteúdo do discurso das professoras nas entrevistas e na observação na sala de aula.

A análise de conteúdo, segundo Bardin (1997), permite que se trabalhe com um *corpus* reduzido de material, estabelecendo-se categorias mais sutis, nas quais é mais relevante a presença do que a frequência de um item.

A análise empreendida foi do tipo temática e categorial. Neste estudo, deu-se ênfase à categoria “aprendizagem”, procedendo à análise de dados de cada professora para depois agrupar os dados das sete professoras, possibilitando uma visão sobre o que elas pensam e como agem em relação à aprendizagem do aluno surdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Quanto ao aspecto da aprendizagem, todas as professoras referiram que a aprendizagem da criança surda é normal, embora coloquem restrições quanto ao processo.

Algumas professoras afirmam que a aprendizagem de seus alunos é normal, ilimitada, mas acontece de maneira mais lenta, que aprender é uma continuidade para a vida inteira e, neste sentido, uma professora relata: “*se ele já tiver formulando frases, ele vai passar para a terceira série, para mim ele passa, sabe por que? por mim é uma continuidade para a vida inteira, eu estou aprendendo alguma coisa neste momento, coisas que eu não sabia*”. Ainda que afirme que a aprendizagem do surdo é ilimitada, a professora coloca uma restrição em relação ao tempo de maturação do aluno surdo, o que justifica ser aprovado ainda que não tenha aprendido o que é esperado para uma determinada série.

Observa-se, nas palavras desta professora, a baixa expectativa em relação ao desempenho escolar do aluno surdo. Para ela: “*se ele já sair com número, com um vocabulário bom de identificação de imagem com a escrita, já é um passo muito grande, se ele conseguir então essa construção de frases, que ele já está conseguindo, ele já está observando que ele pode fazer isso, agora mas ser claro para ele esta construção né, estar alfabetizado realmente, nesta construção, isso é um passo muito grande*.”

Observa-se subjacente às palavras da professora uma imagem de descrença da capacidade do aluno surdo.

A mesma imagem de incapacidade do aluno surdo pode ser observada na fala da professora 5, que afirma: “*fica complicado, a gente está ensinando feminino/masculino, ortografia ou mesmo matemática certos termos que tem, essas crianças vão utilizar no ginásio depois no colegial e no vestibular. Então tem certos limites que o R. tem*.”

Para a professora não parece necessário ensinar ao aluno surdo alguns conteúdos que serão importantes no ginásio ou no colegial, já que ele tem limites de aprendizagem. Para ela, ler e escrever é suficiente para o aluno, como se depreende de suas palavras: *“ele sabe ler, ele sabe escrever, o que já é uma grande coisa...então nesse sentido não me preocupo com ele...como a minha meta na escola é alfabetizar criança, eu estou na segunda série, na verdade eles teriam que vir alfabetizados da primeira... mas a realidade é muito diferente, o governo quer, então vem muita criança que não sabe... como R. sabe ler e escrever, sinceramente eu nem me preocupo com ele em certos momentos.”*

Algumas professoras, para justificar a afirmação de que os alunos surdos têm aprendizagem normal, os comparam àqueles que, mesmo ouvintes, têm dificuldades de aprendizagem.

De um modo geral, apesar de afirmarem que a aprendizagem do aluno surdo é normal, todas as professoras entrevistadas acabaram dizendo, de alguma maneira, que o aluno surdo não está aprendendo.

Na análise das entrevistas das professoras constatam-se diferentes justificativas para o fato de o aluno surdo não estar aprendendo.

A professora 1, por exemplo, parece atribuir as dificuldades do seu aluno em ser alfabetizado ao fato de ser surdo e, assim, ter dificuldade em relacionar som e letra, figura e nome.

Não é objetivo deste trabalho discutir a concepção de escrita, revelada nas palavras da professora, embora este seja um tema que mereça ser pesquisado; mas o fato é que, se para ser alfabetizado, o aluno tem que estabelecer relação entre som e letra, figura e palavra, o aluno surdo realmente terá muita dificuldade e muito provavelmente continuará analfabeto. Tal afirmativa decorre do desconhecimento das especificidades que envolvem a surdez como, por exemplo, o fato de a maioria dos surdos expostos à abordagem oral não terem uma

língua desenvolvida, à qual possam recorrer na tarefa de adquirir a escrita.

O desconhecimento sobre como trabalhar com surdos é verbalizado pela mesma professora um pouco mais adiante, na entrevista, quando diz: *“a minha dificuldade como eu nunca trabalhei com isso é encontrar mecanismo para isso”*.

A atribuição das dificuldades de aprendizagem do aluno surdo à falta de formação da professora foi observada nas falas de outras professoras, como a 2, por exemplo, que afirma *“que eles são normais, são, com toda certeza, eles são normais, só que eu parto do princípio, e agora? Como você alfabetiza uma criança desta? Como você vai fazer o trabalho sendo que você é leiga totalmente, você vai pegar uma coisa e vai fazer o quê? Agora nós estamos caminhando, estou buscando, mais se eu não buscar, será que no final do ano não vou ter uma resposta negativa dela?”*

Ao mesmo tempo em que afirma a normalidade do aluno na aprendizagem, esta professora questiona como fazer para que ele aprenda. Em sua fala, a professora demonstra ansiedade e dúvida quanto ao trabalho que realiza com o aluno surdo.

A fala desta professora ilustra o que acontece na maior parte das salas observadas nesta pesquisa, em que o professor tenta fazer o aluno surdo aprender, sem saber como, em meio a mais trinta alunos, sem contar com a ajuda de ninguém. Em seu desabafo, a professora declara que: *“para um professor que fosse pegar uma classe que tivesse esse tipo de problema, que tivesse assessoramento, sabe, eu acho que é importante. Se tivesse um assessoramento e os professores capacitados pra esse tipo, sem problema, só que, na nossa realidade é outra ... o trabalho dificulta muito mais, é muito maior, ainda porque nós não temos nada, nem um respaldo, nada. Então quer dizer, o professor ele tem que ir buscar, se ele quiser alguma coisa, e muitas vezes o recurso nem vem pra ele, ele tem que buscar com seus recursos... além dele ter que ir atrás, se tiver que fazer alguma coisa, ele*

tem que pagar para esse ir atrás, sabe então, é uma coisa complicada porque na atual situação é difícil, sabe então eu sei lá como educadora eu acho que tenho uma responsabilidade muito grande e me preocupo muito com meus alunos, então eu vejo assim, que eu sinto essa dificuldade e não me sinto realizada, porque quando eu saio e conto uma estória e que eu sei que eu deixei a desejar, que alguma criança ficou sem participar sabe, sem entender, então eu saio assim sabe, eu falo, puxa vida será que eu vou conseguir? Sabe, será que eu não estou atrapalhando? Será que se ela tivesse em outro lugar que entendesse, que tivesse trabalhando isso, será que ela não teria um rendimento muito maior do que está tendo comigo? Então o professor se sente desamparado.”

A professora expressa o dilema do seu papel como educadora por meio de uma mistura de queixas em relação à inclusão, à estrutura, ao salário, ao pouco tempo de que dispõe, à sua responsabilidade de ensinar e à sua falta de preparo. Expressa o seu sentimento de desamparo por não ter assessoramento e, se quiser saber algo mais, tem que se virar sozinha com seus próprios recursos. Esta situação gera insegurança, frustração, ansiedade, porque a professora acredita que, se a aluna surda estivesse com um professor especializado, a sua aprendizagem poderia ser melhor.

A queixa da professora pela falta de orientação, bem como a angústia por saber que não está ensinando o aluno surdo, pode ser observada na sua afirmação de que: *“a integração dos deficientes dentro da sala de aula é uma intenção excelente, mas eu acho sim, e cadê o respaldo? E você colocar uma criança dentro de uma sala de aula sem ter como você trabalhar com ela? Você pôr ela lá e gerar mais problemas dentro da própria criança? Aí a minha preocupação, então, quando a gente fala assim, aí vou pegar uma sala, Deus me livre, né deficiente tem que ficar na sala de deficiente, como a gente escuta determinadas professoras falarem isso, mas eu acredito não pelo fato dele ser deficiente, eu acho que o deficiente ele é*

super carinhoso, ele é uma criança muito mais dada, é uma criança que busca uma integração até maior que os outros, sabe, eles são mais interessados, só que se não há uma especialização, não há um respaldo para ele se integrar, ele vai gerar conflitos, então o que vai acontecer, vai se tornar a aprendizagem mais difícil... jogar uma criança para dizer que está integrando, é fazer um crime com uma criança, porque esta criança eu vejo como uma criança que precisa de um atendimento mais específico uma atenção maior, porque nossa educação está um caos, com as crianças normais, sem problemas, imagina para uma criança com problema, então eu me preocupo como educadora nesse sentido, sabe às vezes a gente fala, estão discriminando as crianças deficientes auditivos ou visual ou até mental, não, não estamos nós educadores discriminando estas crianças, mas sim discriminando o sistema de como elas estão sendo postas dentro da sala de aula, elas estão sendo postas como um depósito, você senta ali e seja o que Deus quiser.”

Embora não seja objetivo deste trabalho discutir a política de inclusão, fica evidenciado, nas palavras da professora 2, assim como nas de outras entrevistadas que, a inclusão, da forma como está sendo feita, não possibilita a aprendizagem da criança surda, bem como da deficiente visual e da mental, constituindo-se, a sala de aula, em um depósito. Constata-se, assim, nas palavras da professora, a imagem de que a escola não ensina estas crianças.

A consciência de que não está possibilitando a aprendizagem da criança surda pode ser observada, ainda na entrevista da professora 2, quando se refere ao futuro da sua aluna surda: *“o que vai acontecer, por ela se, sendo que já está maiorzinha não vai querer vir para a escola, porque ela vai falar o quê? eu vou lá sentar e ficar olhando para a cara da professora, eu vou copiar? cópia eu faço em casa, eu quero ir pra escola pra aprender.”* Reafirma esta idéia contando que disse para os alunos *“não adianta vocês ajudarem ela, ela está fazendo cópia, vai chegar o final do ano, o que ela aprendeu? Nada, ela copiou.”*

O sentimento de estar enganando a aluna é evidenciado mais adiante na entrevista, quando a professora 2 relata o que acontece na sala de aula: *“ela copia e traz pra mim, é lógico que a criança vê eu dando certo pra todo mundo, ela também quer um certo no caderno, ela não vai querer que eu vou olhar, e não vou fazer nada, eu dou o certo, né, só que é um certo de cópia, é diferente de um certo que você fez e porque você copiou, mas ela quer um certo, porque às vezes eu não quero dar um certo porque eu vi que ela copiou, ela me cobra, ela faz (bate a mão no caderno), porque eu dei pro outro e pra ela não pode dar... eu acho assim que se eu não der este certo, eu vou estar desestimulando, então eu dou um certo, porque ela procura, que cada vez que eu dou um certo ela sai feliz, porque ela acha que ela conseguiu, de uma forma ou de outra, certo ou errado, pra ela... e quando eu não deixo copiar, ela fica desesperada”*.

Depreende-se, neste trecho da entrevista, uma preocupação da professora em relação à imagem que a aluna vai construir da escola, ou melhor, já parece ter construído, o que pode responder pelo desespero que apresenta quando se vê impedida de copiar.

Apesar de todas as queixas e críticas que a professora fez na entrevista, nas observações em sala de aula notou-se que ela utilizou recursos para que o aluno pudesse entender melhor: gestos, sinais, datilologia, material concreto em matemática, como também deu instruções e explicações individualizadas. No entanto, percebeu no final do ano que estes recursos não foram suficientes. Esta mesma percepção foi sentida pela professora 1, que colocou *“eu me senti frustrada por não conseguir um melhor desempenho meu e conseqüentemente o dele”*.

A imagem de que a escola não cumpre a sua função de ensinar o aluno surdo parece ser assumida também pela professora 5, que refere na entrevista que: *“a própria mãe me pediu pra mim marcar no livro o que é pra fazer, exercício, cópia, ou seja, interpretação do texto, porque na casa dela ela ensina o texto com linguagem de sinais e ele responde as questões pelo que ela*

falou, porque sinceramente isso eu não posso fazer... responde em casa, porque aqui ele não consegue.”

Diferentemente da professora 2, esta não demonstra nenhuma ansiedade pelo fato de o aluno não aprender na escola, parecendo achar natural que a mãe faça isto em casa, já que esta sabe a Língua de Sinais Brasileira. No final de sua fala, depreende-se a imagem de incapacidade do aluno.

Como as demais professoras, também a 3 parece ter a imagem de que a escola não dá conta da aprendizagem do aluno surdo. No entanto, acha que, do ponto de vista humano, tem que fazê-lo, ainda que sua expectativa seja baixa. Ela se refere à aceitação do aluno surdo na sala de aula como um desafio para o professor, mesmo que o aluno não aprenda 100% do conteúdo.

A professora deixa transparecer, mais uma vez, a imagem de incapacidade do aluno surdo de aprender e, neste sentido, o que aprender está bom, já que a expectativa é baixa.

Da mesma maneira que a professora 3, a professora 4 também revela uma expectativa baixa em relação à aprendizagem do aluno surdo, ao relatar uma situação de leitura a que o aluno foi submetido: *“ele pegou a folhinha e fez (gesticulou a boca) só para ele... como ele não escuta ele leu para ele, mas eles ficaram todos em silêncio escutando quando ele terminou, quando ele levantou, estavam todos assim oh! (bateu palma) e ele ficou todo feliz e eu marquei um muito bom pra ele, porque eu não tenho ainda com ... você entendeu, ele vai comparar o que eu escrevi com a folha do outro, ele precisa sentir bem ali naquele ambiente e que isso que vai ajudar muito.”*

Segundo as palavras da professora, o aluno surdo tentou ler, sem conseguir e sua atitude foi premiada pelos colegas e pela professora, criando no aluno a ilusão de que ele pode ler em voz alta. No entanto, esta atitude revela um sentimento de pena em relação ao aluno surdo. Para que a

diferença não se torne discriminação, ela trata todo mundo igual, o que acaba discriminando.

Enquanto que a professora 4 procura tratar o aluno surdo igual aos outros, a professora 5 expressa claramente a diferença do aluno surdo em relação aos outros, justificando assim a sua posição: *“porque eu tenho um grupo de crianças não sabe direito as letras e elas pra mim são mais importantes assim nesse sentido de alfabetização, porque o R. ele não precisa ser alfabetizado, a mãe mesmo falou que ele estava aqui para ser socializado...agora ela não quer que eu também ensine, masculino, feminino, tudo como se ele fosse um menino normal, ele tem capacidade, até tem, só que eu não disponho de tempo para ensinar a ele certas coisas, porque ele não entende o que eu falo, a linguagem, eu teria que aprender a linguagem dos surdos-mudos, e sinceramente não tenho tempo pra isto.”*

A professora assume a sua impossibilidade em ensinar o aluno surdo, ao mesmo tempo em que deixa transparecer a imagem de que o aluno surdo é incapaz de aprender. Aliás, segundo suas palavras, não há necessidade de lhe ensinar mais nada porque o que sabe já é suficiente. Coloca-se completamente indisponível para ensinar o aluno, o que se constata também em outro trecho da entrevista, em que reafirma o que disse anteriormente: *“então tudo bem, eu acho que ele tem direito à educação, ele tem direito, mas tem coisas que prá que? Prá que aprender certas coisas, onde ele vai utilizar, certas regras, certas coisas, é importante, tá, mas pra ele em que sentido ele vai utilizar essas coisas, isso é que eu fico me perguntando às vezes, porque, quando veio aqui foi pra socializar e desenvolver a fala, daí entrou tal, tudo bem, morro de pena, eu quero que a criança se dê bem, não tenho preconceito nenhum, só que não dá pra exigir de mim que eu dê uma atenção especial pra ele, por ele ser surdo e mudo eu não posso.”*

A professora fala que não tem preconceito, mas é exatamente o que demonstra quando discrimina o aluno surdo na sala, não levando em conta suas peculiaridades; assim, não faz

nenhuma tentativa de adequar a aula para o aluno surdo.

Como se pode verificar nos diferentes depoimentos, cada professora procura explicar, a seu modo, a causa da não aprendizagem por parte do aluno surdo. Como já foi referido anteriormente, nenhuma das professoras tem formação para trabalhar com alunos surdos.

Uma professora demonstra saber que o aparelho de amplificação sonora pode possibilitar o desenvolvimento da percepção auditiva e que esta pode melhorar a fala. Ignora, no entanto, que se trata de um processo longo e, muitas vezes, sem um resultado significativo para o aluno, principalmente tratando-se de crianças mais velhas.

A professora 7 acredita que o aluno surdo teria um aprendizado melhor se o professor soubesse a Língua Brasileira de Sinais. Ela refere: *“... eu sinto não poder ajudar mais porque ficou limitado pra mim, também porque eu não sei a linguagem dos surdos, então é difícil. O que dificulta mesmo é isso, porque o L., o que eu percebo assim é um menino que tem capacidade né pra crescer, aprender... eu senti, assim, que a classe começa a desenvolver, ele vai indo pra frente, então eu senti também essa dificuldade, daí ele perdeu um pouco o interesse.”*

Ainda que não tenha formação para trabalhar com surdos e desconheça a Língua Brasileira de Sinais, esta professora percebe que o seu uso possibilitaria a aprendizagem do seu aluno. No entanto, como não sabe a língua de sinais, admite que: *“o que dificulta mesmo é não ter uma pessoa com ele pra ajudar, você entendeu...se tivesse uma professora que realmente soubesse falar, eu acho que ele iria embora”.*

CONCLUSÃO

Ao longo da análise das entrevistas, verifica-se que, embora as professoras afirmem que os alunos surdos têm capacidade para aprender, demonstram, através de suas falas, ter uma

expectativa baixa em relação à aprendizagem do aluno. Ainda que com argumentos diferentes, todas parecem admitir a sua limitação em possibilitar a aprendizagem do aluno surdo, atribuindo tal fato à falta de conhecimento do professor a respeito da surdez, ao desconhecimento da língua de sinais e à forma como está sendo feita a inclusão do aluno surdo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L.(1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- COLL, César e MIRAS, Mariana.(1996) A representação mútua professor/aluno e suas repercussões sobre o ensino e a aprendizagem. In: COLL, César; PALACIOS, Jesús, MARCHESI, Álvaro. *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação*. v.2 Porto Alegre: Artes Médicas, 265-280.
- MARCHESI, Álvaro e MARTIN, Elena.(1995) Da terminologia do distúrbio às necessidades educacionais especiais. In: COLL, César; PALACIOS, Jesús, MARCHESI, Álvaro. *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. v.3 Porto Alegre: Artes Médicas, 7–23.
- SCHWARTZMAN, José Salomão.(1997) Integração: do que e de quem estamos falando? In: MANTOAN, Maria Teresa E. e colaboradores. *A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema*. São Paulo: Memnom: Editora SENAC, 62-66.
- SILVA, A.B.P.(2000) *O aluno surdo na escola regular: imagem e ação do professor*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da Unicamp, Campinas, S.P.

Recebido para publicação em 18 de junho de 2002 e aceito em 18 de março de 2003.

MOTIVAÇÃO NA UNIVERSIDADE: UMA REVISÃO DA LITERATURA*

MOTIVATION AT UNIVERSITY: A LITERATURE REVIEW

Valdete Maria RUIZ¹

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é apresentar uma revisão da literatura sobre variáveis que influenciam a motivação para aprender de estudantes universitários, utilizando o modelo de Pintrich, que incorpora quatro componentes principais: contexto sociocultural, fatores relacionados ao ambiente de sala de aula, fatores internos e comportamento motivado. Conclui pela necessidade de maior ênfase na utilização de estratégias metacognitivas de aprendizagem e maior número de estudos sobre o tema no Brasil.

Palavras-chave: *motivação para aprender, estratégias metacognitivas de aprendizagem, ensino superior.*

ABSTRACT

The aim of the present work is to present a literature review about variables that influence college student's motivation to learn, using Pintrich's model, which incorporates four main components: sociocultural context, classroom environmental factors, internal factors and motivated behavior. It ends for the need of larger emphasis in the use of metacognitive learning strategies and larger number of studies about the theme in Brazil.

Key words: *motivation to learn, metacognitive learning.*

^(*) Artigo baseado em capítulo da dissertação de mestrado "Motivação para estudar e aprender em universitários", apresentada pela autora ao Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da PUC-Campinas, sob a orientação do Prof. Dr. Samuel Pfromm Netto.

⁽¹⁾ Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal e Faculdades Associadas de Ensino de São João da Boa Vista
Endereço: Rua José Bonifácio, 220 – Centro – CEP 13800-000 Mogi Mirim, SP – Fones (19) 3862-1874 / 3862- 4517
e-mail: growing@dglnet.com.br

A literatura psicológica sobre motivação aplicada a diferentes contextos educacionais vem se expandindo consideravelmente nos últimos anos, principalmente pelo fato (cada vez mais reconhecido, sob o ponto de vista cognitivista) de que para que qualquer aprendiz seja bem sucedido é preciso que saiba utilizar de forma auto-regulada, auto dirigida e ativa estratégias para gerenciar tanto a motivação como o comportamento e a aprendizagem, ou seja, que seja capaz de *aprender a aprender*.

Segundo Travis (1996) e Dembo (2000), no contexto universitário isto constitui uma tarefa bastante complexa já que, neste, as contingências são bastante diferentes daquelas do ensino fundamental ou médio, em que a motivação tem sido mais estudada (Ruiz, 2001).

Jacobs e Newstead (2000) destacam que, atualmente, há duas grandes linhas de pesquisa neste campo. Uma delas é a adotada principalmente por pesquisadores europeus e australianos que estudam a motivação na universidade usando o "Approaches to Studying Inventory" (ASI), desenvolvido na *Lancaster University* por Entwistle e Ramsden (v. Gibbs, 1992) e o "Study Processes Questionnaire", de Biggs. Este último, segundo Jacobs e Newstead, contém três orientações: *superficial, profunda e para a realização*, cada uma das quais é dividida em dois componentes, *estratégia e motivo*. Os autores citados explicam que os estudantes "motivados superficialmente" fazem o mínimo necessário para passar nos testes ou exames. Explicam também que os alunos com uma "motivação profunda" têm um interesse intrínseco no conteúdo de estudo e querem desenvolver sua competência no assunto, enquanto aqueles com "motivação para a realização" visam aumentar seu ego e obter a maior nota possível, independentemente de a informação ser de seu interesse. Sobre os estudos conduzidos por meio do "Approaches to Studying Inventory", os mesmos autores afirmam que eles têm demonstrado: (1) que diferentes cursos encorajam diferentes abordagens; (2) que diferenças nas orientações de aprendizagem

estão presentes antes que os estudantes iniciem seus cursos; (3) algumas evidências de que a motivação muda ao longo do curso e (4) que a abordagem do estudo varia em função do sexo e da idade - em geral, por exemplo, mulheres e estudantes maduros tendem a adotar abordagens mais profundas do estudo. A outra linha de pesquisas sobre a motivação do universitário, segundo Jacobs e Newstead, segue uma tradição norte-americana e tem investigado três componentes da motivação: *expectativa, valor e afeto*.

Pintrich, pesquisador da Universidade de Michigan, há algum tempo vem pesquisando a motivação na universidade por meio do "MSLQ - Motivated Strategies for Learning Questionnaire" (1991), sendo um dos principais representantes desta última linha. Tem um modelo geral bastante amplo e esclarecedor sobre a motivação do estudante e, por essa razão, será aqui utilizado para apresentar pesquisas recentes sobre o tema.

O MODELO DE PINTRICH

Concebido para ilustrar os aspectos que influenciam a motivação do estudante, o modelo de Pintrich (1994) incorpora quatro componentes principais, nos quais se inserem variáveis específicas: (1) o *contexto sociocultural*, (2) os *fatores relacionados ao ambiente de sala de aula*, (3) os *fatores internos ao aluno* e (4) o *comportamento motivado* em si. Apresentado de forma linear, o modelo mostra como a direção se move a partir da influência do primeiro fator para os demais, não obstante todos eles se relacionem entre si.

1. Aspectos Socioculturais

Segundo Pintrich, estes se referem a *atitudes, crenças e comportamentos* que os estudantes trazem para a faculdade, baseados em suas experiências anteriores, o que, entre outras coisas, se relaciona com os fenômenos de *integração/evasão acadêmicas*, os quais vêm

sendo objetos de estudo de muitos pesquisadores, tanto em instituições públicas quanto privadas de ensino superior, no Brasil e no mundo. A esse respeito, vejam-se, por exemplo, os trabalhos de Cote e Levine (1997), Pachane (1999), Polydoro, Primi e outros (1999).

Outro trabalho com ênfase nos aspectos socioculturais que enfocam a integração ao ensino superior, realizado nos EUA, mostrou que estudantes cujos pais não freqüentaram a universidade e estudantes originários de minorias étnicas têm mais dificuldade de adaptação ao curso superior (Ratcliff, 1995).

Os fatores socioculturais também podem influenciar a forma como os universitários abordam as tarefas acadêmicas. Reglin e Adams (1990) mostraram, neste sentido, que, nos EUA, estudantes que descendem de populações asiáticas tendem a despende mais tempo em tarefas escolares do que em não escolares, a fim de atenderem às expectativas de sucesso de seus pais.

2. Fatores relacionados ao ambiente de sala de aula

Segundo o modelo de Pintrich, entre os fatores relacionados à própria sala de aula se incluem, principalmente, os *tipos de tarefas dadas*, o *comportamento do professor* e os *métodos instrucionais* utilizados.

Ratcliff (op. cit.) resume a importância destes fatores, afirmando que uma transição bem sucedida para a universidade se relaciona com a qualidade de vida na sala de aula.

Por outro lado, apesar de sua importância, vários autores, (Belholt, 1997; Bordenave e Pereira, 1998; Masetto, 1998; Berbel, 1999; Veiga, Resende e Fonseca, 2000), destacam que muitas instituições de ensino superior ainda utilizam, preponderantemente, modelos de ensino-aprendizagem convencionais, em especial os métodos mais diretivos, dos quais a aula expositiva é o exemplo maior. Estes, em geral, segundo Svinicki (*apud* Travis, 1996), limitam-se a cobrir o conteúdo, sem nenhuma

preocupação com a ajuda aos estudantes para aprender.

Analisando os métodos instrucionais utilizados particularmente no caso do ensino superior brasileiro, Masetto (op.cit.) explica que a ênfase sempre foi e continua sendo dada no processo de ensino (centrado no professor), mais que no processo de aprendizagem (centrado no aluno). Entretanto, ele defende que os tempos atuais exigem a complementaridade dos dois processos, com predominância do de aprendizagem, para o que faz uma série de sugestões de estratégias a serem usadas pelos professores.

Os efeitos das interações entre o método instrucional utilizado pelo professor (diretivo/não-diretivo), o nível conceitual atingido pelos alunos (alto/baixo) e a motivação para aprender conteúdos acadêmicos foram investigados por Flowers e outros (1999), os quais verificaram que não houve diferença estatística significativa entre os métodos instrucionais sobre o nível conceitual atingido na aprendizagem do conteúdo, mas houve efeitos estatisticamente significativos sobre a motivação, sendo que o método não-diretivo resultou em maior nível de motivação para aprender.

Buscando-se alternativas a métodos de ensino mais tradicionais, outros vêm sendo propostos no sentido de favorecer a aprendizagem do estudante universitário. Travis (1996) cita alguns deles: *aprendizagem cooperativa*, *método de caso*, *teste de feedback* e *videotape*. Sobre estes, ressalta que vários têm uma estrutura formal, uma extensiva base de pesquisas e aplicabilidade a quase todas as disciplinas. Entretanto ressalta, ainda, a necessidade de que o corpo docente das instituições de ensino superior desenvolva sua *expertise* no ensino para poder aplicá-los e desenvolver outros métodos inovadores.

Tendo em vista esta questão, todavia, autores como Berbel (1999) consideram que experiências inovadoras no ensino superior ainda são insuficientes e pouco disseminadas entre os professores das diversas áreas de conhe-

cimento. Em substituição aos métodos mais convencionais, Berbel e outros estudiosos brasileiros têm defendido a “metodologia da problematização” (v. também Bordenave e Pereira, 1998; Gasparin, 1998), e Belhot (1997) propõe uma outra alternativa, baseada no modelo de Stice do “Ciclo de Aprendizado”.

Cove e Goodsell (1996) estão entre os autores que lembram a necessidade de integração entre os aspectos intelectuais, sociais e emocionais da aprendizagem do estudante universitário presentes na sala de aula e ressaltam que isto tem sido evocado desde a última metade do século 20, a fim de gerar a assim chamada *aprendizagem holística*. Nesse sentido, mencionam contribuições substantivas como as do “*American Council of Education*”, de Willianson, Brown, Miller e Prince, Boyer e outras. Os últimos autores também salientam que um crescente corpo de literatura tem reforçado o fato de que os processos mencionados não podem ser dissociados e citam, por exemplo, teorias do desenvolvimento cognitivo que demonstram claramente a importância de se conhecer o papel desempenhado pelo contexto social e pelas relações interpessoais, bem como a importância de se reconhecer que a aprendizagem é facilitada ou prejudicada pelas emoções, sendo que estas, por sua vez, dirigem a aprendizagem e a memória e geralmente estão correlacionadas a um decréscimo de motivação em sala de aula (contribuições de Peterson e Seligman, Boekaerts, Sylvester e Goleman, citadas em Cove e Goodsell, op. cit.).

A necessidade de integração entre os aspectos intelectuais, sociais e emocionais foi confirmada em estudo de Mansão, Buchene e Ruiz (2001), no qual se verificou que estudantes de Psicologia valorizam, de forma aproximadamente semelhante, o desenvolvimento, ao longo do curso, de conhecimentos, habilidades e experiências pessoais.

Os métodos cooperativos de aprendizagem estão, ultimamente, entre aqueles que têm gerado grande número de pesquisas, possivelmente por ser uma característica dos tempos atuais a

necessidade de trabalhar e aprender em equipe. No caso de universitários, seus resultados tendem a se mostrar superiores aos métodos mais convencionais (em termos de aprendizagem e motivação), como apontam, por exemplo, pesquisas de Van Voorhis (1995) e Panitz (1999). Entretanto, outros estudos têm indicado a necessidade de se pesquisar melhor as condições sob as quais os métodos cooperativos são mais efetivos (Doran e Klein, 1996; Renkl, 1997).

Em adição ao que foi antes comentado sobre métodos ou estratégias de ensino-aprendizagem, não se pode esquecer de mencionar as diferenças devidas aos estilos cognitivos (ou estilos de aprendizagem) dos estudantes, conforme o demonstram, por exemplo, Birebaum (1997); Bariani (1999) e Squarizi (1999).

3. Fatores internos ao estudante

Quanto ao terceiro grupo de fatores que influencia a motivação do estudante, o modelo de Pintrich ressalta que os *sentimentos, percepções, necessidades e metas* são importantes na determinação do seu comportamento motivado, tanto quanto do seu desempenho acadêmico.

Com relação a isto, Tebechrani (1999) constatou que os docentes e os próprios universitários centralizam nestes últimos a maior parcela de responsabilidade pela aprendizagem. Isto indica não só a importância de o aluno exercer sua autonomia, mas também de o professor utilizar estratégias eficientes para estimulá-la.

Teorizações e pesquisas recentes têm sugerido, também, que a motivação para aprender se relaciona com as crenças dos estudantes sobre a natureza da inteligência e do conhecimento (Biehler e Snowman, 1997; Martini, 1999). A propósito, Paulsen e Feldman (1999-a e 1999-b) verificaram que aqueles com crenças mais “sofisticadas” a esse respeito (que acreditam, por exemplo, que a inteligência é uma capacidade

que pode ser desenvolvida, em vez de uma “entidade” fixa) tendem a se engajar em estratégias mais variadas de aprendizagem auto-regulada.

Os interesses e a percepção do valor de uma atividade ou tarefa acadêmica são outros fatores internos que influenciam a motivação de estudantes de 3º grau, já que podem afetar o grau de esforço e persistência que a elas dedicam (vide modelo da motivação como “expectativa x valor” descrito por Brophy, 1998).

Stipek (1998) ilustra a importância de tais fatores, afirmando que estudantes que limitam seu envolvimento ou esforço a uma disciplina em particular não são, necessariamente, “preguiçosos” ou “desmotivados”. Ao contrário, podem estar motivados a participar de diferentes atividades atléticas, sociais, familiares ou de relacionamento com colegas. De maneira semelhante, destaca Dembo (2000) que universitários não desenvolvem um interesse pessoal ou valorizam da mesma forma todos os cursos ou disciplinas.

Ainda sobre a questão dos interesses, Robinson (1970) afirma que uma maneira de elucidar o problema da motivação de universitários é examinar as razões pelas quais estes não se interessam pelas atividades acadêmicas. Dentre estas razões aponta: (1) a real preferência por realizar outras atividades, em vez de freqüentar a faculdade; (2) freqüentar a faculdade como um fim em si mesmo e não para aprender; (3) problemas pessoais (de saúde, psicológicos, financeiros, etc.); (4) preguiça; (5) falta de escolha vocacional e (6) valores continuamente imaturos.

Small e outros (1996), após passarem em revista pesquisas anteriores sobre fontes de interesse e “aborrecimento” ou “chateação” em ambientes educacionais e suas relações com as emoções, concluíram que, não obstante o fato de os professores serem vistos como responsáveis por despertar sentimentos de prazer a fim de gerar e sustentar nos alunos o interesse mais imediato pela aprendizagem, são os sentimentos de *competência* e *autodeterminação*

dos próprios estudantes que estão mais fortemente relacionados ao desenvolvimento da motivação contínua para aprender. Outra conclusão importante a que chegaram foi que a instrução que incorpora tanto uma variedade de estratégias de obtenção e manutenção da atenção do aluno, quanto elementos de surpresa e novidade (isto é, reduzem a previsibilidade) é mais efetiva no sentido de gerar interesse e prevenir o “aborrecimento” dos alunos. De outro lado, materiais instrucionais que não “capturem” a atenção do estudante e não sejam relevantes para o conteúdo e as metas instrucionais promovem “chateação”.

A criatividade é outro elemento relacionado à redução da previsibilidade, ao gerar surpresa, novidade, curiosidade e suspense. Avaliar a efetividade do engajamento de universitários em atividades criativas sobre um tópico de aprendizagem, no sentido de encorajar um envolvimento cognitivo ativo com o mesmo, foi o objetivo de outra pesquisa, na qual se verificou que, de fato, tal estratégia leva não só a aumentar a criatividade do aluno, mas também a aumentar sua motivação intrínseca e a retenção do conteúdo a longo prazo (Conti e outros, 1995).

As metas e a forma pela qual para elas se orientam os alunos são outros fatores internos que também têm influência sobre a aprendizagem e o desempenho, sendo que existe vasta literatura associada à chamada “teoria das metas” (v., por exemplo, Ames, 1992 e Blumenfeld, 1992). Neste sentido, estudos têm sugerido que a orientação à meta de realização denominada *domínio* ou *aprender* (*mastery* ou *task-involvement goals*) leva a melhores realizações acadêmicas do que a orientação à meta *performance* (*ego-involvement goals*), o que é fortemente influenciado pelas estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos professores do ensino superior (Archer e Scevak, 1998; Berguim, 1995).

Quanto às metas individuais de universitários, Dembo (2000) afirma que muitos ainda não as definiram e não têm certeza de por que estão na faculdade, enquanto outros que sustentam a família ou que voltam a estudar

depois de algum tempo de ausência parecem tê-las mais claras.

É relevante que se considere sobre isto o fato, cada vez mais freqüente, de estudantes mais maduros recorrerem ao ensino superior, premidos pelos mais diversos tipos de motivações, dentre as quais as relacionadas ao mercado de trabalho, à *educação permanente* e (ou) à chamada “doença do diploma” (v. Dore, *apud* Little, 1992). Por isso (e em especial no caso brasileiro), a faixa etária de que se compõe a população de universitários é cada vez mais ampla, incluindo uma parcela considerável de adultos mais maduros, que trabalham durante o dia e estudam à noite (Moraes, 1998).

Sobre estes estudantes é preciso lembrar, como fazem Mendes, Franco (*in* INEP, 1986) e Castanho (1989) que o aluno de cursos superiores noturnos tem características bastante específicas, que demandam um projeto pedagógico especial, bem como métodos e técnicas diferenciados daqueles que são utilizados durante o dia.

Muitas das características do aprendiz maduro são consideradas por Wlodkowski (1999), reconhecido especialista em motivação e aprendizagem de adultos e um dos muitos autores que destacam as especificidades de que se reveste o comportamento motivado nesta fase de vida.

Este autor assume que a motivação de adultos pode operar em níveis integrados, com múltiplos sentimentos e pensamentos ocorrendo simultaneamente. O primeiro destes níveis é o que integra *sucesso + vontade*. Assim, Wlodkowski explica que para que a motivação seja sustentada, adultos devem poder experimentar a escolha e o desejo de sucesso nas atividades de aprendizagem. Um nível superior da integração motivacional nos adultos, entretanto, para Wlodkowski é *sucesso + vontade + valor*. Neste ponto, sua visão considera que o estudante não necessariamente precisa achar a atividade de aprendizagem prazerosa ou excitante, mas deve realizá-la com seriedade, encontrando significado

e valor e tentando dela extrair benefícios para si. Por fim, o mais alto nível na progressão mencionada pelo autor é *sucesso + vontade + valor + prazer*. É por isto que afirma: “ajudar adultos a aprenderem com sucesso o que valorizam e o que querem aprender, de uma forma agradável, é condição *sine qua non* para motivar a aprendizagem e a instrução” (op. Cit. p.14). Para tanto, Wlodkowski cita um conjunto de 60 estratégias motivacionais que podem ser aplicadas ao ensino-aprendizagem de adultos.

Digilio (1998) ilustra alguns dos pontos já aqui mencionados por outros autores no que se refere à motivação de estudantes adultos, defendendo que não somente apresentam diferentes experiências, motivações e estilos de aprendizagem em relação a estudantes universitários tradicionais, mas também que, para os primeiros, tecnologias de aprendizagem à distância, desde que utilizadas sob condições específicas, proporcionam maior flexibilidade para atingir suas necessidades.

4. Comportamento motivado

O quarto e último dos fatores considerados no modelo de Pintrich caracteriza-se pelos *comportamentos reais observáveis*, os quais podem ser utilizados como indicadores da motivação do universitário.

Sobre eles, conforme já mencionado, a literatura tem apresentado ênfase em estudos que se referem à auto-regulação da aprendizagem, o que está relacionado à metacognição (v. Pfromm Netto, 1987; Boruchovitch, 1993 e 1999; Seminério e outros, 1995 e 1997; Vieira e outros, 1999). O próprio Pintrich explica esta ênfase afirmando que, neste nível de escolarização, estudantes devem ter maior consciência de seu próprio comportamento, motivação e cognição, bem como devem ter crenças motivacionais positivas e praticar estratégias auto-reguladas de aprendizagem. Para tanto, recomenda que o corpo docente das faculdades modele a aprendizagem auto-regulada, utilizando estratégias metacognitivas apropriadas (Pintrich, 1995).

Ilustrando a importância dessas estratégias que são, conforme afirma Brophy (1998 e 2001) as que, de fato, levam o estudante a ter motivação e aprender a aprender, pesquisa realizada com universitários americanos (VanZile e Livingston, 1999) verificou que aqueles com baixas realizações (*low-achievement*) evidenciaram menor uso de estratégias auto-reguladoras (e mais forte relação entre estas e orientações motivacionais positivas), em relação àqueles com altas realizações (*high-achievement*). Assim, os autores recomendam o uso de estratégias auto-reguladoras, a fim de melhorar o desempenho acadêmico dos alunos com baixa realização.

Bembenutty e Karabenick (1998-a) também ilustram a importância da utilização destas estratégias por universitários, em estudo que focalizou o adiamento de gratificação acadêmica. Os dados obtidos suportam a visão atual de que o adiamento de gratificações acadêmicas é uma importante estratégia volicional e auto-reguladora que pode ser utilizada pelos alunos (e estimulada por professores) para obter melhores realizações.

Entretanto, como mostra a literatura, um fator diretamente relacionado à utilização das estratégias antes mencionadas é a ansiedade. Bembenutty e outros (1998-b) examinaram as formas pelas quais a ansiedade e o uso, pelos estudantes, de auto-regulação se relacionam com suas tendências motivacionais, com o uso de estratégias e com o desempenho acadêmico, verificando que, embora se tenham evidenciado relações bem definidas entre ansiedade e auto-regulação sobre a motivação e sobre o uso, pelos estudantes, de estratégias auto-reguladoras, efeitos moderadores da auto-regulação sobre a ansiedade não ficaram patententes.

Uma característica comum em estudantes ansiosos, segundo Dembo (2000), é a tendência para agir de formas impróprias (fazer tarefas pela metade, conversar com colegas enquanto deveriam estar prestando atenção ou fazendo uma atividade, fazê-la depressa para poderem sair rapidamente da sala de aula ou adiarem sua realização). Este último aspecto diz respeito à

procrastinação que, de acordo com Covington (1999), é uma das estratégias de proteção do ego contra a possibilidade de fracasso (teoria da "autoconsideração") e é uma tendência que aumenta com a idade. A propósito do assunto, em dissertação recente, Sweitzer (1999) faz uma revisão da procrastinação acadêmica, focalizando pesquisas que analisam métodos que tanto estudantes universitários quanto seus professores podem utilizar para combatê-la efetivamente.

Como se constata nesta revisão, são muitos os fatores que afetam a motivação na universidade. Sua multiplicidade e a complexidade da inter-relação entre eles, conforme bem evidencia o modelo de Pintrich aqui utilizado para demonstrá-las, impõem a conclusão que, neste campo, as generalizações são, no mínimo, imprudentes.

O ideal seria analisar toda a constelação de fatores motivacionais que, em cada aprendiz, pode concorrer para que aprenda mais e melhor, o que é uma tarefa praticamente inviável, considerando-se as condições de oferta dos cursos superiores (principalmente o número de alunos por sala).

Próximo a este ideal, no entanto encontram-se na literatura recente, como aqui se verificou, indicações claras da necessidade da utilização, pelos professores, de estratégias mais apropriadas para modelar e regular a aprendizagem e a motivação de estudantes universitários, levando-se em conta suas características próprias, enquanto grupo.

Este é um desafio possível de ser alcançado e, para tanto, estudos e pesquisas como os que foram aqui apresentados (e outros que ainda são necessários, principalmente no Brasil, onde a motivação na universidade tem sido pouco estudada) em muito podem contribuir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMES, C. (1992). Classrooms: Goals, structures and student motivation. *Journal of Educational Psychology*, 84, 261-271.

- ARCHER, J. e Scevak, J. J. (1998). Enhancing motivation to learn : achievement goals in university classrooms. *Educational Psychology : An International Journal of Experimental Educational Psychology*. 18(2) : 205-23. (ERIC Database EJ 590404).
- BARIANI, I. C. D. (1999). *Estilos cognitivos de universitários de diferentes áreas de conhecimento*. Resumo de Comunicação Científica apresentado na XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto, Legis Suma, 41.
- BELHOT, R. V. (1997). *Estratégias de ensino e de aprendizagem*. Anais do XXV Congresso Brasileiro de Ensino de Engenharia. Salvador, UFBA, 2011-2021.
- BEMBENUTTY, H.; Mckeachie, W. J. e Karabenick, S.A. (1998-a). *Individual differences in academic delay of gratification*. Paper apresentado na Reunião Anual da "Eastern Psychological Assotiation". Boston. (ERIC Database, ED 422794).
- BEMBENUTTY, H.; Mckeachie, W. J. ; Karabenick, S. A . e Lin, Y. (1998-b). *The relationship between test anxiety and self-regulation on student's motivation and learning*. Paper apresentado na Reunião Anual da "American Psychological Society". Washington DC. (ERIC Database, ED 424244).
- BERBEL, N. A . N. (1999). A metodologia da problematização como alternativa mediadora entre teoria e prática transformadora no ensino superior. *Teoria e Prática da Educação*. 1(2), 13-31.
- BERGIM, D. A. (1995). Effects of a mastery versus competitive motivation situation on learning. *Journal of Experimental Education*. 63(4), 303-314. (ERIC Database EJ517186).
- BIEHLER, R. F. e Snowman, J. (1997). *Psychology applied to teaching*. Boston, Houghton Mifflin Company.
- BIRENBAUN, M. (1997). Assessment preferences and their relationship to learning strategies and orientations. *Higher Education*. 33(1): 71-84. (ERIC Database EJ541309).
- BLUMENFELD. P. (1992). Classroom learning and motivation : Clarifying and expanding goal theory. *Journal of Educational Psychology*, 84, 272-281.
- BORDENAVE, J. D. e Pereira, A.M. (1998). (19ªed.). *Estratégias de ensino-aprendizagem*. Petrópolis, Vozes.
- BORUCHOVITCH, E. (1993). A psicologia cognitiva e a metacognição. Novas perspectivas para o fracasso escolar brasileiro. *Tecnologia Educacional*. 22 (110-111), 22-28.
- BORUCHOVITCH, E. (1999). Estratégias de aprendizagem e desempenho escolar: considerações para a prática educacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 12 (2), 361-376.
- BROPHY J. E. (1998). *Motivating students to learn*. New York, Mc Graw- Hill.
- BROPHY, J. E. (2001). Research on motivation in education: past, present, and future. In T.Urban (Ed.). *Advances in Motivation and Achievement..Vol. 11 : Achievement Contexts*.
- CASTANHO, M. E. (1989). *Universidade à noite: fim ou começo de jornada?* Campinas, Papirus.
- COTE, J. E. e Levine, C. (1997). Student motivations, learning environments, and human aquisition : toward an integrated paradigm of student development. *Journal of College School Development*. 38 (3), 229-43. (ERIC database EJ555103).
- COVE, P. G. e Goodsell (1996). Enhancing student learning : intellectual, social, and emotional integration. *Eric Digest*, ED400741.
- COVINGTON, M. V. (1999). *The will to learn. A guide for motivating young people*. Cambridge, Cambridge University Press.
- DEMBO, M. H. (2000). *Motivation and learning strategies for college success. A self-management approach*. New Jersey, Lawrence Erlbaum.
- DIGILIO, A.H. (1998). Web-based instruction adjusts to the individual needs of adult learners.

- Journal of Instructional Delivery Systems*. 12(4), 26-28. (ERIC Database EJ580118).
- DORAN, M. e Klein, J. D. (1996). The effects of learning structures on student achievement and attitude using a computer simulation. In: *Proceedings of Selected*
- RESEARCH and Development Presentations of 18th National Convention of the Association for Educational Communications and Technology. Indianapolis.
- FLOWERS, C. P.; Hancock, D. R. e Joyner, R.E. (1999). *Enhancing student's motivation to learn by matching conceptual level with instructional type*. Paper apresentado na Reunião Anual da "American Educational Research Association". Montreal. (ERIC Database ED 430988).
- GASPARIN, J. L. (1998). A problematização como desafio metodológico no ensino superior. *Teoria e Prática da Educação*. 1(1), 35-44.
- GIBBS, G. (1992). *Improving the quality of student learning*. Oxford, Oxford Center for Staff Development, Technical and Educational Services.
- INSTITUTO Nacional de Estudos Pedagógicos - INEP. (1986). O ensino superior noturno e a democratização do acesso à universidade. Mesa redonda. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. Brasília, 67(157), 617-47.
- JACOBS, P.A. e Newstead, S. E. (2000). The nature and development of student motivation. *British Journal of Educational Psychology*. 70, 243 – 254.
- KAMMILA, N. (1996). Nurturing self-direction in adult learning. *South African Journal of Higher Education*. 10(2), 86-91. (Eric Database EJ 546136).
- LITTLE, A. (1992). Diploma disease. In *The Encyclopedia of Higher Education*. New York, Pergamon Press. (2) , 885 – 888.
- MANSÃO, C. M.; Buchene, A.C. e Ruiz, V. M. (2001). *A natureza da motivação em estudantes de primeiro ano de Psicologia*. Resumo de Comunicação Científica apresentado na XXXI Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto, Legis Suma, 218.
- MARTINI, M. L. (1999). *Atribuições de causalidade, crenças gerais e orientações motivacionais de crianças brasileiras*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas.
- MASETTO, M. T. (1998). *Reconceptualizando o processo ensino-aprendizagem no ensino superior e suas conseqüências para o ambiente de aula*. Anais do IX Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino. Águas de Lindóia, FEUSP, 316-330.
- MORAES, A.S.F. (1996). Educação permanente: a saída para o trabalhador na era da qualidade total. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. Brasília, 77(185), 33-51.
- PACHANE, G. G. (1999). *A experiência universitária a partir da percepção do aluno*. Resumo de Comunicação Científica apresentado na XXIX Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto, Legis Suma, 41.
- PANITZ, T. (1999). The motivational benefits of cooperative learning. *New Directions for Teaching and Learning*. 78, 59-67. (ERIC Database EJ588119).
- PAULSEN, M.B. e Feldman, K.A. (1999-a). Student motivation and epistemological beliefs. *New Directions for Teaching and Learning*. 78, 17-25. (ERIC Database EJ 588115).
- PAULSEN, M.B. e Feldman, K.A. (1999-b). Epistemological Beliefs and self-regulated learning. *Journal of Staff, Program & Organizational Development*. 16(2), 83-91. (ERIC Database EJ586475).
- PFROMM Netto, S. (1987). *Psicologia da aprendizagem e do ensino*. São Paulo, EPU/EDUSP.
- PFROMM Netto, S. (1998). *Telas que ensinam*. Campinas, Alínea.

- PINTRICH, P. R. e outros (1991). *A manual for the use of Motivated Strategies for Learning Questionnaire*. (ERIC Database ED338122).
- PINTRICH, P. R. (1995). Understanding self-regulated learning. *New directions for teaching and learning*. 63, 3-12. (ERIC Database EJ512123).
- PINTRICH, P. R. (1994). Student motivation in the college classroom. In K. W. Prichard e R. M. Sawyer (Eds.), *Handbook of college teaching: Theory and applications*. Westport, CT:Greenwood, 23-43
- POLYDORO, S.A. J.; Primi, R. e outros. (1999). *Integração do estudante ao ensino superior*. Resumo de Comunicação Científica apresentado na XXIX Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto, Legis Suma, 41.
- RATCLIFF, J. L. (1995). *Realizing the potential : Improving postsecondary teaching, learning and assessment*. The National Report of the National Center on Postsecondary Teaching, Learning and Assessment. University Park, the Center.
- REGLIN. G. L. e Adams, D. R. (1990). Why Asian American high school students have higher grade point averages and SAT scores than other high school students. *The High School*, 143-149.
- ROBINSON, F. P. (1970). *Effective study*. New York, Harper & Row.
- RUIZ, V. M. (2001). *Motivação para estudar e aprender em universitários*. Dissertação de mestrado. Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia.
- SEMINÉRIO, F. L. P. (1995). A metacognição e seus usos: um mecanismo geral de desenvolvimento cognitivo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 43 (3-4), 3-29.
- SEMINÉRIO, F. L. P.; Anselme, C.R.S. e Chanon, M. (1997). Novos rumos na Psicologia e na Pedagogia. Metacognição : uma nova opção. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 49 (3), 5-22.
- SMALL, R. V. e outros. (1996). *Dimensions of interest and boredom in instructional situations*. Paper apresentado na XVIII Convenção Nacional da "Association for Educational Communications and Technology". Indianapolis. (ERIC Database ED 397840).
- SQUARIZI, L. (1999). *Estilos de aprender : adaptação e validação de instrumento*. Dissertação de Mestrado. Campinas, Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- STIPEK, D. J. (1998). *Motivation to learn : From theory to practice*. New York, Viacom.
- SWEITZER, N. G. (1999). *"Fiddle-Dee-Dee, I'll think about it tomorrow": Overcoming academic procrastination in Higher Education*. Tese de Mestrado. Califórnia, Universidade Biola. (ERIC Database ED438763).
- TEBECHRANI, E. A.C. (1999). *A sala de aula no ensino superior*. Resumo apresentado na XXIX Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto, Legis Suma, 42.
- TRAVIS, J. E. (1996). Models for improving college teaching : a faculty resource. *Eric Digest*, ED 403810.
- VAN Voorhis, J. L. (1995). *Implementing cooperative structures to increase motivation and learning in the college classroom*. Paper apresentado na "Lilly Conference on College Teaching". Columbia. (ERIC Digest ED 39380).
- VANZILE-TAMSEN, C. e Livingston, J.A. (1999). The differential impact of motivation on the self-regulated strategy use of high-and low-achieving college students. *Journal of College Student Development*. 40, 54-60. (ERIC Database EJ589121).
- VEIGA, I.P.A.; Resende, M.L.G. e Fonseca, M. (2000). Aula universitária e inovação. In Veiga, I.P.A. e Castanho, M.E.L.M. (org.). *Pedagogia universitária. A aula em foco*. Campinas, Papirus.
- WLODKOWSKI, R. J. (1999). *Enhancing adults motivation to learn*. San Francisco, Jossey Bass.

Recebido para publicação em 02 de julho de 2002 e
aceito em 11 de junho de 2003.

PSICOTERAPIAS DA DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

PSYCHOTHERAPY IN CHILD AND ADOLESCENT DEPRESSION

Saint Clair BAHLS¹
Flávia Rocha Campos BAHLS²

RESUMO

A depressão é uma doença comum, freqüentemente crônica, recorrente e familiar, cujo início ocorre, muitas vezes, na infância e na adolescência. E a depressão em crianças e adolescentes aparenta estar aumentando e iniciando cada vez mais precocemente, constituindo atualmente uma das principais preocupações de saúde pública. Pela razão de constituir doença grave e que normalmente prediz sua continuação ou recorrência na idade adulta, sua abordagem terapêutica é de extrema importância. O atendimento adequado da depressão em crianças e adolescentes é realizado com uma aproximação multidisciplinar, envolvendo basicamente recursos psicossociais. Neste artigo revisaremos a condição atual das abordagens psicoterapêuticas empregadas no tratamento da depressão na infância e na adolescência.

Palavras-chave: *depressão; infância e adolescência; tratamento psicoterápico.*

ABSTRACT

Depression is a common, chronic, recurrent, and often familial illness that frequently first occurs in childhood and adolescence. Child and adolescent depression seems to be occurring more frequently and earlier than before, and it is, nowadays an important public health problem. Because depression in youth is a serious disorder and often predicts subsequent depression in adulthood, treatment for these population is relevant. Therapeutic modes

⁽¹⁾ Médico Psiquiatra - Mestre em Psicologia da Infância e Adolescência e Prof. Departamento de Psicologia da UFPR e da Univ. Tuiuti do PR.

Endereço para correspondência: Saint Clair Bahls - R. Carneiro Lobo 570 conj. 1403 - Fone/fax:41-242-6132 - Curitiba, Paraná - Cep: 80240-240 - E-mail: scbahls@uol.com.br

⁽²⁾ Psicóloga Clínica - Mestre em Psicologia da Infância e Adolescência

that have been shown to be useful for depressed children and adolescents are multi-modal and include psychosocial approaches. This paper will review the present status of psychotherapy treatment of depression in children and adolescents.

Key words: *depression; childhood and adolescence; psychotherapy treatment.*

INTRODUÇÃO

A depressão maior em crianças e adolescentes, embora de reconhecimento recente, vem alcançando níveis epidemiológicos preocupantes, com taxas de prevalência-ano em crianças entre 0,4 a 3,0%, e nos adolescentes de 3,3 a 12,4%, sendo atualmente considerada um problema de saúde pública. Também se observa um aumento crescente da prevalência e um início cada vez mais precoce (Bahls, 2002a). Costuma causar prejuízo e limitações e traz um alto risco de suicídio, especialmente entre os adolescentes, existindo a clara necessidade de abordagens terapêuticas eficazes para seu manejo.

No tratamento da depressão em crianças e adolescentes, além do paciente, deve fazer parte do plano de tratamento a família e o ambiente, especialmente o escolar, incluindo aspectos multidisciplinares e multimodais de abordagem; e apresenta três objetivos principais: remissão dos sintomas, restabelecer o pleno funcionamento e prevenir o reaparecimento do quadro clínico (Emslie & Mayes, 1999; Son & Kirchner, 2000; Bahls, no prelo). As principais abordagens das depressões infanto-juvenis se dividem em psicofarmacológicas e psicossociais; e entre as psicossociais predominam as intervenções psicoterapêuticas.

As psicoterapias são amplamente indicadas na depressão infanto-juvenil, tanto nos casos de intensidade sintomatológica leve a moderada, como associada à psicofarmacologia nos casos mais graves (Son & Kirchner, 2000; Birmaher et al, 1998). As mais utilizadas são a cognitivo-comportamental, a de orientação psicodinâmica e a interpessoal. Algumas em

formato individual, grupal e familiar. Também as orientações psicoeducacionais são, atualmente, bastante empregadas e úteis (Sadler, 1991; Myiazaki & Silvaes, 1997; Schestatsky & Fleck, 1999; Ito & Lotufo Neto, 2000). Entretanto, poucos são os ensaios clínicos controlados existentes.

Neste artigo faremos uma revisão destas formas terapêuticas no tratamento da depressão na infância e na adolescência. Será citada brevemente a terapia cognitivo-comportamental, pois, já foi o assunto de recente publicação de um dos autores (Bahls, no prelo). Foi empregado o sistema *Medline*, no período de 1966 a 2002, com as palavras-chave: psicoterapia, crianças, adolescentes e depressão; e também foi utilizada a busca manual de literatura.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

A terapia cognitivo-comportamental resulta da associação das duas estratégias em seu emprego clínico, baseado na compreensão de que cognições mais saudáveis conduzem a padrões de comportamento mais adaptados e vice-versa (Kazdin & Marciano, 1998; Schestatsky & Fleck, 1999; Bahls, no prelo). É a forma terapêutica mais testada no tratamento da depressão infanto-juvenil, com ensaios clínicos controlados e randomizados (ECR) desde 1980 com o estudo pioneiro de Butler e colaboradores.

Reunimos em revisão sistematizada recente (Bahls, no prelo) quatorze ensaios clínicos controlados e randomizados com TCC em crianças e adolescentes deprimidos. Na

fase aguda do tratamento, a TCC foi superior aos grupos controles e semelhante às outras modalidades terapêuticas comparadas. E nos poucos estudos de seguimento mostrou-se tão eficaz em prevenir o reaparecimento do quadro depressivo quanto as outras terapias usadas como controle.

TERAPIA INTERPESSOAL (TIP)

A terapia interpessoal baseia-se nas contribuições de Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan e John Bowlby, e foi sistematizada por Mirna Weissman e Gerald Klerman e colaboradores. Apóia-se nas observações de que relacionamentos interpessoais saudáveis participam na prevenção da depressão e muitas vezes a ruptura dos mesmos representa uma função importante no desenvolvimento da depressão (Weissman, 1997; Ito & Lotufo Neto, 2000; Curry, 2001). Entretanto a TIP não considera os fatores interpessoais como a causa da depressão, mas entende que seu início, a resposta ao tratamento e o prognóstico são influenciados pelas relações do deprimido com suas pessoas significativas (Rossello & Bernal, 1999; Schestatsky & Fleck, 1999).

É uma forma de terapia que foca sua intervenção em situações de conflitos e problemas atuais do paciente. Procura ajudar os pacientes a entender seus problemas presentes dentro do contexto de suas relações interpessoais, ensinando o monitoramento dos sintomas depressivos, questionamento exploratório, esclarecimento de problemas, habilidades de comunicação e identificação da relação entre afetos e acontecimentos (Weissman, 1997; Kazdin & Marciano, 1998; Brent & Birmaher, 2002).

Tem estrutura breve e focal, estando indicada para pacientes com depressão aguda não psicótica ou bipolar e que não necessitem de internamento. As dificuldades abordadas são divididas em quatro categorias, geralmente chamadas de “áreas-problema”: luto, conflitos

interpessoais, mudanças de papel (transição) e déficits interpessoais. Tem duração preestabelecida de aproximadamente 16 sessões em quatro meses e deve concentrar-se em uma ou duas áreas problemáticas. Possui três fases: a) inicial: com finalidade de fazer a anamnese, explicar a doença e o processo terapêutico, fazer um inventário interpessoal, estabelecer um foco e o plano de tratamento; b) intermediária: consiste no desenvolvimento do processo terapêutico com a investigação das áreas-problema definidas na fase inicial, na abordagem dos problemas interpessoais selecionados e seu monitoramento e c) final: em que se consolidam os avanços conquistados com o desenvolvimento da capacidade de identificar e lidar com novos sintomas depressivos e se discute o final da terapia.

Ainda pode ser utilizada na forma de tratamento de manutenção após o tratamento da fase aguda, com a finalidade de manter a recuperação e reduzir a vulnerabilidade a futuros episódios. Procura reforçar o estado de saúde do contexto psicossocial alcançado pelo paciente, geralmente com uma frequência mensal de atendimento (Moreau et al, 1991; Weissman, 1997; Ito & Lotufo Neto, 2000). Também pode associar-se com a compreensão psicodinâmica, com técnicas cognitivo-comportamentais, com medicamentos e envolver membros da família, quando necessário (Rossello & Bernal, 1999; Schestatsky & Fleck, 1999).

A TIP foi revisada por Moreau et al. em 1991 para ser utilizada em adolescentes abrangendo questões normalmente enfrentadas por eles, tais como: afastamento dos pais, problemas com autoridade, desenvolvimento e manutenção de relações duais, perdas ou morte de parentes e/ou amigos, pressão de grupo de pares e situações difíceis relacionadas com as famílias de pai único. Mufson et al. (1994) demonstraram em um estudo aberto com quatorze adolescentes deprimidas, todas do sexo feminino, que todas não mais preencheram critérios para a patologia ao final de doze semanas de tratamento, melhorando significativamente

também o funcionamento social e global. Em estudo naturalístico com um ano de seguimento, Mufson e Fairbanks (1996), acompanhando 10 adolescentes do estudo anterior, constataram que somente uma apresentou reaparecimento do quadro clínico. Novamente o grupo da Universidade de Columbia (EUA), com Mufson et al. em 1999, acompanhou em estudo clínico controlado e randomizado 48 adolescentes (12 a 18 anos) com diagnóstico de depressão maior, atendidos semanalmente durante doze semanas com TIP ou acompanhamento clínico regular de apoio (grupo controle). Trinta e dois participantes concluíram o estudo e 75% no grupo TIP versus 46% no grupo controle se recuperaram ao final do estudo, com notável melhora na sintomatologia depressiva, no funcionamento geral e na solução de problemas nos participantes da TIP. Concluíram que a TIP é uma forma de terapia em adolescentes deprimidos de boa aceitabilidade, simples e eficaz. O outro estudo clínico randomizado foi realizado em Porto Rico por Rossello e Bernal (1999) comparando TIP, TCC e lista de espera em 71 adolescentes deprimidos (13 a 17 anos), no período de 12 semanas, com resultados de melhora em 82% do grupo TIP e de 59% no grupo TCC, resultados superiores ao grupo controle e sem diferença estatisticamente significativa entre eles. Num período de três meses, não houve diferença entre os dois grupos que receberam tratamento ativo.

Portanto, tem sido sugerida sua eficácia no tratamento agudo de adolescentes deprimidos e aparenta prevenir o reaparecimento do quadro clínico (Weissman, 1997; Birmaher et al, 1998; Curry, 2001; Brent & Birmaher, 2002). Parece promissora, apesar de existir somente dois ensaios clínicos controlados até o momento e ainda não ter sido estudada em crianças deprimidas.

TERAPIAS DE ORIENTAÇÃO PSICODINÂMICA (TOP)

Abrange todas as formas de terapias baseadas nos princípios psicanalíticos. Investiga

as fantasias e desejos reprimidos, estabelecidos no inconsciente, como determinantes dos conflitos intrapsíquicos. E o ego lida com estes conflitos (a disputa entre impulsos sexuais e agressivos com o superego e a realidade) utilizando os chamados mecanismos de defesa (Freud, 1936). Na eventualidade de os recursos egóicos falharem no manejo adequado destes conflitos, ocorrerá o aparecimento de sintomas e quadros clínicos psicopatológicos.

No processo terapêutico, o paciente é orientado a expressar seus pensamentos e sentimentos abertamente e de maneira não dirigida, com a finalidade de reexperimentar traumas precoces na relação analítica. Tem o terapeuta a função de esclarecer, trazendo compreensão consciente aos conflitos, por meio do manejo transferencial. A transferência permite ao analista uma oportunidade inestimável de explorar o passado e o inconsciente do paciente, assim como a contratransferência oferece corretas orientações para a compreensão do processo psicanalítico (Freud, 1912; Moore & Fine, 1968). Desde os estudos de M. Klein, aceita-se que a transferência ocorre na terapia com crianças e adolescentes, mesmo havendo a participação ampla e ativa da figura dos pais na vida dos mesmos (Chethik, 1989).

As TOP podem assumir a forma de atendimento breve e costumam compartilhar as seguintes características: foco centrado em problemas de perdas e separações, seleção de pacientes motivados e ênfase na elaboração da raiva e pesar pela finalização sempre iminente da terapia. Devem manter a atenção clínica no conflito dinâmico primário e promover o desenvolvimento do ego por meio da interpretação (Austin & Inderbitzin, 1983; Schestatsky & Fleck, 1999).

Em crianças de até dois anos de idade, a depressão freqüentemente representa uma disfunção familiar e/ou uma psicopatologia nos pais. Nesta faixa etária, habitualmente a terapia deve ser realizada com o grupo pais-criança, e o terapeuta desempenha um papel mais ativo no processo de tratamento. Nas crianças entre três

a seis anos (pré-escolares), nas quais a linguagem preferencial é o brincar, esta costuma ser a ferramenta psicoterapêutica empregada e os pais também devem ser atendidos e orientados periodicamente (Shaffi & Shaffi, 1992).

Crianças deprimidas na faixa escolar (7 a 12 anos) costumam deslocar para a terapia seus sentimentos patológicos e sintomas de raiva, desesperança e isolamento (Bahls, 2002b), tornando a tarefa terapêutica especialmente árdua. Um recurso usado no início da terapia, em que é habitual a presença de maior resistência pelo paciente e até mesmo atitudes desafiadoras podem ocorrer, são jogos estruturados e não ameaçadores, com a finalidade de facilitar a relação terapeuta-paciente. É importante destacar que neste período as crianças ainda se encontram no estágio pré-operacional da inteligência, que funciona, muitas vezes, de forma concreta e, como o pensamento abstrato usualmente começa a predominar por volta dos doze anos de idade, o terapeuta deve focar seu trabalho no aqui e agora, procurando tornar o paciente mais flexível em relação a sua aderência a mecanismos defensivos patológicos. Visitas ao lar e à escola podem ser bastante úteis, assim como um trabalho de orientação aos pais e mestres. Por exemplo, quando a criança deprimida começa a verbalizar ou apresentar atitudes agressivas, geralmente indicando o começo de sua recuperação, é necessário, neste momento, a compreensão dos pais e professores para o bom desfecho terapêutico (Shaffi & Shaffi, 1992; Gabbard, 2001).

Adolescentes deprimidos costumam ser um desafio para a terapia devido à instabilidade afetiva, ao narcisismo, à descrença nos adultos, ao isolamento, ao conflito dependência *versus* independência e à aguda sensibilidade à opinião e aceitação de seus pares. O terapeuta deve procurar não se superidentificar ou manter um distanciamento excessivo em relação ao adolescente, sendo franco e direto, pois o aparecimento do pensamento abstrato e da intelectualização permite o uso da terapia pela palavra. No entanto, devido a possíveis regressões

próprias do quadro depressivo, algumas vezes o adolescente pode apresentar dificuldades cognitivas e comportamentais, às quais o terapeuta deve estar atento, observando também atitudes não verbais. Tal como as crianças os pais devem ser avaliados e corretamente orientados (Shaffi & Shaffi, 1992). A ideação e o comportamento suicida devem despertar especial consideração e cuidado na terapia de adolescentes deprimidos (Gabbard, 2001; Bahls & Bahls, 2002).

Em estudo aberto inglês, Baruch et al. (1998), com 130 jovens (12 a 24 anos) que buscaram atendimento em um centro comunitário de psicoterapia psicanalítica, observaram como fatores previsíveis que levam ao abandono da terapia: menor idade e maior grau de problemas externos (agressão e delinquência), problemas escolares e um grau moderado a grave de problemas de conduta e hiperatividade. Este estudo incluiu adultos jovens e não incluiu somente quadros depressivos.

As TOP são indicadas nos casos de jovens interessados e preocupados com seus conflitos e questões psicológicas e são úteis na compreensão de sentimentos e impulsos, no aumento da auto-estima, na mudança de padrões mal-adaptativos de comportamento, na interação de maneira mais saudável com as pessoas e para lidar com conflitos passados e atuais (Scivoletto et al, 1994; Birmaher et al, 1998; Gabbard, 2001). Até o momento, desconhecemos a existência de estudos clínicos controlados com as TOP em depressão de crianças e adolescentes não havendo, portanto, nenhuma evidência científica que as sustente. Podem ser adequadas em alguns casos, sendo que a recomendação clínica tem sido pela sua forma breve de intervenção.

PSICOTERAPIAS DE GRUPO

Atribui-se a Slavson, em 1934, o início das terapias de grupo com crianças (Rachman & Raubolt, 1984). Posteriormente, emergiram várias

formas de terapia de grupo para crianças e adolescentes; entretanto, ainda é subutilizada, principalmente na modalidade ambulatorial.

Crianças e adolescentes deprimidos tendem a ter interações prejudicadas, as crianças sendo freqüentemente denominadas de choronas (“manteigas derretidas”) e os adolescentes de problemáticos (“aborrecentes”), o que os leva a diminuir mais ainda a auto-estima e provoca rejeição e críticas, aumentando a sensação de inadequação e piorando o quadro clínico. A terapia de grupo oferece uma oportunidade de explorar a dimensão social da doença e desenvolver atitudes, modos de interação e habilidades mais funcionais e gratificantes, sendo particularmente útil em promover habilidades sociais e fortalecer a auto-imagem (Baxter & Kennedy, 1992; Beeferman & Orvaschel, 1994). O conhecimento de que outros também compartilham problemas semelhantes foi denominado por Yalom (1975) de “senso de universalidade”, e representa um importante recurso dos grupos de tratamento. Traz suporte e reassuramento aos jovens com depressão, muitas vezes, permitindo a exploração segura de seus sentimentos e experiências no ambiente terapêutico. Crianças escolares costumam receber jogos e brincadeiras como as principais ferramentas terapêuticas em seus grupos e, à medida que a idade avança, vai sendo possível o uso de manejos verbais.

Adolescentes deprimidos apresentam uma especial dificuldade em expressar seus sentimentos e experiências interiores e as interações disponíveis no grupo de terapia podem facilitar esta expressão, oferecendo oportunidades de avaliar suas autopercepções com a observação dos seus pares sobre eles. Dentro de um ambiente protegido, favorecido pelo grupo terapêutico, podem desenvolver uma consciência crescente de seu comportamento e do impacto causado nos outros. A psicoterapia de grupo costuma ser útil em adolescentes, pois estes podem aceitar melhor confrontações e intervenções vindas de colegas do que do terapeuta em atendimento individual. Os grupos oferecem maior testagem

da realidade e o terapeuta pode observar diretamente a interação entre o adolescente e seus pares (Baxter & Kennedy, 1992; Scivoletto et al, 1994). Entretanto, é comum o terapeuta deparar-se constantemente com atitudes desafiadoras que necessitam de um manejo firme relacionado aos limites e regras do grupo.

Alguns profissionais têm como rotina encaminhar seus pacientes deprimidos para tratamento grupal só após um período inicial de acompanhamento individual, quando já estejam relativamente aliviados dos sintomas de autodepreciação, hipersensibilidade às opiniões de outros, sentimento de rejeição e dificuldades de socialização.

Baxter e Kennedy (1992) destacam três fases do tratamento grupal para jovens deprimidos: a) fase inicial – o paciente fica mais observando que participando, aprende as normas e expectativas do grupo e procura reconhecer o nível de confiabilidade do grupo; b) fase de compromisso e investimento – inicia quando o jovem começa a sentir-se parte integrante do grupo e identifica-se com os objetivos terapêuticos, estabelecendo a chamada “aliança terapêutica”, em que se desenvolverá a principal tarefa do processo de tratamento; e c) fase de separação e conclusão – ocorre após um período de mudanças consistentes por parte do paciente e baseia-se em favorecer o processo final de consolidação de habilidades conquistadas, permitindo o afastamento de forma saudável do grupo terapêutico.

Jovens depressivos vêm sendo crescentemente atendidos em grupo, tanto de forma primária como paralelamente à terapia individual ou psicofarmacoterapia. Alguns profissionais recomendam formar grupos homogêneos, considerando patologia, gênero e idades semelhantes, porém, não existe consenso neste item das terapias infanto-juvenis de grupo e várias modalidades (orientações teóricas diversas) podem ser utilizadas. Nos estudos clínicos controlados nesta população, com as técnicas cognitivo-comportamentais e interpes-

soais, o principal formato empregado foi o grupal (Bahls, no prelo).

TERAPIA FAMILIAR E PSICOEDUCAÇÃO

A terapia familiar objetiva atender situações clínicas em que ocorrem interações inadequadas entre pais-filhos como questões centrais no desenvolvimento e/ou manutenção da sintomatologia depressiva (Kazdin & Marciano, 1998). Direciona-se, preferentemente, à modificação de padrões mal-adaptados de comportamento e comunicação verbal dentro da família. Pode ser utilizada em associação com outras abordagens, especialmente em situações de conflito familiar importante (Scivoletto et al, 1994). Baseado no já bem estabelecido conhecimento do padrão familiar na depressão, o diagnóstico em criança e adolescente deve necessariamente buscar a identificação de familiares que também possam apresentar a patologia, fazendo a abordagem e o tratamento da família por inteiro (Son & Kirchner, 2000; Curry, 2001). Em seu estudo com jovens depressivos, Hammen et al. (1999) concluíram que o ambiente familiar muitas vezes é altamente disfuncional e Birmaher et al. (2000), em estudo de acompanhamento de dois anos com adolescentes deprimidos, sugerem que a diminuição de conflitos familiares é um componente importante na recuperação e na prevenção de recorrências. O primeiro estudo controlado de tratamento de adolescentes deprimidos que incluiu uma abordagem familiar foi o de Lewinsohn et al. (1990), com TCC, e não encontrou diferença significativa nos resultados entre o grupo pais-adolescentes e o grupo só de adolescentes. Este estudo foi posteriormente replicado por Clarke et al. (1999), quando novamente não ocorreu diferença estatisticamente significativa entre a abordagem somente com adolescentes e a que incluiu os pais. E, no estudo de Brent et al. (1997), os resultados do tratamento na fase aguda foram superiores com TCC quando comparados com terapia familiar sistêmica-comportamental. E entretanto, ao final da avaliação de dois anos de seguimento, os

resultados foram equivalentes. Embora os poucos estudos controlados com abordagem familiar não tenham demonstrado superioridade em relação às abordagens somente dos jovens com depressão, esta é seguramente uma área terapêutica promissora e que deve receber especial atenção nas próximas pesquisas.

A compreensão, por parte do paciente e seus familiares, da patologia, seus sintomas, evolução e tratamento costuma melhorar a adesão ao tratamento e os índices de recuperação. Na abordagem psicoeducacional objetiva-se, portanto, o esclarecimento e a compreensão da patologia, orientando sobre sua dimensão psicobiológica e também melhorando a adesão ao tratamento (Son & Kirchner, 2000). Coordenadores do *Oregon Adolescent Depression Project*, Brent e Birmaher (2002) compreendem a psicoeducação no tratamento de crianças e adolescentes deprimidos como um elemento essencial no arsenal terapêutico. Diminuindo a vergonha, a tendência de acusações e “busca de culpados” e corrigindo idéias equivocadas sobre a origem da doença, oferece a possibilidade de substituir atitudes punitivas por asseguramento e suporte adequados.

Além das informações oferecidas, a psicoeducação pretende transformar os familiares e amigos em colaboradores ativos do tratamento com a compreensão da depressão como uma doença, reconhecendo e identificando o afeto alterado, encaminhando déficits psicossociais e aprendendo a importância da adesão ao tratamento. A família deve ser estimulada a participar na elaboração do plano de tratamento, ajudando a definir áreas e comportamentos-alvo de mudanças. Por meio dessa abordagem, é possível que os pais possam identificar seus próprios sintomas depressivos, pois as pesquisas têm demonstrado que, na época do tratamento da depressão de um adolescente, entre 30% a 50% possuem um dos pais também padecendo de doença depressiva (Birmaher et al, 1998; Emslie & Mayes, 1999).

CONCLUSÕES

Atualmente, é conhecida, a relevância da depressão em crianças e especialmente nos adolescentes. Todavia, a compreensão dos recursos psicoterapêuticos destinados a esta população ainda se encontra em fase incipiente, oferecendo mais indagações do que respostas. Muito poucos são os estudos clínicos controlados, ainda sujeitos a imprecisões e exigindo cautela na interpretação de seus resultados, mas observa-se que este panorama, felizmente, está mudando. Sem dúvida, o emprego de pesquisas controladas e randomizadas não é tarefa simples na área das psicoterapias e nem todas as modalidades conseguem preencher os critérios exigidos para tais estudos. Segundo a *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995), os aspectos a serem preenchidos pelos estudos em psicoterapias são: a) um modelo teórico coerente; b) um manual de tratamento com métodos específicos de procedimento; c) um formato de tempo limitado e d) medidas específicas de avaliação de resultados. E as psicoterapias que desejem integrar modelos científicos de tratamento obrigatoriamente necessitarão adequar-se a estes requisitos.

Algumas limitações observadas nesta revisão se devem ao fato de que a depressão requer tratamento em todas as suas fases evolutivas, e as pesquisas com jovens deprimidos oferecem poucos resultados e, na grande maioria, referentes somente à fase aguda da patologia. Existem raros estudos de avaliação de tratamento nas fases de continuação e manutenção. A maioria das intervenções utilizadas deriva de técnicas empregadas em populações adultas, o que deixa clara a falta de compreensão desenvolvimental que deveria identificar condições próprias de cada etapa do crescimento emocional. Esta perspectiva desenvolvimental pode requerer desenhos de intervenção e pesquisa específicos em diferentes momentos na infância e na adolescência. E ainda existe muito pouco conhecimento advindo das

pesquisas sobre a importância do envolvimento dos pais e da família nos processos terapêuticos.

Também se observa que os critérios de exclusão comumente empregados nas pesquisas acabam por definir amostras não clinicamente significativas, por exemplo, a exclusão de comorbidades que podem ocorrer em até 80% de crianças e adolescentes deprimidos (Bahls, 2002b). Praticamente não existem estudos comparativos de eficácia entre as formas de psicoterapia empregadas no tratamento desta população, e os dados atuais, retirados dos poucos estudos realizados, sugerem uma eficácia equivalente entre elas. Há muito poucos estudos com a população infantil e raros são os pesquisadores que se interessam pelo aspecto preventivo da depressão infanto-juvenil.

Em suma, as evidências atuais suportam o emprego da terapia cognitivo-comportamental (com suas várias modalidades) e da terapia interpessoal na fase aguda da depressão infanto-juvenil. A melhora clínica na população adolescente com estas intervenções apresentou resultados entre 50% a 65% (Bahls, no prelo; Michael & Crowley, 2001). Todo o restante são somente indagações, portanto, são necessárias muito mais pesquisas relativas ao tratamento de crianças e adolescentes deprimidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUSTIN, L. & Inderbitzin, L.B. (1983). Brief psychotherapy in late adolescence: a psychodynamic and developmental approach. *American Journal of Psychotherapy* 37 (2): 202-209.
- BAHLS, S.C. (2002a). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2): 63-67.
- BAHLS, S.C. (2002b). Aspectos clínicos da depressão na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria* 78 (5): 359-366.
- BAHLS, S.C. (no prelo). Uma revisão sobre a terapia cognitivo-comportamental da

- depressão na infância e na adolescência. *Psicologia Argumento*. Curitiba, PR.
- BAHLS, S.C. & Bahls F.R.C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação* 6: 49-57.
- BARUCH, G.; Gerber, A. & Fearon, P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: a preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *British Journal of Medical Psychology* 71 (3): 233-245.
- BAXTER, R.F. & Kennedy, J.F. (1992). Group Therapy of Depression. In: M. Shafii, S. L. Shafii (eds.) *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Press. pp. 177-195.
- BEEFERMAN, D. & Orvaschel, H. (1994). Group psychotherapy for depressed adolescent: a critical review. *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (4): 463-475.
- BIRMAHER, B.; Brent, D.A. & Benson, R.S. (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37: 1234-1238.
- BIRMAHER, B.; Brent, D.A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., Iyengar, S. & Ulloa, R.E. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry* 57 (1) 29-36.
- BRENT, D.A.; Holder, D.; Kolko, D.; Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S. & Johnson, B.A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives General Psychiatry*, 54: 877-885.
- BRENT, D.A. & Birmaher, B. (2002). Adolescent depression. *New England Journal of Medicine* 347 (9): 667-671.
- BUTLER, L.; Mieztis, S.; Friedman, R. & Cole, E. (1980). The effect of two school-based intervention programs on depressive symptoms in preadolescents. *American Educational Research Journal*, 17: 111-119.
- CHETHIK, M. (1989). *Techniques of Child Therapy: Psychodynamic Strategies*. New York. Guilford Press.
- CLARKE, G.N.; Rohde, P.; Lewinsohn, P.M., Hops, H. & Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (3): 272-279.
- CURRY, J.F. (2001). Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression. *Biological Psychiatry* 49 (12): 1091-1100.
- EMSLIE, G.J. & Mayes, T.L. (1999). Depression in children and adolescents. A guide to diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 11 (3): 181-189.
- FREUD, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International University Press.
- FREUD, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, v. 12. London: Hogarth Press.
- GABBARD, G.O. (2001). Psychodynamic Psychotherapies. In G.O. Gabbard (ed.) *Treatments of Psychiatric Disorders* 3th. Ed. v. 2. Washington: American Psychiatric Press. pp. 1227-1245.
- HAMMEN, C.; Rudolph, K.; Weisz, J.; Rao, U. & Burge, D. (1999). The context of depression in clinical-referred youth: neglected areas in treatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (1): 64-71.
- ITO, L.M. & Lotufo Neto, F. (2000). Terapias Cognitivo-Comportamentais, Interpessoal e Construtivista. Em B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr & E. C. Miguel (eds.) *Depressão*

- no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artes Médicas. pp. 82-91.
- KAZDIN, A.E. & Marciano, P.L. (1998). Childhood and adolescent depression. In: E. Mash, R. Barkley (eds.) *Treatment of Childhood Disorders*, 2. ed. New York: The Guilford Press. pp. 211-248.
- LEWINSOHN, P.M.; Clarke, G.N.; Hops, H. & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment of depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 2: 385-401.
- MICHAEL, K.D. & Crowley, S.L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 22 (2): 247-269.
- MIYAZAKI, M.C.O.S. & Silveiras, E.F.M. (1997). Diagnóstico e intervenção clínica comportamental infantil: uma breve revisão. *Estudos de Psicologia*, 14 (1): 15-28.
- MOORE, B.E. & Fine, B.D. (1968). *A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts*, 2nd ed. New York: American Psychoanalytic Association.
- MOREAU, D.; Mufson L.; Weissman, M.M. & Klerman, G.L. (1991). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: Description of modification and preliminary application. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30: 642-651.
- MUFSON, L., Moreau, D., Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Martin, J. & Samoilov, A. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (ITP-A): phase I and II studies. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (5): 695-705.
- MUFSON, L. & Fairbanks, J. (1996). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: a one-year naturalistic follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 1145-1155.
- MUFSON, L.; Weisman, M.M.; Moreau, D. & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry* 56 (6): 573-579.
- RACHMAN, A.W. & Raubolt, R.R. (1984). The pioneers of adolescents group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 34: 387-413.
- ROSSELO, J. & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 67:734-745.
- SADLER, L.S. (1991). Depression in adolescents. Context, manifestations, and clinical management. *Nursing Clinics of North America*, 26: 559-572.
- SCHESTATSKY, S. & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (supl.): 41-47.
- SCIVOLETTO, S.; Nicastrì, S. & Zilberman, M.L. (1994). Transtorno depressivo na adolescência: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, 51 (9): 1211-1228.
- SHAFII, M. & Shafii, S.L. (1992). Dynamic Psychotherapy of Depression. In M. Shafii & S. L. Shafii (eds.) *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Press. pp. 157-175.
- SON, S.E. & Kirchner, J.T. (2000). Depression in children and adolescents. *American Family Physician*, 62: 2297-2308.
- TASK Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 8: 3-24.
- WEISSMAN, M.M. (1997). Interpersonal psychotherapy: current status. *Keio Journal of Medicine*, 46(3): 105-110.
- YALOM, I.D. (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 2nd ed. New York: Basic Books.

Recebido para publicação em 27 de setembro de 2002 e aceito em 12 de junho de 2003.

GEOGRAFIA DO PODER EM GOFFMAN: VIGILÂNCIA E RESISTÊNCIA, DOMINAÇÃO E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO*

GEOGRAPHY OF POWER IN GOFFMAN: SURVEILLANCE AND RESISTANCE, DOMINATION AND PRODUCTION OF SUBJECTIVITY AT THE PSYCHIATRY HOSPITAL

Sílvio José BENELLI¹
Abílio da COSTA-ROSA²

RESUMO

Neste artigo, estamos procurando recuperar alguns estudos de Goffman, lidos a partir das discussões atuais da análise institucional, das contribuições de Michel Foucault relativas à microfísica do poder e das investigações de alguns pesquisadores quanto à produção de subjetividade nas instituições de Saúde Coletiva. Goffman, apesar de não estar munido dos recursos teóricos de tais pesquisadores, já era capaz de explicitar em suas análises muito mais do que provavelmente imaginava articular. Acreditamos que Goffman já produz acuradas cartografias do dispositivo manicomial, descrevendo toda uma geografia do poder na instituição total, atento aos detalhes da rotina cotidiana. Suas investigações da dimensão intra-institucional desses dispositivos continuam atuais e eficazes para a compreensão da produção da subjetividade no contexto institucional. Também encontramos muitas ressonâncias notáveis entre Goffman e Foucault.

Palavras-chave: *análise institucional, instituição total, microfísica do poder, cartografia, produção de subjetividade.*

⁽¹⁾ Este artigo é parte da pesquisa de mestrado: "Pescadores de Homens. A produção da subjetividade no contexto institucional de um Seminário Católico", que está sendo desenvolvida por Sílvio José Benelli, sob orientação do Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, com financiamento da FAPESP.

⁽²⁾ Aluno do Curso de Pós-Graduação, Mestrado em Psicologia - Faculdade de Ciências e Letras, UNESP, Assis, SP. Endereço para correspondência: Av. Tarumã, 577. Centro. Tarumã, SP, CEP 19820-000 Fone: (18) 3329-1234. E-mail: sjbewelli@yahoo.com.br

⁽³⁾ Professor Assistente Doutor junto ao Departamento de Psicologia Clínica e do Curso de Pós-Graduação em Psicologia - Faculdade de Ciências e Letras, UNESP, Assis, SP.

ABSTRACT

In this article, we are looking into some Goffman's studies, lead by currently discussions of institutional analysis, Michel Foucault's contributions upon microphysics of power and some other researchers from the production of subjectivity at the Collective Health. In spite of not having those theoretical resources from the later, Goffman was already able to explain in his analysis further than he could suppose. We believe that Goffman produces accurately mappings of the psychiatry hospital devices, by describing the geography of power into the total institution, and concerned to the details of everyday life. His investigations of the intra-institutional dimension from such mechanisms are still at present and efficient for the comprehension of production of subjectivity at institutional context. Also, we have come across many remarkable echoes between Goffman's and Foucault's works.

Key words: *institutional analysis, total institutional, microphysics of power, mapping, production of subjectivity.*

ANATOMIA POLÍTICA DO DETALHE EM GOFFMAN

Foucault (1999b, p. 120), ao estudar a *disciplina*, indica que uma nova “microfísica do poder” - constituída por “técnicas sempre minuciosas, muitas vezes íntimas, importantes porque definem um certo modo de investimento político e detalhado do corpo” - emergiu no mundo moderno e espalhou-se por todo o corpo social. “A disciplina é uma anatomia política do detalhe”: trata-se de “pequenas astúcias dotadas de um grande poder de difusão, arranjos sutis, de aparência inocente, mas profundamente suspeita, dispositivos que obedecem a economias inconfessáveis, ou que procuram coerções sem grandeza.” Para descrever os mecanismos disciplinares, é preciso demorar-se sobre os detalhes e na atenção às minúcias, buscando detectar sua coerência tática.

Acreditamos que Goffman (1987) tenha como programa justamente proceder a uma observação minuciosa do detalhe, buscando, ao mesmo tempo, um enfoque político dessas pequenas coisas do cotidiano, utilizadas para o controle, dominação e – diremos também – produção de subjetividade no contexto institucional (Costa-Rosa, 2002).

Goffman (1987), em seu artigo “A vida íntima de uma instituição pública”, realiza uma perspicaz análise das práticas sociais que se produzem no contexto institucional de um hospital psiquiátrico, denominado “Hospital Central”. Ao deter-se nos detalhes da organização intra-institucional do dispositivo manicomial, mapeia, cartografa com meticulosidade toda uma “geografia” do poder, detectando com precisão seus diversos deslocamentos: estratégias de dominação, de produção de subjetividade, focos de resistência, táticas de subversão do instituído e movimentos instituintes.

Para além de uma linguagem de certo modo ainda funcionalista - utilizada por Goffman (1987, p. 148), por exemplo, em expressões tais como: “a participação numa entidade social impõe compromisso e adesão”, dando a entender, inicialmente, que indivíduo e instituição são duas coisas distintas - podemos perceber em suas análises, se lidas com atenção, como sujeitos e instituições se produzem mutuamente, numa completa implicação: as práticas institucionais produzem sujeitos como efeito dessas práticas, que por sua vez são tomados como alvos de manutenção delas ou se organizam como focos de resistência à ordem institucional. Podemos aprender com Goffman, como o poder, ao enformar práticas sociais que visam o corpo

do homem, transformam-no num indivíduo e também num *objeto científico*, ao aprisioná-lo em uma certa “natureza” ou “identidade”, fruto das relações poder/saber, caracterizando-o como louco, delinqüente, etc.

A vida no contexto institucional produz “suposições” referentes à natureza, aos *modos de ser e agir* dos seus diversos habitantes: costuma ser normativa e normativizante. Esses atores institucionais podem enfrentar de modo variável essa “definição de si mesmos” que a instituição produz: podem resistir abertamente “e desafiar com desfaçatez os *olhares de redefinição* que as pessoas lhes dirigem” (Goffman, 1987, p. 149); podem recusar veladamente esse assujeitamento; podem, finalmente, reconhecer-se nessa definição institucional do seu ser, “sendo, diante de si mesmos, aquilo que os outros participantes acham que devem ser” (Idem). Podemos destacar aqui a relevância da sutileza efetiva do poder enquanto olhar e visibilidade, que será objeto de discussão em Foucault (1982, 1984, 1999b).

GOFFMAN COMO ANALISTA INSTITUCIONAL

Goffman (1987, p. 149) se posiciona como um analista institucional, armado com os instrumentos sociológicos de que dispõe, para conceituar a instituição:

Uma ‘organização formal instrumental’ pode ser definida como um sistema de atividades intencionalmente coordenadas e destinadas a provocar alguns objetivos explícitos e globais. O produto esperado pode ser: artefatos materiais, serviços, decisões ou informações; pode ser distribuído entre os participantes de maneiras muito diversas. Aqui interessar-me-ei principalmente pelas organizações formais localizadas nos limites de um único edifício ou complexos de edifícios adjacentes, e, por comodidade, a essa unidade fechada darei o nome de estabelecimento social, instituição ou organização.

Podemos observar nessa definição os vários elementos que compõem nosso atual conceito de instituição: as práticas discursivas, plano lógico ou “formal” (“os objetivos explícitos e globais”); plano das práticas não-discursivas (“instrumental”, “sistema de atividades intencionalmente coordenadas”); um “produto” que pode ser material ou imaterial; uma distribuição desse “produto”, que para nós não se distingue da própria produção de subjetividade: por exemplo, consideramos a produção “saúde mental” como produção de subjetividade. O aspecto “fechado” do estabelecimento indica o caráter totalitário das práticas institucionais. Os termos podem não ser os mesmos, mas não é possível lermos aí a instituição enquanto dispositivo produtor de subjetividade?

Goffman (1987, p. 150) chega a notar que “as organizações sociais podem ter muitos objetivos oficiais conflitivos, cada um deles com seus partidários próprios e pode haver alguma dúvida quanto à facção que fala oficialmente em nome da organização”, detectando que o funcionamento institucional expressa os movimentos diversos de um conjunto segmentar e articulado de pulsações e ações instituintes e efeitos instituídos (Costa-Rosa, 2002). Os diversos atores que emergem no contexto institucional são produtos e produtores do mesmo, movidos por pulsações e necessidades as mais diferentes.

As instituições totais, “muradas”, têm como característica o fato de que “parte das obrigações do indivíduo é participar *visivelmente*, nos momentos adequados, da atividade da organização, o que exige uma mobilização da atenção e de esforço muscular, certa submissão do eu à atividade considerada” Goffman (1987, p. 150). Essa é uma técnica clara de produção de sujeitos, por meio de uma coerção pelo poder: “esta imersão obrigatória na atividade da organização tende a ser considerada como símbolo do compromisso e da adesão do indivíduo; além disso, indica a aceitação, pelo indivíduo, das conseqüências da participação para uma definição de sua natureza” (Idem). O

poder que age sobre o corpo, obrigando à docilidade participativa e visível, controlável pela observação, incide na criação de uma “natureza”, de um certo indivíduo tomado como objeto, diríamos.

De acordo com Goffman, as instituições sobrevivem por que são capazes de apresentar contribuições úteis para a atividade de seus participantes, para o que precisa instrumentar os meios adequados com vistas às finalidades buscadas. Já sabemos que elas sobrevivem também por vários outros motivos: produção de mais-valia e de subjetividade capitalística, reproduzindo as relações sociais dominantes (Costa-Rosa, 1987, 1995, 2000, 2002).

Uma organização pode se identificar com a equipe dirigente que a administra e esta pode “reconhecer limites de confiança para a atividade adequada de cada participante” (Goffman, 1987, p. 151): tende a considerar o homem como um ser “notoriamente fraco”, portanto, tem que “aceitar soluções intermediárias”, “mostrar consideração”, “tomar medidas de proteção”.

Podemos observar que estudos tipicamente funcionalistas sobre instituições e seus diversos atores (agentes institucionais e clientela) tendem a um raciocínio particularizante, numa perspectiva sociologizante ou psicologizante, remetendo ao sujeito individual questões que são de ordem coletiva: as relações de poder que constituem a realidade institucional tendem a ser mascaradas, os conflitos e lutas são tomados como distúrbios psíquicos do indivíduo, sendo reduzidos a problemas individuais. Trata-se mesmo de uma psicologização do político e também de uma particularização de fenômenos coletivos, numa “difusão capilar dos mecanismos de controle social na comunidade”. (Rotelli, 1990).

A partir da concepção de uma fraqueza natural do *objeto institucional*, a lógica institucional costuma considerar que o ser humano deve ser tratado a partir de “padrões de bem-estar” superiores ao mínimo exigido para a simples sobrevivência: conforto, saúde e segurança, etc.; supõe que um participante

pode cooperar quando seus objetivos coincidam ou se identifiquem com os da instituição; considera que a participação também pode ser obtida por meio de “incentivos”: “prêmios ou pagamentos indiretos que francamente atraem o indivíduo como alguém cujos interesses finais não se confundem com os da organização” (Goffman, 1987, p. 152); finalmente, supõe que seja possível obter a cooperação do indivíduo por meio das “sanções negativas”: “ameaças, castigos, reduções nos níveis usuais de bem-estar”(Idem), etc. “O medo do castigo pode ser adequado para impedir que o indivíduo realize determinados atos, ou deixe de realizá-los; no entanto, os prêmios positivos parecem necessários para que se consiga um esforço prolongado, contínuo e pessoal.” (Ibidem).

A concepção de que um homem age ou deixa de agir movido por castigos (punições) e/ou por prêmios implica uma suposição teórica de que esse objeto funciona, por exemplo, a partir do princípio do prazer e da evitação da dor. Assim se produz o *saber*, a partir de práticas institucionais.

A partir dessas considerações, Goffman afirma que a instituição, além de

usar a atividade de seus participantes (...), também delinea quais devem ser os padrões oficiais de bem-estar, valores conjuntos, incentivos e castigos. Tais concepções ampliam um simples contrato de participação numa definição da natureza ou do ser social do participante. (...) Portanto, nas disposições sociais de uma organização, se inclui uma concepção completa do participante – e não apenas uma concepção dele como e enquanto participante – mas, além disso, uma concepção dele como ser humano (Goffman, 1987, p. 152-153).

Isso quer dizer que as instituições produzem indivíduos (objetos) e saberes, definem seus participantes num processo de objetificação. Trata-se de sujeitos “dessubjetivados” (Jorge, 1983), reduzidos a objetos materiais e teóricos

manipuláveis por meio de certas técnicas e instrumentos. O que podemos caracterizar como o modo de produção típico das instituições numa sociedade inserida no Modo Capitalista de Produção (MCP): subjetividade serializada, capitalística (Costa-Rosa, 2000).

As instituições lidam com os indivíduos a partir da concepção que criam a respeito de suas identidades: a de serem capazes de colaborar motivados por prêmios ou castigos, independentemente de se identificarem ou não com os objetivos oficiais daquelas. Há até mesmo uma “naturalização” da possibilidade de que os indivíduos considerem corretas e aceitáveis tais suposições, a ponto de torná-las imperceptíveis, invisíveis, mas reais e efetivas. É “*nos pequenos atos de vida*” (Goffman, 1987, p. 153) que podemos observá-las em sua incidência. No nível microfísico, portanto (Foucault, 1999b).

Goffman (1987, p. 157) explicita claramente que as instituições não se limitam a um *discurso* sobre a suposta natureza do seu objeto, mas sua *ação* também se produz especificamente a partir do conceito que têm do participante. O discurso (“ideologia explícita e verbal”) e a prática (“ação”) exprimem uma concepção do objeto sobre o qual atuam. Por outro lado, com relação ao indivíduo, “participar de determinada atividade com o espírito esperado é aceitar que se é um determinado tipo de pessoa que vive num tipo determinado de mundo” Goffman (1987, p. 158). Ou seja, implica um determinado tipo de posicionamento subjetivo, no caso, posição de objeto de uma ação institucional.

Vemos como estratégias de poder (técnicas) mais toscas e brutais (castigos) e outras mais refinadas e sutis (prêmios) são utilizadas a partir de concepções (conceituações, teorias): relações de poder e saber se produzem mutuamente, instantaneamente (Foucault, 1999b). Goffman (1987) nos mostra como saber e poder estão imbricados num único processo que produz subjetividade. Mas Goffman, longe de qualquer ingenuidade desavisada, percebe que onde há poder, há contrapoder, há resistências, coincidindo com Foucault (1982):

Ora, se qualquer estabelecimento social pode ser considerado como um lugar onde sistematicamente surgem suposições a respeito do eu, podemos ir adiante e considerar que é um local onde tais suposições são sistematicamente enfrentadas pelo participante. Adiantar-se nas atividades prescritas, ou delas participar segundo formas não-prescritas, ou por objetivos não-prescritos, é afastar-se do eu oficial e do mundo oficialmente disponível para ele. Prescrever uma atividade é prescrever um mundo; eludir uma prescrição pode ser eludir uma identidade (Goffman, 1987, p. 158).

Assim como toda instituição inclui uma disciplina de atividade, inclui também uma “*disciplina de ser*” (Goffman, p. 159), uma obrigação de ser um determinado habitante de um certo mundo. Produz subjetividade, que pode até ser entendida como uma certa noção de identidade psicológica internalizada (capitalística), mas também como transsubjetividade (singularizada), englobando outros elementos da realidade, remetendo ao coletivo social. Mas o indivíduo, a despeito da imagem que apresenta, pode resistir e produzir uma vida no sentido contrário e/ou diverso das forças institucionais hegemônicas.

OS AJUSTAMENTOS PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS: MOVIMENTOS DE ADAPTAÇÃO E RESISTÊNCIA NA INSTITUIÇÃO TOTAL

O indivíduo que coopera com as atividades institucionais sob as condições exigidas é um *colaborador*: um indivíduo “normal”, “programado”, “interiorizado”. “Em resumo, verifica que, oficialmente, não deve ser não mais e não menos do que aquilo para o que foi preparado, e é obrigado a viver num mundo que, na realidade, lhe é afim. Isso se dá através dos *ajustamentos primários* (Goffman, 1987, 159) do indivíduo à instituição e desta a ele. Nós dizemos adaptação, “sobrecodificação da subjetividade”, normati-

zação, dessubjetivação: processos de mútua produção.

A possibilidade de o sujeito resistir às manobras dessubjetivantes do poder, ou de objetificação, é denominada por Goffman (1987, idem) *ajustamentos secundários*. Eles englobam

qualquer disposição habitual pela qual o participante de uma organização emprega meios ilícitos, ou consegue fins não-autorizados, ou ambas as coisas, de forma a escapar daquilo que a organização supõe que deve ser e obter (...) representam formas pelas quais o indivíduo se isola do papel e do eu que a instituição admite para ele.

Consideramos que os ajustamentos secundários são estratégias de resistência dos indivíduos-alvo das práticas de poder no contexto institucional. São manifestações de forças de contra-hegemonia, podendo ter um caráter propriamente disruptivo e instituinte.

Goffman (1987, p. 165) também não deixa de notar como as instituições são capazes de tolerar, “de adaptar-se a ajustamentos secundários, não apenas através da disciplina cada vez maior, mas também por legitimar seletivamente tais práticas, esperando, dessa forma, reconquistar o controle e a soberania, mesmo com a perda de parte das obrigações dos participantes.” Há movimentos estratégicos de “recuperação” de ações instituintes pelo pólo instituído, que manobra a partir de concessões táticas para manter sua hegemonia (Costa-Rosa, 1987, 2002). Trata-se de uma estratégia típica das instituições sociais em geral: manter o controle sobre os participantes, ao legitimar, como primários, alguns ajustamentos secundários, nem que seja apenas de modo temporário, para depois subtraí-los novamente.

No contexto institucional de um estabelecimento específico, os ajustamentos secundários podem ser considerados como práticas relativas à *vida íntima da instituição*, “correspondendo ao que o *submundo* é para uma cidade” (Goffman, 1987, 167). Lemos aqui a referência à dimensão

intra-institucional no seu plano propriamente microfísico.

Os ajustamentos primários são importantes para manter a coesão institucional, são elementos de manutenção do *status quo*, já que se trata de um conjunto de práticas que o pólo subordinado desenvolve ao se identificar de modo alienado com o pólo dominante. Por outro lado, os ajustamentos secundários podem ser *perturbadores* (implicando a saída da instituição ou sua completa subversão) ou *contidos* (exercitados no contexto institucional, sem pressionar na busca de mudanças radicais).

Os ajustamentos secundários expressam um conjunto próprio de interesses específicos do pólo subordinado (que podem apresentar-se de modo passivo, contido, inclusive inadvertido). Além disso, apontam também para várias práticas alternativas que algumas vezes chegam a aspirar à elaboração de uma hegemonia dos interesses subordinados, em contraposição à dominante então vigente (perturbadores da ordem vigente) (Costa-Rosa, 2000, 2002).

Goffman (1987, p. 168) limita sua análise aos ajustamentos secundários contidos, cuja finalidade é obter vantagens pessoais individuais, não necessariamente conspiratórias ou revolucionárias. Mas essas práticas são bastante semelhantes aos ajustamentos secundários perturbadores: se a microfísica do poder constitui sujeitos e saberes, teorias, técnicas disciplinares e instrumentos de trabalho, a resistência também se verifica no plano microfísico dos *detalhes* (Yasui, 1999, p. 201-202; Nicácio, 1994, p. 132) quase que insignificantes do cotidiano, da intimidade intra-institucional.

CARTOGRAFIAS DA LIBERDADE NA INSTITUIÇÃO TOTAL

Ao cartografar a “geografia da liberdade” (Goffman, 1987, p.191) na instituição total, Goffman nos revela os pontos de resistência, os focos de contrapoder que se produzem no contexto institucional como fenômenos de

contraposição à ordem vigente. É toda uma tecnologia constituída por detalhes do cotidiano que (re)produzem uma subjetividade capitalística. Portanto, conhecer a engenharia institucional que os produz é importante para desmontá-la: do mesmo modo que práticas cotidianas podem reprimir, modelar, coibir, dominar e produzir uma subjetividade alienada na reprodução das relações sociais dominantes, entendemos que serão outras tantas práticas microfísicas instituintes que produzirão implicação subjetiva, autonomização do sujeito e uma subjetividade singularizada (Rotelli, 1990; Costa-Rosa, 2000).

Goffman (1987, p. 172) optou por mapear os ajustamentos secundários especificamente do pólo subordinado, do grupo dos internados de um hospital psiquiátrico. Nisso Goffman também parece intuir que o aspecto mais valioso da produção institucional é aquele que diz respeito às aspirações do pólo subordinado, portadoras de inéditas e criativas relações sociais, diferentes e inclusive contraditórias com relação às relações sociais dominantes (Costa-Rosa, 2000). Os ajustamentos secundários da equipe dirigente e dos profissionais e técnicos empregados no estabelecimento tendem a ser insignificantes e reforçadores do padrão vigente (Goffman, 1987, p. 169-172).

Goffman (1987, p. 173) parte da hipótese de que os hospitais psiquiátricos não funcionam de acordo com a “doutrina psiquiátrica” (nível do projeto, do ideário, de metas de transformação abertas ao devir), pois também constata que *na prática a teoria é outra*. É o que ele denomina “sistema de enfermarias” que se observa organizando o manicômio, numa defasagem evidente entre o projeto oficial e o programa (nível do plano enquanto conjunto de propostas e instrumentos de implementação) efetivamente desenvolvido: “condições muito limitadas de vida são distribuídas como prêmios ou castigos, apresentados mais ou menos na linguagem das instituições penais.” É esse “esquema” (lógica) de “ações” (práticas) e de “palavras” (discursos) que a equipe dirigente utiliza para lidar com o cotidiano do estabelecimento.

Essa distância entre o projeto psiquiátrico e o programa propriamente dito fica mais clara quando localizamos o hospital psiquiátrico no contexto sócio-histórico mais amplo (Foucault, 1999a; Amarante, 1994, 1998, 2000a, 2000b; Castel, 1978): o modelo hospitalocêntrico é pautado pela norma de exclusão do convívio familiar e social, cultivando uma série de procedimentos de controle que abrangem a sexualidade, o espaço de deambulação, o que é possível ou não fazer – inclusive, ser – operando basicamente por subtração. O projeto psiquiátrico pode ser entendido como parte de uma estratégia global de controle e manutenção da atual ordem social dominante (Costa-Rosa, 1987, 1999, 2000).

Já há uma percepção, em Goffman, da semelhança, talvez mesmo da identidade entre uma ordem jurídica normativa e o “ato terapêutico”, relação claramente explicitada por Foucault (1999a) na “sanção normalizadora” e na consideração de que há um “microtribunal penal” em funcionamento nas diversas instituições modernas. Goffman (1987) revela a existência de um “esquema de disciplina” autoritário que estabelece um conjunto relativamente completo de meios e fins que os pacientes podem legitimamente obter (normatização), que tem como efeito tornar ilícitas toda uma série de atividades dos pacientes. É o estatuto normativo que cria o permitido e produz também toda a região das ilegalidades (Goffman, 1987, p. 231; Foucault, 1999b).

No plano microfísico (íntimo) da instituição, há *fontes materiais* (Goffman, 1987, p.173) empregadas nos ajustamentos secundários; *substituições* (Goffman, 1987, p. 173-175), nas quais os internados utilizam artefatos disponíveis de um modo diferente daquele para o qual foram previstos; e *exploração do sistema* (Goffman, 1987, p. 175-188), ampliando a extensão das fontes existentes de satisfação legítima, ou explorando uma rotina completa de atividade oficial para fins particulares. O que podemos afirmar é que se o sujeito é silenciado, ignorado, reduzido a uma “doença” pela lógica médica

(Jorge, 1983) predominante na instituição, essas pequenas e inumeráveis práticas, nas quais ele subverte de alguma forma os diversos “materiais” disponíveis, são o testemunho de que o sujeito resiste, insiste, se insinua, produzindo o máximo de vida possível, apesar das condições ambientais bastante adversas.

Além das fontes, há *locais ou regiões* onde ocorrem os ajustamentos secundários. Goffman (1987, p. 191) mapeia então “a geografia da liberdade”, ou os locais livres no contexto institucional. De um modo amplo, na “geografia institucional”, há o espaço situado fora dos limites do estabelecimento, portanto, inacessível para os internados. Há também o “espaço da vigilância” (nada mais foucaultiano!!), área em que o paciente pode estar, ficando sujeito à autoridade e às restrições usuais do estabelecimento. Finalmente, há um terceiro tipo de espaço: espaço não-regulamentado pela autoridade usual da equipe dirigente.

As práticas visíveis de ajustamentos secundários costumam ser ativamente proibidas no hospital psiquiátrico e nas demais instituições totais. Para realizá-las, é preciso estar “longe dos olhos e dos ouvidos da equipe dirigente” (Goffman, 1987, p. 190); basta estar fora de sua linha de visão.

Mas além dessa evitação da vigilância,

os internados e a equipe dirigente tacitamente cooperavam para permitir o aparecimento de espaços físicos limitados, onde se reduziam marcadamente os níveis usuais de vigilância e restrição – espaços em que o internado podia ter livremente uma certa amplitude de atividades proibidas e, ao mesmo tempo, certo grau de segurança (Goffman, 1987, p. 190).

A equipe dirigente pode saber ou ignorar a existência de tais espaços, “mas deles se afastava ou tacitamente deixava de exercer sua autoridade ao neles entrar”. Comportamento ambíguo e algo enigmático, esse “desconhecimento” tático.

Goffman (1987, p.191) adverte que esses “locais livres” podem ser encontrados em

instituições cuja autoridade está concentrada num grupo completo da equipe dirigente, “e não num conjunto de pirâmides de comando”. Verificamos que a “vigilância hierárquica” (Foucault, 1999b) organizada como um poder escalonado e difuso se contrapõe à existência de tais espaços de liberdade. Isso explica porque em “Vigiar e Punir” (Foucault, 1999b) não há escapatória para o sujeito, inserido numa máquina panóptica sem falhas, sem espaço para a resistência.

Esses “locais livres” do hospital eram utilizados como ambiente para atividades especificamente proibidas, para escapar da vigilância e do controle rígido da equipe dirigente e do “stress” da convivência institucional forçada e obrigatória: “aí, a pessoa podia ser ela mesma” (Goffman, 1987, p. 193). Há “locais livres” que podem ser utilizados por diversos internados, sem sentimento de posse ou de exclusividade por parte deles. Há também os “territórios de grupo” (Goffman, 1987, p. 197), “nos quais um grupo acrescentava ao seu acesso a um local livre, um direito de manter afastados todos os outros pacientes”. Um terceiro tipo de lugar, o “território pessoal”, “espaço onde o indivíduo cria alguns elementos de conforto, controle e direitos tácitos que não compartilha com outros pacientes, a não ser quando os convida” (Goffman, 1987, p. 200).

O “território pessoal” constitui um contínuo que pode estender-se do “ninho” ao “refúgio”, locais “em que o indivíduo se sente tão protegido e satisfeito quanto isso seja possível no ambiente” (Goffman, 1987, idem). O quarto de dormir particular é o tipo básico de território pessoal: “uma vez obtido, um quarto particular poderia ser provido de objetos que dariam conforto, prazer e controle à vida do paciente” (Goffman, 1987, p. 201). Mesmo numa enfermaria coletiva, os pacientes tendem a construir um “território pessoal” e sua formação parece obedecer à “lei do mais forte”, que tende a se impor sobre os demais. “Talvez o espaço mínimo que se transformava em território pessoal fosse dado pelo cobertor de um paciente” (Goffman, 1987, p. 202).

Depois de estudar as *fontes* e os *locais* utilizados nos ajustamentos secundários, Goffman (1987, p. 203) mapeia também os *recursos* disponíveis. As pessoas tendem a guardar bens legitimamente possuídos, que lhes produzem gratificações e bem-estar, com os quais se identificam e, inclusive, produzem sua vida. Elas costumam ter locais especiais onde armazenam e protegem seus bens, mantendo-os longe dos demais. "(...) tais locais podem representar uma extensão do eu e de sua autonomia, tornando-se mais importante na medida em que o indivíduo perde outros 'reservatórios' de seu eu. Se uma pessoa não pode guardar nada para si mesma, e se tudo que usa pode ser também usado por outros, há possibilidade de pouca proteção quanto à contaminação por outros" (Goffman, 1987, p. 204).

De acordo com Goffman (1987, p. 24-27), o ingresso numa instituição total implica um processo de despojamento de bens, emprego, carreira, inclusive de identidade pessoal, caracterizando o que atualmente denominamos "invalidação pessoal através da tutela institucional" (Nicácio, 1994). O indivíduo é despojado de suas roupas e pertences pessoais, dinheiro, documentos, relógio de pulso, etc. "Os cosméticos necessários para que a pessoa se apresente adequadamente diante dos outros eram coletivizados e acessíveis aos pacientes apenas em certos momentos" (Goffman, 1987, p. 205). Se, por um lado, essa técnica de despojamento aumenta a agilidade e eficiência institucional, facilitando manusear um indivíduo reduzido a um corpo, também expropriado pelo saber médico (Jorge, 1983), por outro lado, o sujeito excluído aí insiste e cria invariavelmente "esconderijos" onde possa depositar seus bens, extensões de si mesmo.

Goffman (1987, p. 206-207) descreve a rica e criativa gama de "esconderijos portáteis ou fixos" que os internados criam para guardar e proteger seus bens amealhados no contexto institucional.

"Para conseguir ajustamentos secundários eficientes, é preciso criar um meio não-oficial,

geralmente escondido, para levar e trazer os objetos significativos – é preciso ter um *sistema de transporte*" (Goffman, 1987, p. 208). Num microcosmo onde as condições de vida são extremamente limitadas e padronizadas, bens triviais e correntes da vida civil não estão à disposição dos internados e são muito desejados e valorizados. Sistemas de transporte clandestinos permitem a circulação de "corpos, artefatos ou coisas, mensagens verbais ou escritas" (Idem). O contrabando é uma estratégia de contra-hegemonia, disponibilizando bens e objetos dos quais estão privados os internados. No hospital psiquiátrico, recursos extra-oficiais costumam ser muito tolerados, de acordo com Goffman.

"Sistemas ocultos de comunicação constituem um aspecto universal das instituições totais" (Goffman, 1987, p. 210). Isso se deve também ao "silenciamento" de fato produzido pelo discurso médico (Jorge, 1983).

Alguns pacientes, segundo o autor, mantinham a tática de não receber e não apresentar comunicação de tipo explícito. Seu afastamento silencioso era uma forma de defesa contra auxiliares e outros internos inoportunos. Mas isso acabava sendo interpretado como sinal de doença mental. Para se manter tal forma de afastamento do ambiente, permanecendo no "papel" de surdos, cegos, ou loucos, tinham que desempenhar à risca o personagem, simulando desinteresse pelo que acontecia na enfermaria, sofrer abusos sem responder, privando-se de "muitas das pequenas transações da vida social diária de dar e receber" (Goffman, 1987, p. 211). Mas eles se comunicavam através de um conjunto quase que imperceptível de convenções: exploravam meios disfarçados de comunicação direta. Outros pacientes exploravam os sistemas estabelecidos de comunicação, como os telefones do estabelecimento.

Os sistemas ilícitos de transporte podem começar de modo inocente, mas uma vez construídos, tornam-se capazes de transmitir material altamente proibido ou perigoso para a instituição. Os "transportadores" são recrutados

espontaneamente ou por meio de coação entre quaisquer pacientes que circulem normalmente pelo estabelecimento.

RELAÇÕES SOCIAIS NA INSTITUIÇÃO TOTAL: REPRODUÇÃO DO PADRÃO DOMINANTE E PRODUÇÃO DE LAÇOS SOLIDÁRIOS

Goffman (1987, p. 214) deduz, a partir da criação de ajustamentos secundários, a construção de uma estrutura social subterrânea (nós dizemos: microfísica, plano do invisível, passível de enunciação) na instituição total: a utilização do outro pode potencializá-los. Se as práticas da equipe dirigente tendem a transformar o homem num “objeto-doença” (Amarante, 1998), o grupo dos pacientes reage, procurando criar um outro mundo dentro das condições impostas, apesar de acabarem reproduzindo muito das próprias relações de dominação às quais estão submetidos, com seus pares.

Para utilizar o outro em benefício próprio, os pacientes podem se valer de “coerção particular” (Goffman, 1987, p. 215) expressa por meio de “expropriação aberta, extorsão, técnicas de força, submissão sexual imposta”. Outra forma possível é estabelecer com o outro uma relação de “intercâmbio econômico” (Goffman, 1987, p. 216). No hospital pesquisado, o autor afirma que os pacientes, despojados do seu dinheiro, recebiam uma mesada que podiam gastar na cantina local, mas tinham dificuldade em obter bens e seu gasto era muito limitado. Mas “os pacientes criavam meios para superar tais restrições ao uso de dinheiro” (Goffman, 1987, p. 217-218), por exemplo, tentando conservar seus recursos fora do controle da equipe dirigente.

“No hospital Central, os objetos e serviços ilicitamente comprados pelos pacientes, bem como as fontes de fundos ilicitamente empregadas, eram ilegais em diferentes graus” (Goffman, 1987, p. 218): contrabando e/ou consumo de bebidas alcoólicas era altamente

proibido, a prostituição, a drogadição e a usura vinham em seguida. Havia também muitos serviços “menos proibidos” que se podiam comprar: roupas lavadas e passadas, corte de cabelo, consertos de relógios, sapatos, mensageiro, etc. Alguns pacientes se tornavam vendedores exclusivos, por exemplo, de fósforos, objeto formalmente ilegal, mas cuja posse era ignorada, sendo utilizado principalmente para acender cigarros.

Lavar e encerrar carros dos funcionários do hospital era a principal fonte de renda dos pacientes, além do que era autorizada como “mesada” ou trazida por parentes visitantes. Essa atividade tornou-se uma prerrogativa legítima por parte dos pacientes, que procuravam conciliá-la com o trabalho que tinham que fazer no hospital, criando inclusive uma certa divisão de trabalho (Goffman, 1987, p. 219).

Outras formas de obter dinheiro eram: engraxar sapatos, revender produtos e materiais ganhados: presentes, cigarros, roupas, além dos jogos de azar. No hospital pesquisado por Goffman (1987, p. 222), o cigarro era o principal substituto para o dinheiro.

A posse do dinheiro significava para os pacientes a possibilidade de “pretender obter bens fora do hospital – podiam falar numa linguagem que seria compreendida fora dali, embora oficialmente não tivessem licença para falar” (Goffman, 1987, p. 219). Atualmente falamos em recuperar a contratualidade social e econômica dos pacientes (Rotelli, 1990; Nicácio, 1994; Yasui, 1999; Costa-Rosa, 2000).

A venda e inclusive a barganha, os elementos de organização social paralela, além da troca econômica, visavam claramente ao intercâmbio social, em que predominam as trocas afetivas. Trata-se do desenvolvimento de “elos de solidariedade” (Goffman, 1987, p. 226ss) entre grupos de internados, que podem fazer parte dos ajustamentos primários, mas também podem ser elementos característicos do submundo institucional. Relações pessoais de companheirismo, de interação não-sexual,

relações de namoro heterossexual, formação de “panelinhas” foram detectadas por Goffman. “Bens rituais” eram obtidos por meio de ajustamentos secundários para trocas simbólicas e afetivas entre os pacientes (Goffman, 1987, p. 228). O cigarro era também um elemento importante desses bens rituais.

A internação numa instituição totalitária torna a informação um bem decisivo para a sobrevivência psicológica do indivíduo, por isso condições restritivas de vida tendem a criar bens para intercâmbio econômico e social. A solidariedade também se produz na transmissão de instruções dos veteranos para os novatos, o que leva a equipe dirigente a desejar manter esses grupos separados. Procura-se evitar que os ingressantes não aprendam os “truques, manhas e vícios” dos mais experientes.

Um outro tipo de relações sociais extra-oficiais importante é denominado por Goffman (1987, p. 233ss) “relações de proteção”. O paciente internado no hospital estava localizado numa grade constituída basicamente por dois elementos: a sua enfermaria e o “sistema de trabalho”. Este inclui trabalhos de manutenção do próprio estabelecimento: faxina, serviços gerais e vários tipos de terapia.

“A teoria do hospital era que, desde que o estabelecimento atendia a todas as necessidades dos pacientes, não havia razão para que fossem pagos pelo trabalho que faziam” (Goffman, 1987, p. 233). A disposição de trabalhar gratuitamente para o hospital era considerada sinal de convalescença e o próprio trabalho era considerado terapêutico. “A regra tradicional no hospital era que a liberdade para andar pelos pátios era dada apenas aos que, com seu trabalho, pagavam por ela” (Idem). Observamos como o hospital mimetiza a realidade social mais ampla na qual está inserido. Mas os pacientes, espertamente, obtinham liberdade de circulação pelo estabelecimento por meio de um trabalho meramente simbólico!

Os membros da equipe dirigente e os diversos técnicos que trabalhavam com os

pacientes desenvolviam relações de proteção com estes. A direção do hospital reforçava o sistema de proteção por intermédio da distribuição gratuita de cigarros aos funcionários, que os utilizavam como prêmios para seus grupos de pacientes. As festas institucionais ocupam um lugar importante nesse sistema (Goffman, 1987, p. 234ss).

Além do controle formal e informal que a equipe dirigente mantém sobre o grupo dos internados, Goffman (1987, p. 242-243) verifica os movimentos de contracontrole destes últimos: provocar “acidentes” para uma pessoa da equipe da administração, a rejeição maciça de um certo tipo de alimento, diminuir o ritmo de trabalho ou de produção, sabotagem de sistemas de água, luz e comunicação, “gozação coletiva”. O espectro se estende destas (re)ações inofensivas até greves ou rebeliões, quando a administração ameaça globalmente o sistema clandestino em operação no estabelecimento. Percebemos que o grupo dos internados não é apenas um objeto passivo que pode ser manuseado interminavelmente ao bel-prazer da equipe dirigente. Se muitos pacientes são de fato impotentes para esboçar alguma reação, “pequenos grupos de líderes informais” são capazes de organizar astutos ajustamentos secundários.

CRIAÇÃO DE “MUNDOS” ALTERNATIVOS NO CONTEXTO INSTITUCIONAL TOTALITÁRIO: MOVIMENTOS DE LIBERDADE

Em suas conclusões, Goffman (1987, p. 246) afirma que:

Sempre que estudamos um estabelecimento social, verificamos uma discrepância com esse primeiro tema: verificamos que os participantes se recusam, de alguma forma, a aceitar a interpretação oficial do que devem dar e retirar da organização, e, além disso, quanto ao tipo de eu e de que mundo que devem aceitar para si mesmos. Onde se espera entusiasmo, haverá apatia;

onde se espera afeição, há indiferença; onde se espera frequência, há faltas; onde se espera robustez, há algum tipo de doença; onde as tarefas devem ser realizadas, há diferentes formas de inatividade. Encontramos inúmeras histórias comuns, cada uma das quais é, a seu modo, um movimento de liberdade. Sempre que se impõem mundos, se criam submundos.

Essa constatação se torna precisa ao considerarmos uma instituição “como formação material constituída por um conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso de tipo ideológico (lacunar). Aquilo que o discurso procura articular não são os saberes às práticas, mas sim, saberes contraditórios e práticas contraditórias entre si” (Costa-Rosa, 2000). Assim como a sociedade pode ser entendida como uma articulação de interesses divergentes, esta tende a ser a forma como se configura também cada instituição em particular. As lacunas do discurso indicam justamente as tensões oriundas da demanda social que a instituição procura metabolizar.

Quanto mais absoluta a privação, mais os bens, pequenos e ilícitos, se tornam “recursos simbólicos” de resistência contra o sistema totalitário, “refúgios para o eu”, segundo Goffman (1987, p.248).

Além disso, os pacientes costumam descobrir que é possível fugir de um lugar, mesmo sem sair dele: utilizam como técnicas de resistência diversas estratégias: “atividades de evasão” (Goffman, 1987, p. 248-251), nas quais se desconectam temporariamente de si e do ambiente (diversões e passatempos em geral, cursos de línguas, de artes, esportes, bailes e festas institucionais, namoro, atividades de representação teatral, práticas religiosas, jogos de quebra-cabeças, livros de aventuras, baralhos, adaptação exagerada ao trabalho, etc.). “Os meios individuais de criação de um mundo eram notáveis” (Goffman, 1987, p. 251).

A psicoterapia individual, “privilégio raro em hospitais públicos”, também acaba sendo

uma forma de evasão (!), pois “o contato com o psiquiatra da equipe dirigente é tão singular”, que a própria sessão é um espaço que presumivelmente permite ao paciente distanciar-se da realidade do hospital. Paradoxalmente, “ao realmente receber aquilo que a instituição diz oferecer, o doente pode conseguir afastar-se daquilo que o hospital realmente dá” (!) (Goffman, 1987, p. 252).

Goffman sugere que os ajustamentos secundários são superdeterminados, utilizados para combater e derrotar o mundo hospitalar: “tais práticas dão às pessoas mais do que aquilo que aparentar dar; independentemente do que dêem, tais práticas parecem demonstrar – pelo menos para o praticante – que ele tem individualidade e autonomia pessoal que escapam às garras da instituição” (Goffman, 1987, p. 254). São claramente estratégias que visam manipular poder ou resistir a ele.

A PRODUÇÃO DA SUBJETIVIDADE NO CONTEXTO INSTITUCIONAL

Consideramos a sociedade como um tecido formado por uma rede de instituições sociais: a “saúde pública” é uma delas. Os supostos conflitos entre sujeito e sociedade, indivíduo e grupo, sujeito e instituição, psique e ambiente são falsas dicotomias. Trata-se de falsos problemas: só há real social, coletivo, e o indivíduo é apenas um terminal de produção social. Os sujeitos são produzidos socialmente, no bojo de processos e práticas concretas, de práticas discursivas, na intersecção entre poderes e saberes.

A subjetividade (modos de ser, sentir, pensar e agir constitutivos do sujeito em determinado momento histórico) é tecida, no contexto institucional, pela rede de micropoderes que sustenta o fazer cotidiano (institucional), operando efeitos de reconhecimento/desconhecimento dessa ação concreta.

Instituição não é uma instalação material na qual se encarnam entidades poderosas. Uma

instituição é uma prática social que se repete e se legitima enquanto se repete. As instituições implementadas em organizações e estabelecimentos não apenas realizam – quando realizam – os objetivos oficiais para os quais foram criadas, mas também produzem determinada subjetividade em seus vários atores, sujeitos são fundados no interior das práticas, sujeitos ao mesmo tempo constituídos no e constituintes do cotidiano institucional. O pensamento costuma reificar objetos e sujeitos que só existem enquanto se produzem e são produzidos dentro de determinadas práticas institucionais.

A produção de subjetividade remete fundamentalmente ao plano micropolítico, microfísico das relações instituintes e instituídas da formação no contexto institucional. Nesta perspectiva, as relações pedagógicas, terapêuticas, educativas entre a equipe dirigente e pacientes não se configuram como relações estáticas entre pólos constituídos, mas apresentam-se em permanente constituição e ordenação – plenas de vicissitudes – em constante transformação dos lugares e posições no interior das relações, numa pulverização dos lugares instituídos e instituintes.

Desse modo, não podemos conceber práticas e/ou sujeitos autônomos, pois toda prática é efetivada por relações nas quais se configuram sujeitos. Essa é a principal condição para que as instituições existam concretamente. A solidez institucional residiria nos vínculos entre os sujeitos que as fazem cotidianamente, vínculos invisíveis, microfísicos, que se plasman em relações instituintes e instituídas no contexto institucional, podendo ser mapeadas a partir das forças e dos poderes moleculares que as permeiam.

O hospital psiquiátrico parece ter seu núcleo subjetivante centrado numa formação disciplinar, ao mesmo tempo moral e psicológica. A ação institucional, entre reconhecimentos e desconhecimentos incide normativamente sobre as condutas. A subjetividade produzida neste contexto seria caracterizada por traços essencialmente normatizados/normatizadores,

numa relação em que dirigentes e pacientes se instituem mutuamente por meio de um jogo de forças (ativas e reativas) que visam à normatização da conduta do outro.

CONCLUSÃO

Goffman (1987) estudou detalhadamente a estrutura, a natureza e a dinâmica psicossocial das “instituições totais”, e sua análise mostra-se um instrumento valioso para estudar a produção da subjetividade no contexto institucional. Quando situamos as sofisticadas e minuciosas análises de Goffman num campo mais geral da evolução da análise das instituições, campo de referências históricas que encontramos, por exemplo, na obra de Michel Foucault, então elas ganham um sentido mais pleno e o que parecia apenas implícito pode se articular claramente.

Foucault é conhecido por não citar suas fontes e, inclusive, chegou a comentar a importância do estudo das instituições asilares realizado por Goffman (Foucault, 1984, p. 110-111). Pensamos que há mais semelhanças entre “Manicômios, prisões e conventos” (publicado originalmente em 1961) e “Vigiar e Punir” (publicado originalmente em 1975) do que se poderia suspeitar à primeira vista. Isso não parece evidente, mas uma leitura atenta de ambos pode indicar pontos de contato, temas, problemas e achados comuns nos dois autores, como tentamos demonstrar. Com isso, não negamos suas diferenças e distâncias, nem as especificidades de cada obra em si mesma. Mas as ressonâncias de um livro no outro nos pareceram bastante notáveis.

Talvez pudéssemos afirmar que há mais vida no “Panopticon” do que Bentham (Foucault, 1984, 1999b, 1999c) poderia – ou gostaria de – acreditar. O projeto de controle e visibilidade total de Bentham falha, pois focos de resistência tendem a se apoderar de todo e qualquer espaço vulnerável do dispositivo institucional. “Esses são os recantos úmidos

onde nascem os ajustamentos secundários e de onde começam a infestar o estabelecimento” (Goffman, 1987, p. 247).

Uma leitura “foucaultiana” de Goffman (1987) revela um “genealogista”, pois nos permite verificar como as relações de poder/saber produzem práticas não-, discursivas e subjetividade na instituição total. Com Goffman, aprendemos que o manicômio possui estrutura física e simbólica, em que poderes e saberes se produzem, gerando modelos profissionais e um clima cultural específico. Desmontá-lo implica a invenção de novas instituições, partindo da ruptura epistemológica produzida pela instituição negada: a desinstitucionalização exige a elaboração de um novo paradigma (Nicácio, 1994; Costa-Rosa, 2000).

Novas instituições exigem, para sua criação, um exercício cotidiano de elaboração contínua de um projeto a partir da *reflexão permanente sobre as práticas*, num esforço de transformar a lógica e ação asilares. Nesse trabalho, Goffman (1987) tem uma grande contribuição a nos oferecer.

A “experiência italiana” na área da Saúde Coletiva propõe a superação do tratamento baseado na internação psiquiátrica. Sua proposta é um projeto de desmonte, peça a peça, da máquina kafkiana que Goffman (1987) nos revelou. Rotelli, apontando para a questão central, afirma que o objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes:

Inicialmente, isto é, no trabalho de desconstrução do manicômio, esta transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; reestabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os

sentimentos; reconstituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (Rotelli, 1990, p. 32).

O sujeito (singularidade desejante) está excluído e/ou silenciado pelo dispositivo institucional totalitário (e asilar), que se pauta pelo discurso médico (Jorge, 1983). Sua emergência costuma ser apreendida no registro do desvio, do patológico, da subversão da ordem instituída. Seu advento é invariavelmente interpretado como um obstáculo que emperra o funcionamento adequado e efetivo do processo institucional. Ora, por mais que se negue, descarte o sujeito, ele persiste teimosamente em aparecer e tumultuar o ambiente, resiste ao próprio alijamento da cena institucional: manifesta-se nas disfunções e falhas que acometem as práticas microfísicas no contexto do estabelecimento. Ou como diz Goffman (1987, p. 259), nas “fendas”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. (Org.) (1994) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. RJ: Fiocruz.
- _____, (Org.) (1998) *Loucos pela vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. RJ: Panorama/ENSP.
- _____, (2000a) *O homem e a serpente - outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 1ª reimpressão. RJ: Fiocruz.
- _____, (Org.) (2000b) *A loucura da história*. RJ: LAPS/ENSP/FIOCRUZ.
- CASTEL, R. (1978) *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. RJ: Graal.
- COSTA-ROSA, A. (1987) *Saúde mental comunitária: análise dialética de um movimento alternativo*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. USP. SP.

- _____, (1995) *Práticas de cura nas religiões e tratamento psíquico em Saúde Coletiva*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. USP. SP.
- _____, (1999) Modo Psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos na Saúde Coletiva. *Revista Vertentes*, n.º. 5, p. 11- 22.
- _____, (2000) O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.) *Ensaio de Loucura & Civilização*. RJ: Fiocruz, vol. 1, p. 141-168.
- _____, (2002) *A Instituição de Saúde Mental como dispositivo de produção de subjetividade*. UNESP, Assis, SP. (mimeo).
- FOUCAULT, M. (1982) *A Vontade de Saber (História da Sexualidade I)* 4ª ed., (Albuquerque, M. T. C., Trad.) Rio de Janeiro: Graal.
- _____, (1984) *A verdade e as formas jurídicas*, "Cadernos da PUC/RJ", série Letras e Artes, 6/74, n.º 16.
- _____, (1999a) *História da Loucura na Idade Clássica*. 6ª edição. São Paulo: Perspectiva. (Original publicado em 1972).
- _____, (1999b) *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. (Ramallete, R., Trad.) 21ª ed. Petrópolis: Vozes. 288 p. (Original publicado em 1975).
- _____, (1999c) *Microfísica do poder*. (Machado, R. Org. e Trad.) 14ª ed. Rio de Janeiro: Graal.
- GOFFMAN, E. (1987) *Manicômios, prisões e conventos*. SP: Perspectiva.
- JORGE, M. A. C. (1983) Discurso médico e discurso psicanalítico. In: CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. (Noujaim, J.G. et al.; Trad.) SP: Brasiliense.
- NICÁCIO, F. (1994) *O processo de transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado, PUC - SP.
- ROTELLI, F. et al. (1990) *Desinstitucionalização*. SP: Hucitec.
- YASUI, S. (1999) *A construção da reforma psiquiátrica e seu contexto histórico*. Dissertação de Mestrado. UNESP - Assis, SP.
- Recebido para publicação em 2 de outubro de 2002 e aceito em 11 de março de 2003.**

REPRESENTAÇÃO MENTAL DAS RELAÇÕES DE APEGO DE UM INDIVÍDUO DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR*

MENTAL REPRESENTATION OF ATTACHMENT RELATIONSHIPS IN AN INDIVIDUAL DIAGNOSED WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Celina Monteiro AZEVEDO¹
Lília Nazaré de Souza NASCIMENTO²
Marco Aurélio Valle de MORAES³
Airle Miranda de SOUZA⁴

RESUMO

Este trabalho objetivou avaliar a representação mental das relações de apego de um indivíduo diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior. Estudos anteriores sugerem ligação entre relações de apego estabelecidas no grupo familiar e modelos patológicos de funcionamento. Realizou-se um estudo de caso com um paciente do sexo feminino que apresentava o referido transtorno, atendida no Ambulatório de Ansiedade e Depressão do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza. Foram realizadas oito (08) entrevistas domiciliares. Utilizaram-se os seguintes instrumentos: a) Roteiro de Entrevista; b) Desenho da Família; c) Escala de Frequência de Sinais Específicos; e d) Escala Global. Os resultados sugeriram o estabelecimento de relações de apego ansioso e evitante, revelando uma patologia global muito alta. Portanto, destacamos a importância de um ambiente familiar que ofereça atenção e cuidados a seus membros, propiciando segurança e favorecendo saúde biopsicossocial.

Palavras-chave: *Representação Mental, Relações de Apego, Família e Depressão.*

^(*) Trabalho financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq.

⁽¹⁾ Bolsista PIBIC/CNPq, estagiária do Projeto de Pesquisa "Instituição, Família e Saúde Mental", graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará/UFPA.

⁽²⁾ Bolsista PIBIC/CNPq, estagiária do Projeto de Pesquisa "Instituição, Família e Saúde Mental", graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará/UFPA.

⁽³⁾ Médico Psiquiatra, Prof. adjunto do Departamento de Psicologia Clínica da UFPA.

⁽⁴⁾ Doutora em Saúde Mental-UNICAMP, Profa. adjunto do Departamento de Psicologia Social e Escolar da UFPA, Coordenadora do Projeto de Pesquisa "Instituição, Família e Saúde Mental".

Endereço para correspondência: Profa. Dra. Airle Miranda de Souza: Passagem Severa Romana, Nº 14, CEP: 66.120-370, Belém/ Pará, fone: (091) 244-9191. e-mail: ams@amazon.com.br

ABSTRACT

The objective of this work was to evaluate the mental representation of attachment relationships in an individual diagnosed with Major Depressive Disorder. Previous studies suggested a connection between the attachment relationships established in the familial group and pathological functioning models. A case study was performed with a female patient presenting the disorder, who was attended at Ambulatório de Ansiedade e Depressão of Hospital Universitário Betina Ferro de Souza. Eight domiciliary interviews were carried out. The following instruments were used: a) Interview Script; b) Drawing of the Family; c) Family Drawing Checklist of Signs; e d) Family Drawing Global Rating Scales. The results suggested the establishment of anxious and hesitating attachment relationships, revealing a very high global pathology. We stress, therefore, the importance of a familial environment which would offer attention and care to its members, providing safety and favoring biopsychosocial health.

Key words: *Mental Representation, Attachment Relationships, Family, Depression.*

INTRODUÇÃO

O comportamento de apego é compreendido como qualquer forma de comportamento que permita a uma pessoa alcançar e manter proximidade com outro indivíduo claramente identificado, o qual é considerado mais apto a lidar com o mundo. A principal variável, no desenvolvimento da personalidade de cada indivíduo, é o caminho ao longo do qual seu comportamento de apego se organizou, e esse é influenciado pela maneira que suas figuras parentais (ou substitutos) o trataram, não só durante o início de sua vida, mas durante a infância e a adolescência. A maneira como uma pessoa interpreta o mundo a sua volta e como espera que as pessoas a quem deveria se apegar se comportem são derivativos dos modelos representacionais de seus pais, formados durante a infância (Bowlby, 1989).

Bowlby (1989) descreveu três modelos principais de apego e as condições familiares que os promoviam: 1) **Apego Seguro**: o indivíduo está confiante de que seus pais (ou substitutos) estarão disponíveis, oferecendo ajuda. A partir dessa base segura, sente-se corajoso para explorar o mundo; 2) **Apego Resistente e**

Ansioso: o indivíduo se mostra incerto quanto à disponibilidade de seus pais (ou substitutos) para oferecer ajuda, caso necessite. Por causa dessa incerteza, tende a ficar ansioso para explorar o mundo; 3) **Apego Ansioso com Evitação**: o indivíduo não tem nenhuma confiança de que receberá ajuda, ao contrário, espera ser rejeitado. Desse modo, procura viver sua vida sem amor e sem a ajuda de outros.

Cecconello & Koller (1999) destacam que as experiências de apego desenvolvidas entre crianças e seus pais (ou substitutos) funcionam como um modelo para os próximos relacionamentos. Este processo é denominado, por Bowlby (1989), **modelo interno de funcionamento**, no qual a criança constrói uma imagem de si mesma e de seus pais, que governará o que ela sente em relação a ambos. O modelo interno de funcionamento, desenvolvido durante a primeira infância, evolui, passando a fazer parte da sua personalidade, transformando-se em uma **representação mental da relação de apego**, que tende a persistir durante toda a vida.

Cecconello *et al.* (2000) destacam que a representação mental de uma relação de apego segura proporciona o desenvolvimento de características pessoais importantes, tais como

a empatia, auto-estima e competência pessoal. Dessa forma, as primeiras relações entre a criança e seus cuidadores constituem-se fontes potenciais de proteção, as quais podem minimizar os efeitos das adversidades e favorecer a resistência.

Bowlby (1989) ressalta que o comportamento de apego é claramente observado na primeira infância; contudo, ele pode ser observado durante todo o ciclo de vida, especialmente em situações de emergência, como no caso do indivíduo que apresenta depressão.

O Transtorno Depressivo Maior, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1995), é caracterizado por um período mínimo de duas semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo experimenta outros sintomas, tais como: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora, diminuição de energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio.

O presente trabalho visou identificar, descrever e avaliar a representação mental da relação de apego, utilizando a técnica projetiva gráfica do desenho da família. Anzieu (1978) destaca que as técnicas projetivas tornaram-se valiosos instrumentos em psicologia, por terem aplicação prática, possibilitando o conhecimento da dinâmica do sujeito, seus recursos e fragilidades.

A utilização da Técnica Projetiva Gráfica do Desenho da Família é indicada para a investigação das representações das experiências de apego, pois possibilita a compreensão da dinâmica familiar e sua inter-relação com a vida de seus membros. De acordo com Ackerman (1986), as experiências da vida familiar cotidiana "*constroem ou destroem*" a saúde mental, sendo o grupo familiar aquele que executa a tarefa primordial de socializar a criança, moldando o

desenvolvimento de sua personalidade, determinando assim, em grande parte, o seu destino mental.

MÉTODO

- Sujeito:

No período de setembro a dezembro de 2001, participou deste estudo um paciente de sexo feminino diagnosticada como apresentando Transtorno Depressivo Maior, segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1995).

- Instrumentos:

Para a realização do estudo, foi utilizado um roteiro de entrevista, elaborado por Souza (2001), contendo os seguintes tópicos:

- **Encaminhamento:** aborda dados referentes a tratamentos realizados (anteriores e atuais), profissionais responsáveis, tempo de tratamento, bem como de onde e por quem foi encaminhado, entre outros.

- **Ficha de Identificação:** aborda dados sociodemográficos do paciente e de seu grupo familiar, tais como sexo, idade, estado civil, renda, condições de moradia, escolaridade, profissão, etc.

- **Dados Clínicos:** aborda dados acerca da queixa principal e história da doença atual.

- **Anamnese Padronizada para Transtornos Depressivos:** baseada nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (1995).

- **História de Vida:** aborda aspectos descritivos e psicodinâmicos da história pré-natal, primeira infância, infância intermediária, final da infância e adolescência, vida adulta e vida cotidiana.

- **Modalidades de Apego:** aborda dados acerca dos vínculos estabelecidos entre o paciente e seu grupo familiar.

Além do roteiro de entrevista, foram utilizados:

- **Desenho da Família:** possibilita o conhecimento da dinâmica do sujeito, seus recursos, fragilidades e as características de seu grupo.

- **Roteiro de entrevista acerca dos vínculos,** de Azevedo & Souza (2002): aborda dados acerca do desenho da família, objetivando investigar as relações estabelecidas entre os membros da família e as modalidades de apego.

- **Escala de Frequência de Sinais Específicos,** de Kaplan e Main apud Ceconello & Koller (1999): composta por 24 itens que descrevem características do desenho, tais como falta de individuação, rigidez nos braços, exagero na cabeça, falta de cor, etc., que são pontuados de acordo com a sua frequência.

- **Escala Global,** de Fury, Carson & Aroufe apud Ceconello & Koller (1999): composta por 8 sub-escalas (Vitalidade, Felicidade, Vulnerabilidade, Isolamento, Tensão, Papéis Invertidos, Dissociação e Patologia Global), nas quais a pontuação pode variar de sete (7) a um (1): muito alto, alto, moderadamente alto, moderado, moderadamente baixo, baixo, e muito baixo.

- Procedimentos:

Inicialmente o plano de estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Quanto à seleção do paciente, a mesma foi realizada pelo médico psiquiatra que atendia o caso, respeitando-se os critérios de inclusão no estudo, ou seja, apresentar, segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), Transtorno Depressivo Maior, não apresentar comorbidade com outros transtornos, ser maior de idade, não haver constituído família e aceitar a presença do pesquisador em seu domicílio. Quando do início do estudo, a paciente foi solicitada a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando-se do sigilo de sua identidade quando da publicação dos resultados.

A aplicação dos instrumentos de pesquisa foi realizada em oito (08) encontros, com duração média de 1 hora cada, realizados no domicílio do paciente. As entrevistas foram gravadas em fitas microcassete, para posterior transcrição.

A avaliação do Desenho da Família, utilizando a Escala de Sinais Específicos e a Escala Global, foi feita por quatro (04) juízes. Após a avaliação particular de cada juiz, foram apresentados os resultados obtidos e indicada a média geral.

RESULTADOS

- Identificação:

Ana (nome fictício), sexo feminino, 29 anos de idade, solteira, cursa o Ensino Superior. É a filha mais velha de uma prole de 03 filhos, sendo a única do sexo feminino.

- História da Doença Atual:

A paciente relatou que desde a infância era uma criança triste. Informou que, no final de sua adolescência, já apresentava muitos dos sintomas depressivos, os quais se agravaram em sua vida adulta. Entre os sintomas apresentados por Ana, destaca-se o humor deprimido e irritado, diminuição do interesse e prazer na maioria das atividades, insônia, sentimento de inutilidade, culpa excessiva e inadequada, entre outros.

Ana relatou ter pensado e planejado suicídio com arma de fogo por diversas vezes, mas sua mãe sempre escondia a arma. Em seu relato: *“Eu queria ser imperceptível para todo mundo, que ninguém me visse, eu não queria chamar atenção”*.

Diversas limitações ocorreram na vida de Ana. Algumas foram associadas aos sintomas depressivos. Destacamos quatro áreas principais: profissional, familiar, sexual e afetiva/social.

Na área profissional, a paciente relatou que não consegue permanecer no emprego/

estágio, em função de sintomas que apresenta, uma vez que, por diversas vezes, teve crises durante o expediente de trabalho. Na área familiar, relatou vivenciar diversos conflitos, destacando a difícil convivência com sua mãe. Na área sexual, destacou apresentar dificuldades associadas aos sintomas depressivos. Quanto à área afetiva e social, relatou evitação social, em que seus relacionamentos são caracterizados como “*superficiais*”.

Com relação aos tratamentos realizados, a paciente destacou que, aos 21 anos de idade recebeu acompanhamento psicológico, contudo, após um ano, o tratamento foi interrompido, pois não dispunha de recursos para financiá-lo. Vale destacar que a paciente mantinha o tratamento psicológico em segredo, pois sua mãe era contrária a tal tratamento.

No final do ano de 2000, aos 28 anos de idade, com o incentivo do namorado, buscou ajuda em um serviço municipal de atendimento à família, sendo encaminhada ao Ambulatório de Ansiedade e Depressão (AMBAD).

Ana iniciou tratamento psiquiátrico e psicológico no AMBAD no início do ano de 2002. Atualmente, realiza apenas tratamento psiquiátrico e faz uso de um psicofármaco (Cloridrato de Paroxetina/ Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina).

A paciente relatou também apresentar rinite, gastrite e alergia.

- História de Vida:

A paciente destacou que seu nascimento foi indesejado. Segundo Ana, sua mãe veio do interior do Estado do Pará para morar na capital, na casa de uma família, objetivando prosseguir os estudos. Sua mãe engravidou de um dos membros dessa família, sendo obrigada a casar.

Informou que nasceu de parto normal, não apresentando nenhum problema por ocasião do nascimento. Ressaltou que, nos primeiros dias de sua vida, foi cuidada pela avó paterna, uma vez que “sua mãe era inexperiente”. A mesma

considera sua avó paterna como a figura mais importante de seus primeiros dias de vida.

Quanto à primeira infância (0 a 3 anos), Ana relatou que foi amamentada até seis meses, usou chupeta até 8 anos e dedo até 16 anos. Não soube informar quando começou a falar, nem a andar, destacando que começou a freqüentar a escola aos 2 anos e meio de idade. Relatou que, nesse período, sua mãe e a avó paterna disputavam a função de cuidar dela, o que gerava um clima de tensão.

Segundo a paciente, ela era o centro das atenções até o nascimento de seu irmão. Seus familiares desejavam uma criança do sexo masculino e, quando seu irmão nasceu um ano depois, Ana sentiu-se “*esquecida e abandonada*”.

Com relação a sua infância intermediária (3a 11 anos), destacou que começou a freqüentar a escola aos 2 anos e meio, assim como seus irmãos, pois seus pais trabalhavam fora de casa. Considera “*um crime*” ter começado a freqüentar a escola nessa idade, mas relatou que gostava de ir à escola, não apresentando dificuldades em nenhuma disciplina, e tendo aprovação em todas as séries correspondentes a essa fase.

Nesse período, participava de todas as atividades da escola, como jogos e festas. Destacou que gostava de brincar na rua, tendo várias amigas. Relatou que seu temperamento era calmo e que buscava não se envolver em brigas e discussões. Informou apresentar insônia e sonambulismo e dificuldades relacionadas à saúde, como gastrite e anemia.

Relatou que, nesse período, foi cuidada por sua mãe e sua avó paterna, destacando que seus pais, ela e os irmãos moraram na casa da avó até seus nove anos de idade. Nessa casa, moravam também outros parentes, entre os quais outras crianças. Enfatizou que, como era a neta mais velha, era muito solicitada para cuidar dos irmãos e dos primos, motivo pelo qual brincava mais com crianças da rua.

Destacou que sua mãe era muito exigente quanto à educação e, apesar de não participar,

“queria bons resultados”. Quanto ao seu pai, relatou que era “ausente, mas rígido”, não admitindo que os filhos errassem. Quando isso ocorria, impunha castigos físicos.

Negou ter sofrido perdas significativas, destacando: “Nunca fui de sentir falta”. Quanto a separações, destacou que não ficou abalada com a separação de seus pais, uma vez que o pai sempre foi ausente.

Acerca do final de sua infância e adolescência (12 a 18 anos), destacou que aos 12 anos foi morar no interior do Pará, juntamente com seus pais e irmãos. A paciente relatou não se ter adaptado à mudança e ter adoecido gravemente de estomatite e complicações na garganta.

Segundo Ana, nessa fase, seus pais separaram-se, permanecendo no interior, a mãe, ela e os irmãos. Aos 14 anos mudou-se para a casa da avó, em Belém, objetivando cursar o Ensino Médio. Nesse período, relatou ter apresentado dificuldades de adaptação na nova escola, sendo reprovada na 1ª série do Ensino Médio.

Após um ano morando com a avó, sua mãe e seus irmãos retornaram a Belém e todos passaram a residir em outro domicílio. Sua mãe havia iniciado um relacionamento com outro homem, o qual veio para Belém em companhia da família. A paciente destacou ter uma relação conflituosa com o padrasto. Este a assediava, o que ocasionou conflitos entre ela e sua mãe, pois a última não acreditava no que a filha relatava acerca do companheiro.

Na adolescência, não usou álcool, drogas ou cigarro. Quanto a seus hábitos alimentares, costumava comer em excesso, tendendo à obesidade. Destacou ainda que, nesse período, passou a ser responsável pelas tarefas domésticas, deixando de desenvolver atividades de lazer.

Ingressou na universidade aos 18 anos, optando por fazer o mesmo curso e seguir a mesma profissão dos pais. Quanto à escolha profissional, refere-se à influência de sua mãe,

que ofereceu um bem, caso fizesse o mesmo curso que ela. Informou, também, que foi reprovada no primeiro ano da faculdade e, que, no quarto ano, abandonou o curso por dois anos. Atualmente, retornou à faculdade.

Durante o curso, passou a fazer estágios remunerados, sendo que permanecia nos mesmos por apenas aproximadamente um mês, pois sentia que o trabalho exigia muito dela, além de apresentar dificuldades de relacionamento com os colegas de trabalho.

Com referência à sociabilidade, relatou ter facilidade em “lidar com pessoas”, contudo, “evita estreitar vínculos de amizade”, não sendo comum ter conversas íntimas, sair junto, freqüentar a casa, ou mesmo telefonar para colegas, uma vez que considera “que amigos dão trabalho e preocupação”. Em suas palavras: “Eu tenho facilidade em lidar com as pessoas, mas eu não crio laços, eu não estreito laços”.

No que diz respeito a sua sexualidade, relatou apresentar diversas dificuldades na área sexual, entre elas vaginismo e frigidez.

Sua relação com o companheiro atual já dura três anos, destacando que “ele é a pessoa em quem mais confio”, como relata: “Para mim ele é um apoio, é a pessoa que eu mais confio, porque foi a primeira pessoa que se interessou pelos meus problemas, que procurou solução”. Destacou, entre as qualidades do companheiro, as seguintes: “inteligência”, “cavalheirismo”, “sensibilidade”, “dedicação”, “esforço”, entre outras.

Quanto ao relacionamento com familiares, relatou estar sempre em conflito, principalmente com a mãe. Atribui essa relação conflituosa aos problemas que teve com o companheiro da mãe, o que nos dias atuais ainda é motivo de discussão entre as duas.

Acerca da vida cotidiana, destacou que suas atividades restringiam-se a freqüentar a faculdade e encontrar com o namorado diariamente.

Informou que evita contato com os familiares, ficando geralmente trancada em seu

quarto. Esse comportamento também é comum para os demais membros de sua família. Em suas palavras: *“É cada um na sua, cada um aqui em casa tem o seu quarto, tem tudo para não discutir. Nós somos totalmente individualistas”*. Segundo Ana, um dia em família *“é conflituoso”*, pois quando estão reunidos, sempre ocorrem discussões, motivo pelo qual procuram manter-se isolados.

- Modalidades de Apego:

Foi possível identificar o estabelecimento da relação de apego ansiosa e evitante com figuras de vinculação. Ana respondeu afirmativamente para determinadas situações e negativamente para outras situações, que correspondiam ou não a sua condição, como especificado abaixo:

Apego Ansioso Evitante (A.A.E.)

a) Esperava ser rejeitado e abandonado pelas pessoas que cuidaram de mim.

A paciente negou tal condição, uma vez que considerava que sua mãe e sua avó não a rejeitariam ou a abandonariam, pois foram educadas para criar filhos e cuidar da casa. Vale destacar que Ana descreveu o abandono sofrido em relação ao seu pai.

“A minha mãe e a minha avó sempre estiveram disponíveis, agora o meu pai sempre foi muito ausente, o resto da família sempre foi muito ausente”.

b) Meus pais ou as pessoas que cuidaram de mim não estiveram disponíveis, oferecendo cuidados e ajuda necessários ao meu desenvolvimento.

A paciente identificou-se com essa afirmação, destacando que essa situação correspondia a sua condição na infância, uma vez que sua mãe e avó eram muito ocupadas, não lhe dando atenção necessária.

“A minha mãe estudava e trabalhava, era muito ausente (...)”.

“(...) então uma criança, elas não pensam se amam ou se não amam, elas tem a obrigação de cuidar, foi essa a educação que elas tiveram”.

c) Não tinha confiança de quando buscasse ajuda seria ajudado.

A paciente negou tal situação em sua infância. Contudo, foi possível identificar, em seu relato, que procurou viver independentemente. Em suas palavras:

“Aqui em casa, cada cabeça é uma sentença, um é totalmente diferente do outro, porque na realidade é assim, eu tenho a ciente conclusão de que nós não fomos educados, nós nos educamos, a gente sempre ficou de mão em mão”.

d) Procurei viver a minha vida sem amor e sem a ajuda dos outros.

A paciente negou tal situação em sua infância. Contudo, relatou que buscava fazer suas atividades sem a ajuda dos outros, pois vivia num ambiente conflituoso. Destacou ainda que evitava, e ainda evita, se apegar às pessoas, pois receia ser abandonada.

“Eu não sou apegada a ninguém, eu acho que eu sempre fui assim. Eu era criança, eu acho que eu poderia me apegar a minha mãe e a minha avó, com mais ninguém, porque eu não me apego com ninguém”.

“Eu não sei se é defesa minha, porque eu já tive muitos problemas, mas eu procuro não me apegar a ninguém”.

- Desenho da Família

A paciente indicou que as figuras do desenho da família correspondiam a sua mãe, a ela, a seus irmãos e a um sobrinho, omitindo a figura do pai. Destaca-se que a não apresentação do desenho da família, nesta seção, deve-se a uma solicitação explícita de Ana, para a não divulgação do desenho.

A análise do desenho, por meio da Escala de Frequência de Sinais Específicos, revelou a presença dos seguintes sinais ansiosos: três (3)

sinais ansiosos ou evitantes (falta de individualização – figuras muito semelhantes, braços para baixo, e falta de cor); cinco (5) *sinais ansiosos ou inseguros* (falta de detalhes nas figuras, figuras flutuando –sem base nos pés, figuras incompletas – braços pela metade, homens e mulheres não diferenciados – muito semelhantes, expressão facial neutra); dois (2) *sinais ansiosos e resistentes* (exagero nas feições faciais, exagero nas mãos e nos braços). (Tabela 01)

Não foram encontrados os seguintes sinais: *sinais ansiosos ou evitantes*: mãe e criança longe na página, omissão da mãe ou da criança, exagero no tamanho da cabeça, membros ocultos, escondidos ou disfarçados; *sinais ansiosos ou inseguros*: mãe não feminizada;

sinais ansiosos ou resistentes: figuras aglomeradas ou sobrepostas, figuras separadas por barreiras, figuras muito pequenas, figuras muito grandes, exagero nas articulações, figuras no canto da página; *sinais desorganizados ou desorientados*: inícios falsos, figuras esmagadas, cenas, sinais ou símbolos bizarros.

Com referência à análise do desenho da Família de Origem, por meio da Escala Global, as subescalas apresentaram as seguintes pontuações: Vitalidade (Muito baixo – 7); Felicidade (Muito baixo – 7); Vulnerabilidade (Muito Alto – 1); Isolamento (Muito Alto – 1); Tensão (Muito alto – 1); Papéis Invertidos (Baixo – 6); Dissociação (Moderadamente baixo – 5); e Patologia Global (Muito alto – 1). (Tabela 02)

Tabela 1. Frequência dos Sinais Específicos de Desenho da Família de Origem.

a) Sinais Ansiosos ou Evitantes	Família de Origem
- Falta de individualização	1
- Braços para baixo ou próximo ao corpo	1
- Falta de cor	1
TOTAL	3
b) Sinais Ansiosos ou Inseguros	
- Falta de detalhes	1
- Figuras flutuando	1
- Figuras incompletas	1
- Homens e mulheres não diferenciados	1
- Expressão facial neutra ou negativa	1
TOTAL	5
c) Sinais Ansiosos ou Resistentes	
- Exagero nas feições faciais	1
- Exagero nas mãos e nos braços	1
TOTAL	2

Tabela 2. Pontuação na Escola Global do Desenho da Família de Origem.

Sub-escolas	Família de Origem
Vitalidade	Muito baixo (7)
Felicidade	Muito baixo (7)
Vulnerabilidade	Muito alto (1)
Isolamento	Muito alto (1)
Tensão	Muito alto (1)
Papéis Invertidos	Baixo (6)
Dissociação	Moderadamente (5)
Patologia Global	Muito alto (7)

DISCUSSÃO

O presente estudo sugere a presença de uma representação mental da relação de apego ansiosa, considerando-se o estabelecimento de vínculos afetivos disfuncionais em sua família de origem (pais e irmãos).

A história da doença atual revelou um elevado sofrimento individual. Segundo Ana, suas atividades cotidianas ficaram limitadas, comprometendo sua qualidade de vida. Segundo Silva (1990), a depressão altera a capacidade do indivíduo de funcionar adequadamente, prejudicando seu relacionamento com os outros. De acordo com este autor, essa alteração é evidenciada de várias formas, entre elas a na vida profissional, pois o indivíduo tem baixo rendimento, podendo ser obrigado a deixar o emprego, que implica uma dependência dos familiares para mantê-lo, ocasionando conflitos, uma vez que tais familiares geralmente não entendem seu estado de desânimo, desinteresse e apatia, o que agrava o quadro apresentado.

Silva (1990) destaca, ainda, que a depressão resulta de uma combinação de fatores biológicos e psicossociais, incluindo bioquímicos, genéticos, neuroendócrinos, da saúde em geral, familiares, da personalidade, sociais, assim

como os acontecimentos de vida, tais como: separação ou morte de pessoas significativas, nova moradia ou trabalho, séria doença pessoal ou de um membro da família, entre outros.

A paciente indicou a ocorrência de diversos eventos vitais estressantes, os quais podem estar associados à ocorrência do transtorno de humor.

Em sua infância, Ana destacou inúmeros conflitos em seu ambiente familiar, caracterizado por brigas e discussões entre seus pais, que culminou na separação conjugal. De acordo com Soares (1998), a família tem um papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade e do bem estar físico dos indivíduos, principalmente no período da infância e adolescência. Para este autor, quem vive num ambiente caracterizado por tensão e brigas com os pais, agredindo-se, pode futuramente encontrar dificuldade concreta para relaxar e gozar.

O período da adolescência também foi caracterizado pela ocorrência de eventos estressores. Nesse período, ela e seus familiares mudaram de cidade e sua mãe uniu-se a outro companheiro, com o qual Ana tinha muitas dificuldades de relacionamento.

Desiderio apud Assumpção Jr. & Sprovieri (1995) afirmam que o estabelecimento de vínculos disfuncionais e a distorção de regras familiares junto com a sociedade, na qual se inspira, podem ocasionar desajustamento psicoemocional de uma ou mais pessoas da família.

Em sua vida adulta, Ana relatou dificuldade em estabelecer vínculos afetivos, destacando evitar contato com as pessoas, inclusive seus familiares. Segundo Bowlby (1988), o afastamento do contato com outros indivíduos tem como objetivo evitar maiores frustrações e, também, evitar a intensa depressão que experimentam por odiarem as pessoas de que tanto necessitam. Assim, o retraimento é uma alternativa que alguns indivíduos encontram para fugir dessa situação.

O relato livre da paciente e o desenho da família sugerem o estabelecimento de uma relação de apego ansioso e evitante com figuras significativas (pai, mãe, avó) da infância. Observamos que esse modelo persiste, uma vez que a paciente evita vincular-se a outras pessoas, o que pode estar associado ao medo de ser rejeitada.

Bowlby (1998) afirma que crianças que sofrem rejeição ou abandono tendem a representar um modelo de si mesmas, como uma pessoa indigna de ser amada, e de um modelo de suas figuras de apego, como sendo inacessíveis, rejeitadoras e punitivas. Dessa forma, quando uma pessoa sofre uma adversidade não acredita que os outros podem ajudá-la, ao contrário, espera deles hostilidade e rejeição, desenvolvendo uma modalidade de apego ansioso evitante.

Ressalta esse autor que, na maioria das manifestações dos distúrbios depressivos, a principal questão do paciente é o sentimento de desamparo quanto a sua capacidade de estabelecer e manter relações afetivas. Tal sentimento de desamparo pode ser atribuído às experiências vividas pelo paciente em sua família de origem, que podem ser de três tipos correlatos ou da combinação deles, descritos a seguir:

“a) É provável que a pessoa tenha passado pela experiência amarga de nunca ter estabelecido uma relação estável e segura com seus pais (...). Essas experiências infantis fazem com que ela desenvolva uma acentuada tendência de interpretar qualquer perda que possa sofrer mais tarde como mais um de seus fracassos em estabelecer e manter uma relação afetiva estável;

b) É provável que, muitas vezes, tenham dito à pessoa que ela era indigna de ser amada e/ou inconveniente, e/ou incompetente. Se passou por essas experiências, estas provavelmente resultaram no desenvolvimento de um modelo de si mesma como uma pessoa indigna de ser amada, indesejada, e de um modelo de figuras de apego como sendo inacessíveis, ou rejeitadoras e punitivas;

c) Para esta pessoa é maior do que para as outras a probabilidade de ter sofrido a perda real de um dos pais durante a infância (...).” (Bowlby, 1998, p. 259-260).

Consideramos-a partir da análise dos dados coletados, principalmente aquelas referentes às características do vínculo estabelecido por Ana em relação ao pesquisador, o qual também se revelou ansioso e evitante, -que a relação de apego ansioso e evitante, estabelecida entre Ana e suas figuras significativas, durante a infância e adolescência, tenha contribuído para a manifestação do transtorno depressivo já na sua adolescência, agravado na sua fase adulta.

A utilização da técnica projetiva gráfica do Desenho da Família foi relevante para a compreensão das relações familiares. Segundo Gomes (1999), essa técnica possibilita o acesso à ótica interiorizada, no indivíduo, acerca de suas relações familiares, o que permite comparação e complemento aos dados fornecidos pela anamnese realizada anteriormente.

De acordo com Ceconello & Koller (1999), uma das grandes vantagens que o Desenho da Família apresenta, em relação a outros instrumentos que se propõem a avaliar a representação mental, é a possibilidade de mensuração, por meio de um recurso gráfico com a utilização de escalas. Outro fator é que tal recurso viabiliza a comunicação, poupando verbalizações de situações que podem ser ansiogênicas.

A avaliação do desenho da família, por intermédio da Escala de Sinais Específicos, revelou uma frequência considerável de sinais ansiosos, enquanto que a Escala Global revelou uma Patologia Global muito alta das relações de apego estabelecidas na família da paciente.

Os relatos e a avaliação do desenho da família indicaram experiências de apego com figuras significativas como ansiosas. De acordo com Bowlby, apud Ceconello *et al.* (2000), as experiências de apego funcionam como modelo para os próximos relacionamentos, sendo tal processo denominado modelo interno de

funcionamento, o qual evolui, passando a fazer parte da personalidade, transformando-se em uma representação mental da relação de apego, que tende a persistir por toda a vida.

Um estudo realizado por Main & Kaplan, apud Pontes *et al.* (1999), classificou padrões de apego em adultos, entre estes: adultos autônomos, adultos indiferentes e adultos preocupados. Os autônomos são indivíduos que valorizam suas experiências e relações de apego e conseguem examinar com tranquilidade os efeitos positivos e negativos de suas experiências primitivas sobre seu desenvolvimento. Os indiferentes geralmente afirmam não poder lembrar de suas primeiras experiências e as consideram sem valor. Quando solicitados a descrever sua história pessoal, apresentam relatos idealizados das suas primeiras experiências, embora apresentem histórias de rejeição precoce. Os preocupados são confusos, em relação as suas experiências familiares, lembrando-se das suas primeiras experiências, mas não conseguindo apresentar um relato coerente. Em geral, suas relações atuais são marcadas por intenso sentimento de raiva, além de extrema dependência das figuras paternas.

No caso em estudo, sugere-se a presença de um padrão de apego indiferente, uma vez que a mesma não recordava algumas de suas experiências infantis, idealizando esse período, descrevendo-se como a "princesa da casa", por se a única filha do sexo feminino. Contudo, apresentava histórias de rejeição precoce, destacando não ter recebido os cuidados necessários para o seu desenvolvimento.

A família é considerada como um espaço de expressão de seus membros, exercendo funções fundamentais para o desenvolvimento dos mesmos, principalmente no período da infância, quando há maior dependência. Segundo CHESSE & HASSIBI (1982), a família tem um papel importante no desenvolvimento de seus membros. Estes autores ressaltam a relevância de um ambiente afetivo que atenda às necessidades da criança, oferecendo-lhe estimulação cognitiva, motora e perceptiva

adequada, preparando-a para uma relação emocional com outras pessoas, de forma a capacitá-la a desempenhar papéis sociais.

Foi possível indicar, também, o estabelecimento de vínculos afetivos, tendendo para a disfuncionalidade no grupo familiar da paciente, uma vez que este espaço não se configurou como facilitador de saúde mental, o que pode ter contribuído para as manifestações patológicas do transtorno que apresenta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo revelou o comprometimento das atividades globais da paciente investigada, associado à sintomatologia do transtorno depressivo. Tal realidade leva-nos a refletir acerca da importância da prevenção e intervenção precoce, como também sobre a necessidade de que quadros psiquiátricos sejam minimizados em suas conseqüências físicas, psicológicas, sociais, entre outras.

A utilização das escalas para a avaliação do desenho da família revelou-se adequada, uma vez que forneceu dados importantes para a compreensão da dinâmica de sua família. Além disso, a técnica de desenho da família é de simples aplicação, não exigindo grande ônus para isso.

Concluimos, destacando a importância da família, na promoção de saúde biopsicossocial e na construção do sujeito, ressaltando a Teoria do Apego e dos Vínculos Humanos, a qual enfatiza o papel do grupo familiar enquanto base segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERMAN, N. W. (1986). *Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ANZIEU, D. (1978). *Os Métodos Projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.

- ASSUMPTÃO Jr., F.B. & Sprovieri, M.H. (1995). Contexto Sócio-Familiar e Eventos Vitais Significativos na Evolução das Doenças Mentais. *Insight*, Ano V. Nº 53, p. 23-27, julho.
- AZEVEDO, C.M. & SOUZA, A.M. Desenho da Família: Um Estudo de Caso da Representação Mental da Relação de Apego em Pacientes que Apresentam Transtorno Ansioso e em Pacientes que Apresentam Transtorno Depressivo. *XIII Seminário de Iniciação Científica da Universidade Federal do Pará*. Belém/PA, 2002.
- BOWLBY, J. (1988). *Cuidados Maternos e Saúde Mental* (2 ed). São Paulo: Martins Fontes.
- BOWLBY, J. (1998). *Perda: Tristeza e Depressão* (3 ed). Vol. 3 da Trilogia Apego e Perda. São Paulo: Martins Fontes.
- BOWLBY, J. (1989). *Uma Base Segura: Aplicações Clínicas da Teoria do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CECCONELLO, A. M. & Koller, S. M. (1999). Avaliação da Representação Mental da Relação de Apego Através do Desenho da Família: Um Estudo com Crianças Brasileiras. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro: Imago Editora, Vol. 51, Nº 4, 1999, pp. 39-51.
- CECCONELLO, A. M.; Krum, F.M.B. & Koller, S.M. (2000). Indicadores de Risco e Proteção no Relacionamento Mãe-criança e Apego. *Psico*. Porto Alegre, Vol. 31, Nº 2 Jul/Dez, pp. 81-121.
- CHESS, S. & Hassibi, M. (1982). *Princípios e Práticas da Psiquiatria Infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- GOMES, I.C. (1999). O Uso de Técnicas Projetivas no Processo Psicodiagnóstico Infantil como Auxiliares no Entendimento do Sintoma da Criança e no Encaminhamento. *Perfil*. Nº 12. São Paulo, p. 89-97.
- MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM IV. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PONTES, F.A.R.; Dubois, M.J.C. & Silva, S.S.C.(1999). Relação Mãe-Criança e Desenvolvimento. *Humanitas*. Belém, v. 15. Nº 2, p. 181-192, jul./dez.
- SILVA, J.A.C. (1990). Acontecimentos de Vida e Depressão. *Informação Psiquiátrica*. V. 9. Nº 2, p.59-72.
- SOARES, L.S.C. (1998). Doença x Família: Um Enfoque Psicossomático. *Insight*. Ano VII, nº 82, março.
- SOUZA, A. M. (2001). *Pânico, Agorafobia e Ansiedade de Separação: O Revelar do Comportamento de Apego*. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP.

Recebido para publicação em 29 de outubro de 2002 e aceito em 4 de junho de 2003.

A TROCA DE TERAPEUTAS NOS ATENDIMENTOS PSICANALÍTICOS EM INSTITUIÇÕES

THE CHANGE OF THERAPISTS IN PSYCHOANALYTICAL TREATMENTS IN INSTITUTIONS

Marcela Casacio FERREIRA¹

RESUMO

O presente trabalho objetiva discutir o uso da técnica psicanalítica nos atendimentos psicoterápicos individuais em clínicas-escolas, com enfoque na troca de terapeutas que possa ocorrer durante este processo. Entendemos que a troca acontece quando é esgotado o prazo do terapeuta na instituição ou mesmo por outros motivos que demandem mudança do profissional. Os pontos de reflexão e discussão do texto são: as diferenças entre um paciente e outro que podem ocorrer no processo de mudança de terapeuta e do estabelecimento de novas transferências, principalmente os psicóticos ou borderlines - estes pacientes podem apresentar grande sofrimento na separação de um terapeuta para se vincular a outro, o que nos faz questionar tais tratamentos; também, a necessidade das instituições em atentarem a esses pacientes, bem como reverem o tempo de permanência tanto dos seus profissionais quanto do paciente em um tratamento psicoterápico.

Palavras-chave: troca, psicoterapeuta, psicanálise, instituição, clínica-escola.

SUMMARY

The present paper discusses the use of the psychoanalytical technique in individual psychotherapy treatment in school-clinics, focusing the change of therapists that may occur during the process. The change happens when the term of the therapist at the institution is over or even for other reasons that require the change of the professional. The items to reflect and discuss over this text are: the probable differences among patients in the process of

⁽¹⁾ Doutoranda da PUC-Campinas e bolsista do CNPq.

Correspondência com o autor: Av: Princesa D'Oeste, 1847 - apto. 114 - Jd. Guarani - CEP: 13026431 - Campinas - SP. marcelacasacio@uol.com.br

Endereço para correspondência com o editor: Av: Princesa D'Oeste, 1847 - apto. 114 - Jd. Guarani - CEP: 13026431 - Campinas - SP. Telefone: (019) 3254-1518. marcelacasacio@uol.com.br

changing therapists and the setting of new transferences, mainly the psychotics or borderlines. It could be painful for these patients to be apart from one therapist and rely on another one. This suffering may raise doubts about the excellence of such treatments. Another item to be taken into account is the attention given by the institutions to these patients, as well as the remaining time of both professionals and patients in the institution.

Key words: *change, psychotherapist, Psychoanalysis, institution, school-clinic.*

A técnica psicanalítica é assunto para muitas discussões, tanto pela importância da sua prática, inclusive em instituições, quanto pela necessidade de seu crescimento científico.

Sabemos que Freud acreditava que o sujeito era o único a saber sobre si e, com a ajuda do analista interpretador, poderia revelar algo e alcançar uma compreensão do quanto suas idéias estavam em consonância com a sua sintomatologia.

O sintoma, por não poder ser consciente, surge como metáfora e carece de um significado; a manutenção desse sintoma inconsciente implica um desgaste de energia do sujeito, característico da neurose. É por meio do acolhimento da verdade implicada no sintoma do sujeito, que se dá a análise.

Para trabalhar a neurose, deve-se, pois, permitir ao paciente falar livremente, sem coerção. É a técnica da associação livre a ser respeitada do lado do paciente e a atenção flutuante do lado do analista, que tem como ferramentas, para buscar o desvelamento do sujeito, o estudo das idéias livremente associadas pelo paciente, por meio da interpretação dos seus sonhos, falhas e ações sintomáticas, causadas, principalmente, pela transferência (FREUD, 1910[1909]/1996).

Se há grande importância do trabalho da transferência durante o tratamento e então, de um vínculo entre analista e paciente na busca do seu desvelamento inconsciente, é preciso pensar nas atuais ocorrências de trabalhos institucionais que permitem uma troca constante de terapeutas entre um período de atendimento e outro, representando um rompimento prematuro dessa relação. O que dizer, também, desses trabalhos

institucionais com crianças e com sujeitos de estrutura psicótica ou borderline? Ou, se não quisermos falar em estrutura, dissermos pacientes mais regredidos?

O objetivo do presente trabalho - texto que se configura como parte da tese de doutorado em andamento - é discutir teoricamente o uso da técnica psicanalítica nos atendimentos psicoterápicos individuais em clínicas-escolas, com enfoque na troca de terapeutas que possa ocorrer durante um processo. Entendemos que esta troca acontece quando é esgotado o prazo de um trabalho do terapeuta na instituição ou mesmo por outros motivos que demandem mudança do profissional.

Justifica a inquietude sobre o tema dessa investigação o fato de ocorrer um uso da técnica da psicanálise clássica transposta diretamente a um contexto diferenciado, o que implica divergências quanto ao *setting* tradicional, já que o vínculo transferencial que acontecia na técnica clássica com um só profissional não ocorre nesses atendimentos institucionais.

Há, pois que se questionar até que ponto os tratamentos que necessitam de longo prazo podem admitir as trocas constantes de terapeutas nas instituições.

O SERVIÇO DE PSICOTERAPIA PARA A COMUNIDADE, HOJE

Sabemos que essa prática de trocas constantes de terapeutas é a usualmente realizada nas instituições ou, pelo menos, a que temos notícia. Mas há poucos estudos – ou

quase nenhum – que descrevem e propõem uma alternativa para essa questão.

Realizei um pesquisa bibliográfica sobre este tema, o da situação analítica em instituições relacionada ao fator da mudança do terapeuta e o que observei foi um campo com poucos estudos. Encontrei um artigo de pesquisa que relata uma experiência de mudança de terapeuta e seus possíveis efeitos de LHULLIER et al. 2000.

Este artigo discute o problema da mudança de terapeuta durante o processo psicoterápico, relacionando-o com o alto índice de abandono dos trabalhos psicoterápicos realizados em uma instituição pública. Para analisar tal problemática, uma equipe realizou uma experiência com dois grupos: um grupo com os tratamentos que estavam para encerrar, incluindo, na passagem de um terapeuta para outro, um período de adaptação, que se resumia na presença do terapeuta anterior junto ao atual, em um trabalho de “passagem”; e outro grupo, no qual não houve essa adaptação. Verificou-se que o índice de abandono foi menor no grupo em que houve o trabalho de ‘passagem’, em relação ao outro grupo (LHULLIER et al. 2000).

Um outro trabalho encontrado foi uma dissertação sobre as transferências de terapeutas que ocorrem em um hospital-escola de Chicago, de LEVENBERG (1999). A autora discute as questões transferenciais e contratransferenciais que permeiam o trabalho nas instituições, atribuindo, respectivamente, uma significância maior à questão da transferência com a equipe e com a instituição, em contraponto com a transferência direta com o terapeuta. Também, destaca a contratransferência da equipe, fator que a autora acredita ser o impulso na tendência desses funcionários a promover uma continuidade do trabalho em busca da cura tanto quanto (ou até maior), do que se tem por objetivo, um trabalho psicoterapêutico individual.

Cabe fazermos aqui uma diferenciação entre **Psicoterapia psicanalítica e psicanálise**, para que se evite equívocos conceituais. O termo psicoterapia psicanalítica implica a ocorrência da psicanálise em um contexto de

setting diferente daquele do século XIX de Freud, dos consultórios particulares, abarcando um tempo definido de trabalho, que se diferencia da ‘psicoterapia breve’ por não focalizar pontos a serem trabalhados durante o tratamento.

É importante ressaltarmos que a discussão presente não trata de questionar se há possibilidade de ocorrência dessa ‘psicanálise’ ou de uma situação analítica em um contexto diferenciado. Observamos hoje que, nas instituições, a psicanálise alcançou um espaço para sua realização que permite a instauração de uma situação, mesmo com um enquadre modificado.

É preciso reconhecermos que o analista, se assim se mantiver, poderá criar e manter a situação analítica mesmo que em um *setting* de condições diferentes. Poderíamos definir a situação analítica como “*a condição transferencial e técnica particular capaz de sustentar, face a um sujeito que sofre com seus sintomas, o enigma de seu inconsciente e o desejo de elucidação do saber que supostamente ele comporta*” (BUENO e PEREIRA, 2002, p. 16). Esta condição implica a autorização do sujeito para que haja a intervenção do ato analítico independente do *setting* em que ela ocorra.

LEITE (1995) identifica o enquadre usado por algumas psicoterapias breves, com tempo e espaço modificado, como sendo aquele que não impede a instauração em seu interior de uma situação analítica. Destaca, porém, as dificuldades acarretadas, uma vez que depende de o analista manter-se como tal, já que as condições não são tão favoráveis como as dos consultórios psicanalíticos clássicos. Por outro lado, usando as idéias de GILLIÉRON (1993, *apud* LEITE, 1995) conta-nos que a limitação do tempo pode muitas vezes acelerar toda a dinâmica do tratamento, o que nos revela um outro lado – positivo – dessa mudança de *setting*.

FÉDIDA (1998) fala-nos sobre o que está no pensamento do terapeuta e tudo o que permeia entre ele e seu paciente como desvios em relação à regra ideal e geral da psicanálise,

como os configuradores da prática psicoterápica; embora saiba que fazemos uso – e necessitamos – daquelas regras gerais e fundamentais. Descreve essa regra fundamental como a regra da associação livre do paciente, a regra de atenção equiflutuante do analista (que considera aspectos complementares) e mais uma terceira: a regra da não-intervenção de terceiros.

Mas o que nos interessa aqui, como dito, é de que forma os trabalhos de tempo maior que um ano - pressupondo uma necessidade de continuidade do tratamento do paciente – se sustenta nessas instituições e, principalmente, quando se trata dos pacientes mais regredidos.

Há casos em que, após um ano de atendimento ou mesmo após seis meses, configura-se uma melhora do paciente, dispensando-se a continuidade do tratamento. Para esses casos, consideramos como inócua a discussão. Também podemos pensar que essa entrada no mundo inconsciente pode promover um interesse no paciente de investir na continuidade de uma análise, mas que isso nem sempre é possível. Mas, nos casos nos quais o tratamento ainda carece de tempo para a análise, como as instituições lidam com a situação de troca de profissional?

O campo psicanalítico, como situa ETCHEGOYEN (1989), é o lugar propício para se alcançar a neurose de transferência. Por 'neurose de transferência' compreende-se aquilo que emerge na 'situação analítica', direcionado ao analista, promovido pelos processos regressivos da libido do paciente. A regressão é uma forma de o paciente revelar as marcas deixadas por experiências vividas no passado que não puderam ser elaboradas, resolvidas ou descarregadas e que, quando surgem no *setting*, representam, para a psicanálise, uma via de compreensão dos pontos de fixação da neurose do paciente, que devem ser analisados e interpretados.

A promoção da 'neurose de transferência' na situação analítica e no tratamento psicoterápico psicanalítico é imprescindível e, mais do

que isso, sua manutenção permitirá que o paciente possa compreender o presente, de acordo com suas experiências do passado (FREUD, 1912a/1996). Então, quais são (ou seriam) as circunstâncias necessárias para que ela seja sustentada e mantida?

O fenômeno da transferência representa o desejo do paciente que não pôde ser satisfeito e foi reprimido e que anseia por ser dissolvido através da pessoa do analista. É preciso, então, que este último esteja consciente disso e crie condições para evitar qualquer satisfação por parte da pulsão do paciente, o que seria mais uma repetição e atuação na vida real. Este procedimento é o que proporcionará o trabalho de recordação dos aspectos do psiquismo do paciente, levando-o, se possível, a uma compreensão interna e elaboração do conflito.

Entretanto, para que se promova a transferência, deve existir uma condição própria para isso. A escuta psicanalítica se mostra como algo diferenciador: é por meio dela que a transferência pode ser conquistada. Além disso, é por intermédio da escuta do analista que a transferência é valorizada como fundamental para o trabalho analítico, lembrando que ela pode acontecer em qualquer lugar, mas é na situação analítica que fazemos uso dela.

Faz-se necessário, então, que olhemos para isso sob o foco de uma instituição, em que esse 'enquadre' contenha elementos que o diferencie daquilo originariamente proposto. É a partir dessa inquietude que nasceu essa pesquisa. Por meio de vivências em instituições, experimentando a troca de terapeutas (tanto no papel daquele que acolhe o paciente vindo de seu ex-terapeuta, quanto no que deixa o paciente para um outro), resolvi estudar a possível influência dessa prática no tratamento psicoterápico.

Pensemos, agora, sobre esta questão da técnica psicanalítica sob outro ângulo da transferência. Sabemos que Lacan dissecou a transferência apresentada por Freud em duas dimensões: uma, relacionada ao simbólico, que é aquilo que o paciente espera conseguir com

aquele analista especificamente. Outra, do âmbito do imaginário, que concerne a essa experiência de atualizar aquilo que é antigo (MILLER, 1988).

Assim sendo, Lacan atribui à dimensão simbólica a sustentação da situação analítica. Para ele, deve existir a credibilidade do sujeito no analista. O analista é colocado no lugar do sujeito suposto saber e isso se faz necessário para que o sujeito se mantenha na busca do seu enigma com aquele analista que ele supõe que é o detentor do saber. Sem isso, não há análise, não há implicação. Para ele, se há em algum lugar o sujeito suposto saber, há transferência e há a situação analítica (LACAN, 1964).

Isso não é o mesmo que estar do lado de um discurso sobre a verdade do sujeito, muito menos se identificar com esse lugar do sujeito suposto saber (MILLER, 1988). O analista não será aquele que enunciará a verdade de seu paciente, apenas se manterá na posição daquele que escuta para, então, propiciar ao sujeito o encontro com a sua verdade.

Essa questão nos remete diretamente à demanda que o sujeito apresenta relacionada com seu desejo (LACAN, 1960-1961). O sujeito que coloca o analista no lugar daquele que sabe e que conduzirá o tratamento nos caminhos da cura demanda ajuda e, portanto, ao estabelecer a transferência, ele permite que a situação analítica ocorra. Podemos dizer que esse desejo precisa ser do analista, desejo esse de saber, que pode proporcionar ao paciente o alcance de um conhecimento da sua verdade.

Podemos pensar que a transferência, assim como Lacan nos apresenta, seria vista como aquilo que ocorre entre analista e paciente para a sustentação do atendimento. Então, o que dizer da troca de analista durante um processo psicoterápico?

Estamos dizendo que há, sim, a possibilidade de se criar esse lugar (do sujeito suposto saber) em circunstâncias diferenciadas das clássicas, inclusive em um lugar que já foi ocupado por um terapeuta anterior. Mas é preciso

certos cuidados com alguns pacientes que podem apresentar dificuldades na constituição desse tipo de vínculo (que altera a cada período), o que acarretará problemas no trabalho em vez de soluções ou construções.

DE QUE PACIENTES FALAMOS?

Quem são esses pacientes? Esse é um outro ponto a se discutir. Quando falamos de transferência em contextos de atendimentos comunitários, o que implica uma experiência do paciente em se vincular, vislumbrando a separação futura, precisamos pensar sobre que vínculos são estes e com quem. Entramos em um campo de clínicas diferentes, que sugere que a transferência pode acontecer de diversas maneiras, que nos remete às diferenças entre tratamento psicanalítico com sujeitos neuróticos, psicóticos ou borderlines.

Como dito anteriormente, se não quisermos falar em estruturas psíquicas, podemos pensar em 'pacientes regredidos'. Talvez esta terminologia nos ajudasse a refletir, inclusive, em relação a casos de sujeitos neuróticos com aspectos de extrema fragilidade, ou seja, com questões primitivas de carácter psicótico, que se aproximam daqueles sujeitos regredidos e que não necessariamente recebem de imediato diagnóstico de psicótico ou de 'estado limite'.

Se pensarmos nas questões do *setting* à maneira que WINNICOTT (1983) descreve os processos de desenvolvimento do bebê – ou seja, que há necessidade de se manter uma confiança no sentido de seqüência, estabilidade e segurança, que é a necessidade de que o bebê não experiencie trocas constantes de cuidadores, isto é, que possa ter um registro de alguém que esteja com ele - o paralelo pode se divergir com a nossa prática clínica. Uma das questões é se o paciente é regredido e, então, assim como nos fala Winnicott, precisaria de um tempo para se vincular com seu cuidador para então passar por todo o processo maturacional em prol do fortalecimento de seu ego, podendo assim atingir uma condição para se frustrar e se preocupar; o

que vemos na prática clínica institucional não é isso.

Vemos estagiários ou residentes, que estão cumprindo seus créditos de disciplinas, mas que não podem envolver-se com aqueles pacientes por mais tempo; fica a seu critério permanecer na instituição voluntariamente ou, caso contrário, o vínculo deve ser interrompido. O paciente regredido pode vivenciar essa separação e troca como um abandono, o que talvez fomente a fragilidade de seu ego, o que pode não ajudar em nada o paciente, ou até mesmo prejudicá-lo.

Pude me confrontar com situações desse tipo, quando realizei um estágio para recém-formados em um hospital psiquiátrico público. Vinculei-me com uma paciente adulta, de diagnóstico psicanalítico de neurose histérica que, apesar de apresentar características históricas, podia ser analisada pelos aspectos 'fronteiriços' que apareciam na transferência, permeados de sofrimento pelo rompimento do vínculo com a terapeuta anterior, juntamente com um temor da ameaça de um estabelecimento do novo vínculo comigo.

Após uma difícil caminhada no sentido do estabelecimento da transferência, conseguimos uma aproximação satisfatória, porém, próxima a um novo processo de desligamento. Diante da dificuldade da paciente e sua necessidade da experiência de um vínculo mais duradouro, decidi permanecer na instituição, voluntariamente, por mais um ano. Foi um período muito rico, pois conseguimos trabalhar muitas de suas questões, o que talvez fosse diferente caso ocorresse o repentino rompimento de um vínculo terapêutico.

Como administrar tais situações? É preciso que as instituições e suas clínicas-escolas atentem a essas questões, promovendo um cuidado a esses pacientes que chamamos de 'regredidos'.

Contudo, quanto à frequência de sessões (o que geralmente acontece uma vez por semana nas instituições públicas), podemos pensar que, mesmo considerando o número de sessões

reduzido, é possível mantermos uma frequência, uma estabilidade dos encontros capaz de viabilizar um registro psíquico do paciente de confiança em relação aos atendimentos, o que evitaria traumas e reorganizações defensivas para lidar com a angústia.

Outra frequência a ser considerada é o tempo de permanência de um paciente em uma instituição. Por quantos semestres ou anos podemos sustentar o tratamento do paciente? Isto deve ser vinculado ao tempo do profissional e dos atendimentos?

Um sujeito busca a psicoterapia por ser portador de um mal-estar. Esse tratamento, mesmo que aconteça num contexto de clínica-escola pública, representará o espaço no qual esse sujeito poderá encontrar, conhecer, estar em contato com a sua própria verdade; isso o auxiliará a lidar melhor com seus conflitos e suas questões. É algo de extrema riqueza alguém poder contar com um espaço em que suas paixões possam ser ouvidas.

Hoje, quando falamos de psicanálise, estamos nos remetendo a algo amplo cujo termo é plástico, já que pode ser tratado a partir de diversos referenciais e não só do referencial dos consultórios particulares. Vemos diversas formas de sua ocorrência mais coerentes com a situação do nosso país. Nem por isso, perde-se um referencial de trabalho que está em consonância com a postura de se debruçar sobre o sofrimento daquele portador da palavra: a posição da Psicopatologia Fundamental (BERLINK, 2000), por exemplo, que permite um olhar diferenciado ao paciente. Um olhar clínico como da medicina praticada em Atenas, ou mesmo no teatro grego, ambos nos tempos de Péricles: o médico e o espectador do teatro inclinam seus corpos diante de alguém que porta uma voz única a respeito de seu *pathos* - sofrimento, paixões, passividade (CARVALHO, 1992). Ao manter tal posição e postura, há experiência e esta promove o saber. Isto é clínica: respeita o princípio da voz única que suscita experiência e terapia. (BERLINK, 2000).

A postura quem faz é aquele que acolhe o doente; é aquele que permite o saber e a

experiência. Usando as palavras de Fédida “a descoberta da psicanálise consiste na possibilidade da experiência interna do que é o psicopatológico, desde que essa experiência interna não se psiquiatrize no sentido de se tornar patologia crônica e nada ensinar àquele que a vive” (FÉDIDA, 1988, p. 29).

Uma personalidade neurótica, que consiga estabelecer uma transferência e, usando-a como instrumento, possa permitir um espaço no qual o analista esteja a ouvidos, certamente será beneficiada por uma psicanálise. Com esses sujeitos, a troca de terapeuta possivelmente poderá ser trabalhada, ouvida, e a transferência retomada, reeditada a cada novo analista.

Para exemplificar, nesse mesmo estágio do qual falei anteriormente, recebi vários pacientes neuróticos que, ao iniciar a psicoterapia comigo, traziam algumas questões da sua terapeuta anterior; entretanto, de forma branda, permitindo um trabalho de luto, de separação, podendo ter em vista um recomeço com uma outra psicoterapeuta.

Mas, como dito, há pacientes – outros, que se diferenciam dos neuróticos – que sofrem com essa transição e, para eles, é preciso rever o trabalho, o que significa rever a permanência, a estabilidade do profissional na instituição, enfim, o tempo da psicoterapia psicanalítica e a questão da troca dos terapeutas nas instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERLINK, M. T. (2000). *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.
- BUENO, D. S.; PEREIRA, M. E. C. (2002). Sobre a situação analítica: a experiência de psicoterapia psicanalítica no hospital universitário da Unicamp. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XV, 157, 15-24.
- CARVALHO, R. M. L. L. (1992). *Ludoterapia psicanalítica com crianças e adolescentes institucionalizados*. 178f. Tese de doutorado (Faculdade de Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1989). *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Tradução Cícero G. Fernandes. Porto Alegre: Artes Médicas.
- FÉDIDA, P. (1988). *A clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo, Escuta.
- FREUD, S. (1910 [1909]). Cinco lições de psicanálise In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud*, Rio de Janeiro: Imago, v. 11.
- _____. A dinâmica da transferência (1912a/1996). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, v. 12.
- LACAN, J. (1992). *O seminário, livro 8: a transferência (1960-1961)*. Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Versão brasileira de Dulce D. Estrada, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. (1985). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Versão brasileira de M. D. Magno, 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LEITE, A.C.C. (1995). *Psicoterapia breve e situação analítica: uma leitura crítica e reflexiva*. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.
- LEVENBERG, L.S. (1999). *The impact of multiple forced transfers in a training institution: Revolving door therapy*. Dissertation. Chicago School of Professional Psychology, Chicago.
- LHULLIER, A.C. et al. (2000). Mudança de terapeuta e abandono da psicoterapia em uma clínica-escola. *Aletheia*, 11, 7-11.
- MILLER, J.A. (1988). *Percurso de Lacan: uma introdução*. Tradução Ari Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- WINNICOTT, D.W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido para publicação em 9 de dezembro de 2002 e aceito em 12 de maio de 2003.

SER E FAZER NA MATERNIDADE CONTEMPORÂNEA

BEING AND DOING IN CONTEMPORARY MOTHERHOOD

Tania Mara Marques GRANATO¹
Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG²

RESUMO

O psicoterapeuta acolheu o pedido de Margarida, grávida de oito meses, de que se fizesse uso de flores em seu primeiro encontro terapêutico, como sua maneira singular de agir no mundo. Cedo percebemos que seu estilo de fazer estava profundamente marcado pelas inúmeras cirurgias e tratamentos corretivos de uma profunda fenda palatina, com a qual nascera e da qual emerge uma “guerreira”, pronta para travar qualquer batalha que se lhe apresentasse como solução para seus problemas físicos. Paradoxalmente, ou não, Margarida “esqueceu-se” das flores, ousando fazer uma pausa em seu caminhar pelo território do fazer, para se deixar acompanhar pela psicoterapeuta, através do ser, que lhe apontava um “defeito” intrínseco a sua natureza. O parto a apavorava e a integração entre o feminino e o masculino, o ser e o fazer, o corpo e a psique era premente. Por meio de Margarida testemunhamos a desafinação entre o ser e o fazer da mãe contemporânea.

Palavras-chave: *maternidade contemporânea, gestação, clínica winnicottiana.*

ABSTRACT

Daisy's request, an light-month pregnant woman, for using flowers during her first therapeutic encounter, was received by the psychotherapist as a very singular way of realizing in the world. Soon we noticed that her doing was profoundly marked by several surgeries and clinical treatments to correct a

⁽¹⁾ Doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e Coordenadora da *Ser e Criar*. Atendimento Psicológico à Gestante e à Mãe do Instituto de Psicologia da USP.

Correspondência com o Editor: Rua Barão do Triunfo, 550 conj. 82 Brooklin - 04602-002 São Paulo - SP - Fone/fax: (11) 5096-4159 - E-mail: tangran@mtecnetsp.com.br

⁽²⁾ Professora livre-docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenadora do *Ser e Fazer*. Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP e Orientadora do trabalho de Doutorado da autora acima citada.

cleft lip and palate, noted after she was given birth. After this life event Daisy became a “warrior”, who was always ready to fight any battle, since they were seen as a solution for her physical problem. Paradoxically, or not, Daisy has “forgotten” the flowers and dared to take a break during her way through doing domain, in order to be accompanied by the therapist through being. Delivery frightened her, because the integration between male and female elements, being and doing, body and psyche was required. We have testified, through Daisy, the lack of tuning between the mother’s being and doing in the present.

Key words: contemporary motherhood, pregnancy, winnicottian clinic.

Margarida procura ajuda para a crescente ansiedade que vem experimentando desde que iniciou a licença médica, no oitavo mês de gestação de seu primeiro filho. Diz-se uma pessoa ativa, sociável e dedicada a tudo que se propõe a fazer. Costumava passar suas horas de lazer em companhia do marido e familiares ou se dedicando a uma das inúmeras atividades artesanais que domina com grande habilidade. Descobre nosso telefone³ pela internet e se interessa pelo trabalho com arranjos florais, relatando o prazer de confeccioná-los para presentear amigos e parentes, de modo que insiste em que escolhamos esta modalidade para trabalharmos. De minha parte aceito e observo que Margarida colocava, já neste primeiro contato ao telefone, duas tendências ou duas vertentes da comunicação pessoal: a verbal, expressando-se com fluência e espontaneidade sobre o que estava vivendo, e a “artesanal” da qual costumava extrair grande satisfação. Agendo nosso primeiro encontro, solicitando-lhe que trouxesse o material necessário, já que ela mostrava grandes conhecimentos na área e

disposição para transformar esse fazer numa atividade terapêutica.

Margarida chega muito animada, engajando-se imediatamente numa conversação, sem trazer ou fazer qualquer referência ao material combinado. No final de nosso primeiro encontro, quando falamos de sua necessidade de estar sempre em contato com pessoas, ela faz uma pequena associação com imaginar o trabalho manual como algo a ser feito na companhia de outrem. Interessante notar como Margarida “esqueceu-se” dos arranjos florais desde esse momento e encontrou no espaço terapêutico uma oportunidade para falar de si, de forma a encontrar sentido para o que estava vivendo como sofrimento naquele momento. Além disso, o que mais a afligia é que dispositivos, antes utilizados para ocupar seu tempo e debelar a ansiedade emergente, tinham perdido sua eficácia, deixando-a em total desamparo. Não conseguia bordar, costurar, tricotar, fazer arranjos, pintar, etc. Não sentia vontade, disposição ou aquele seu já conhecido impulso para caminhar em direção às coisas que lhe davam prazer⁴.

³ “Ser e Criar”: Atendimento Psicológico à Gestante e à Mãe. Serviço pertencente ao “Ser e Fazer”: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, coordenado pela Profa. Dra. Tânia Maria José Aiello-Vaisberg.

⁴ Pensamos não ser sem fundamento nossa recordação, neste ponto do relato de Margarida, sobre a distinção que Winnicott (1971b) desenvolve entre o “brincar” e a “brincadeira”, situando o primeiro como fenômeno transicional (Winnicott, 1969) que tem lugar num espaço e tempo determinados e que espelha o ser, comunicando-o caso seja recebido por outra pessoa. Winnicott destaca o brincar da área da motivação instintiva, como Klein o fazia, acomodando-o no diálogo entre o eu e o mundo externo, tornando-o *fazer* que se alicerça no *ser* - situação que parece ter sido perdida por Margarida, o seu “brincar” não é mais fonte de satisfação, mas de ansiedade, porque tomado pela angústia daquele momento. Ela pede então que “brinquemos” juntas, pode até ser a brincadeira verbal da psicanálise, mas que fiquemos juntas.

Margarida não estava se reconhecendo e solicitava um “interlocutor” nessa nova experiência, pois parecia estar perdendo a si mesma e se transformando em um outro alguém⁵.

Margarida é de origem interiorana e está em São Paulo há três anos. Apesar de adaptada à vida na cidade grande, nota algumas diferenças básicas: vem de uma família de sete filhos, morava numa casa grande com jardim e quintal numa cidade bem pequenina, onde todos se conheciam e ela era reconhecida pelo nome em todos os lugares que freqüentava. Estava acostumada com o movimento de sua casa, enfatizando o contínuo *fazer* de sua mãe, a vegetação que envolvia sua casa e o silêncio da natureza, que se contrapunham ao ruído, à poluição e ao reduzido espaço de seu apartamento em São Paulo. Estranhava também as pessoas, tendo uma certa dificuldade em confiar nelas, já que costumavam não se cumprimentar no elevador, nos corredores ou na rua. Tal atitude lhe parecia muito suspeita.

A história de Margarida foi repleta de cirurgias e tratamentos, desde os dois meses de idade, em consequência de uma grave fenda palatina, que a impossibilitou de sugar o seio ou a mamadeira, alimentando-se por meio de colherinhas. As cirurgias corretivas (onze ao

todo) eram seguidas de tratamentos fonoaudiológicos e ortodônticos, consultas médicas e acompanhamento permanente em clínica especializada. Desse percurso não guarda como lembrança o sofrimento, a vergonha ou a desesperança; traz o *holding*⁶ (Winnicott, 1967) familiar como a marca mais profunda deixada em si, ao longo desses anos, que lhe fornecera a base para suas batalhas diárias contra o preconceito social e as limitações físicas que a natureza lhe impusera. Não há o menor traço de revolta no relato de Margarida, ela se transformou numa guerreira, a cada adversidade escolhia a ferramenta apropriada e seguia rumo a uma melhor qualidade de vida.

Grávida, há pouco mais de um mês da data prevista para o parto, não dispunha de armas para lidar com o vazio de sentido que se abria na experiência do novo⁷. Da atividade em que se lançava, costumeiramente, para a solução de seus problemas, via-se lasciva ao dormir uma tarde inteira, saboreando o “*não fazer nada*”⁸. Parece que o ambiente que a preparara adequadamente, durante a infância, para o excessivo uso do *fazer* a deixara órfã no território do *ser*.

Margarida lembra da ansiedade que a acompanhava no período pré-operatório, amansada pelo efeito do analgésico e pelo sono que se

⁵ Margarida parecia dominar um *fazer* que lhe tornava familiares as intempéries da vida. Assusta-se quando tal dispositivo perde o poder confortador que tinha, esperando poder retomá-lo com a ajuda da terapeuta. Porém, cedo percebe que procurava um outro *fazer*, diferente daquele que dominava com as mãos. O que é fundamental ressaltar, aqui, não é o fato do *fazer* de Margarida ser ou não realizado manualmente, mas sua necessidade de que qualquer atividade fosse preenchida de sentido, distanciando-se da situação anterior, em que vazios de sentido eram preenchidos por atividades. Pensamos aqui estar a diferença entre **passar o tempo** (o passatempo) e **viver o tempo** (realizações).

⁶ *Holding* é o conceito winnicottiano utilizado para a descrição do cuidado que uma mãe dispensa a seu bebê quando o envolve com seus braços, dando-lhe sustentação tanto no sentido físico como psicológico e fornecendo-lhe assim a oportunidade para que os processos inatos de integração encontrem livre expressão no sentido de organizar os elementos de *self* em torno de uma unidade identitária, o *eu*.

⁷ Com “vazio de sentido” queremos nos referir à imprevisibilidade da experiência de dar à luz um filho, sentido como algo inaugural e, portanto, sem referência passada. Por mais que tentasse, Margarida não encontrava um ponto de apoio em seu passado que a retirasse do estado de alerta, pelo contrário, tudo a levava a se “armar até os dentes” e, ainda assim, sentir-se despreparada. Não há preparo para o novo, só nos resta a confiança (tema recorrente em toda a obra de Winnicott, como a situação atingida a partir de uma boa adaptação materna às necessidades do lactente) no ambiente que nos rodeia.

⁸ Chamamos aqui a atenção para o fato de Margarida ter revelado, quando do primeiro contato telefônico, que não sabia ficar parada e precisava estar sempre fazendo alguma coisa. E como naquela época precisou parar de trabalhar, estava em busca de algo para fazer, já que a ansiedade se apossava dela numa situação como essa. “Não fazer nada” para Margarida era como “não existir”.

seguia à anestesia. Depois de cada cirurgia, a recuperação era imediata e o fazer retomado em todos aqueles detalhes que a mantinham ocupada até nova cirurgia, quando nova adaptação era requerida. Temos aqui a hipertrofia do que Winnicott (1966) chamaria de elemento masculino do *self*, em que sua atividade impulsiva característica, porque se realiza no contexto da vida instintiva, parecia eclipsar as expressões do elemento feminino, propiciador das experiências de fusão, de indiferenciação, de deleite narcísico, que formam a base da identidade ou do sentimento de ser.

O ser não é algo etéreo, é um psique-soma, como diria Winnicott (1949); poderíamos também chamá-lo de corpo-alma ou, ainda, de corpo habitado e é no corpo de Margarida que tantas intervenções se sucedem para corrigir algo que estava "errado". Muito se faz sobre seu ser, numa tentativa desesperada de aproximá-lo ao máximo da perfeição e, neste momento em que pouco falta para esse propósito, Margarida escolhe parar para viver a gestação e a maternidade: *"ainda tem um escape do ar pelo nariz e a voz ainda não está boa, já melhorou bastante, mas agora deixa pra depois..."*

Tal mudança de ponto de vista nos leva a crer no processo de Margarida rumo à *preocupação materna primária*⁹ (Winnicott, 1956) cujo desenvolvimento, de um lado, a assustava levando-a para os confins do ser e, de outro, a preparava para a tarefa materna que se baseia na adaptação sensível da mãe a seu bebê, envolvendo todo o seu ser e o seu fazer. Como mãe, Margarida precisará contar com a inteireza de si, ou seja, com elementos masculinos e femininos do eu para propiciar ao filho suas primeiras experiências de existir, de sentir-se

vivo e real. Aqui é fundamental que a mãe desenvolva uma espécie de identificação com seu bebê, somente possível sobre a base do ser, para que possa imaginar o que ele precisa em um dado momento, colocando-se em seu lugar. Nesse momento de satisfação, as experiências de ser e de fazer estão entretecidas de uma tal forma, que quase não se pode distinguir uma da outra, tamanha a sintonia que nasce da intimidade entre esses dois processos.

A afinação saudável entre o ser e o fazer, entre o feminino e o masculino tem como resultado a integração do eu, a inter-relação psicossomática e a capacidade de realização no mundo (Winnicott, 1945), na qual a dicotomia eu/não-eu é resolvida pela criação de uma parceria autêntica, em que cada termo se carrega de possibilidades para o outro, sem submissão. De volta à Margarida e sua angústia, que passa então a se focalizar no momento do parto, pudemos perceber que, contrariamente as suas experiências cirúrgicas, havia um elemento que, particularmente, a preocupava: ela estaria acordada. Margarida só experimentara a rendição sob o uso dos anestésicos, reassumindo o controle da situação assim que "acordava". Porém, o que o parto requer da mulher é que abra mão do controle de si, no sentido de se deixar levar pelo processo, como quem aproveita o movimento das ondas do mar para chegar à praia, em vez de lutar contra a corrente na tentativa desesperada de se agarrar a um barco mais distante.

Margarida, paralisada pelo enigma que se impunha, não imaginava como poderia se render a algo estando acordada, ou seja, estando no controle; de outro lado, não poderia dormir, já que sua participação era aguardada em tal experiência.

⁹ A *preocupação materna primária* é um processo no qual a mãe experimenta, nos estágios finais de sua gestação e nos primeiros meses após o parto, um estado que, do ponto de vista do observador ingênuo, se assemelha a uma doença regressiva, onde todos os seus interesses anteriores são deslocados para uma única preocupação naquele momento: seu bebê. Ela parece absurdamente absorvida por tal tarefa, chegando a preocupar seus familiares, que vêem seu comportamento como uma forma muito estranha de egoísmo e isolamento social. Com o passar do tempo, que acompanha o desenvolvimento do bebê rumo à independência, a mãe tende a "desadaptar-se", retomando gradualmente sua vida anterior e deixando ao bebê a oportunidade de começar a lidar com seus relacionamentos pessoais.

M- Eu não sei como vai ser, já li de tudo, já visitei o hospital, já enchi meu médico de perguntas, já sei tudo o que vai acontecer. Eu só não sei o que vai acontecer comigo!

T- Como você vai se comportar...

M- É, porque meu marido, eu não sei, ele nunca teve essa experiência, não tem criança na família dele, e se ele desmaiar? O médico já avisou que se o marido desmaia, ele fica lá no chão até acordar! Então vou ter que me preocupar com ele também? Acho melhor ele não entrar na sala de parto.

Quando a terapeuta lhe pergunta sobre a possibilidade de contar com alguém naquela situação, já que não terá o apoio das pessoas que sempre estiveram a seu lado, ela responde: “O meu médico, ali vai ser ele e eu!”

Margarida soube então que estaria **acordada e só**, naquele momento de sua vida, e por mais ajuda que tivesse, ninguém poderia vivê-lo em seu lugar. Se reencontrasse no fundo de seu ser o “colo” do passado, aí sim poderia se soltar, relaxar e se deixar levar, aproveitando a brecha que se abriria entre o sono e a vigília, entre o controle e o descontrole, talvez algo como um **sonhar ainda que acordada**. Porque o sonhar é da mesma ordem do viver (Winnicott, 1971a), e, ainda que separados no tempo, estão a enriquecer-se mutuamente, preenchendo-nos de sentido e emprestando valor à vida. Já o fantasiar paralisa, no sentido de que retira o indivíduo da possibilidade de agir, de ser no mundo, oferecendo como alternativa desesperada, a existência virtual, a vida onde não há vida, múltiplas ações onde não há sobre o que agir, enfim uma vida mental dissociada do psiquismo. Pensamos que esse não é o caso de Margarida, mas ela tende a isso, à medida que “escorrega” da unidade psicossomática, conti-

nuamente interrompida pela série de cirurgias e tratamentos em busca de nova unidade. Tantas reestruturações físicas podem tê-la distanciado do contínuo diálogo entre psique e corpo, entre ser e fazer, entre o sonhar e o viver e, aqui, ela buscava restaurar tal parceria. Margarida pressente que o parto inserir-se-á na fenda que separa - ao mesmo tempo que une - o sonho da vida.

Para encerrar, gostaríamos apenas de sinalizar alguns detalhes fornecidos pelo psicoterapeuta que se propõe a trabalhar com gestantes e puérperas da mesma maneira com que uma mãe se dedica ao cuidado de seu bebê. Ele não imagina que sua paciente tenha se tornado um bebê, isto seria um engano terrível, mas concebe o respeito ao movimento e ao ritmo com que se desenvolve o processo de maternidade daquela mulher em particular, como única possibilidade de crescimento emocional, tornando-se ele mesmo um **facilitador**. Do psicoterapeuta “sábio” (Winnicott, 1961) rumamos para o psicoterapeuta **sensível** às demandas de seu paciente, colocando-se mais livre para circular pelos territórios do ser e do fazer¹⁰, permitindo-se atravessar e ser atravessado pelas vivências emocionais daquele que tem diante de si, sabendo-se coadjuvante de uma história que não lhe pertence, o autor ainda é o paciente.

Uma outra questão que, além de Margarida, tantas outras mulheres têm nos apresentado se refere ao fato de as relações interpessoais atuais, tanto quanto as profissionais, estarem tão intensamente embebidas de elemento masculino, que rouba o espaço para experiências no campo do ser, relegadas e delegadas por mulheres e homens. As mulheres de hoje demandam dos homens uma apropriação maior do elemento feminino, para que elas também possam viver o lado mais ativo¹¹ da realização no

⁽¹⁰⁾ Notar como a terapeuta se abre diante da possibilidade de fazer uso ou não do material mediador, no caso os arranjos florais, permitindo que Margarida se “espreguice” num espaço mais amplo. Aliás, ela não estava a se queixar do espaço apertado de São Paulo?

⁽¹¹⁾ Com isso não queremos dizer que o elemento masculino não possa incluir a passividade ou que o elemento feminino refira-se a uma atitude passiva, ele também é ativo. Os elementos feminino e masculino se referem a diferentes formas de estar no mundo das relações interpessoais (ativas ou passivas), remetendo-se a áreas diversas da experiência intersubjetiva: no primeiro caso estamos lidando com relações de *objetos subjetivos* (Winnicott, 1962) e no segundo, sujeito e objeto já se encontram em processo de diferenciação.

mundo do trabalho. Muitas delas têm se queixado de como é difícil se restringir, ainda durante a licença-maternidade, à vida doméstica e aos cuidados de uma ou mais crianças, ansiando pelo dia em que voltarão ao trabalho, pois estão se sentindo “inúteis” ou deprimidas, enquanto cuidam de seus bebês. De outro lado, os homens parecem se equilibrar numa “corda bamba”, pois já não sabem mais o que suas mulheres esperam deles: ora são exigidos na maternagem de seus filhos e esposa, ora lhes é requerida uma assertividade contundente. Temos a impressão de que a complementaridade entre o feminino e o masculino foi perdida nesses novos tempos e os dados foram novamente lançados nesse jogo de integração entre o feminino e o masculino dentro de cada um de nós. Este tem sido um jogo incômodo para homens e mulheres, pois a construção de um novo sentido estimula nossa criatividade tanto quanto nos assusta, fazendo-nos recuar a padrões antigos, ainda que obsoletos. Estamos testemunhando um rearranjo de elementos femininos e masculinos que, se produz confusão e sofrimento, também inaugura a possibilidade de configurações sequer imaginadas e nos conduzem a questionamentos éticos, tais como: *Com quem deixo meu filho? Somente serei boa mãe se amamentar meu filho? O que importa é a quantidade ou a qualidade? Não quero trabalhar! Ou ainda: Eu preciso trabalhar! Não quero sentir dor! Homem tem que participar! Eu tenho que ficar 24 horas com ele? Não sei se serei boa mãe...*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.
- _____ (1949) A Mente e sua Relação com o Psique-Soma. In: *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.
- _____ (1961) Varieties of Psychotherapy. In: *Home is Where we Start From*. New York, W.W. Norton, 1986.
- _____ (1962) A Integração do Ego no Desenvolvimento da Criança. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- _____ (1966) A Criatividade e suas Origens. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- _____ (1967) O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- _____ (1969) Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- _____ (1971a) Sonhar, Fantasiar e Viver: uma História Clínica que descreve uma Dissociação Primária. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- _____ (1971b) O Brincar: Uma Exposição Teórica. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

Recebido para publicação em 6 de janeiro de 2003 e aceito em 18 de fevereiro de 2003.

VIOLÊNCIA E CRIANÇA*

Geraldina Porto WITTER¹
PUC-Campinas/UMC

Muitas mudanças ocorreram ao longo dos séculos em que o homem ocupa a terra; a violência cresceu com a sofisticação dos meios para sua realização. Hoje a violência é um dos principais problemas a serem enfrentados para que se possa não apenas garantir melhor qualidade de vida, mas a própria vida.

Dentre os muitos indivíduos afetados pela violência, o mais lastimável é quando o alvo dela é a criança. O livro aqui resenhado trata precisamente deste aspecto. Foi organizado por Maria Faria Westphal e conta com um prefácio de João Yunes, Diretor da Faculdade de Saúde da USP, que lembra que milhões de mortes e seqüelas decorrentes da violência ocorrem anualmente, com dados negativos para a saúde e com implicações psicológicas tanto para as vítimas como para seus familiares e para a sociedade, o que justificou a realização do Primeiro Seminário Internacional sobre Violência e Criança, cujos textos integram o livro.

Westphal faz a apresentação do livro lembrando que o Seminário decorreu de uma cooperação entre USP, Universidade de Tel-Aviv e Universidade do Texas; que os objetivos do seminário foram alcançados e que os textos foram aglutinados.

Abertura – A visão dos Responsáveis por Políticas Públicas – começa com um discurso do então reitor da USP, Jacques Marcovitch, enfocando a necessidade de eliminar a violência no lar e apresentando a universidade como o

“campo mais fértil para que floresçam novas mentalidades e novos meios de inibir a violência no mundo de hoje” (p. 27). Segue-se a fala de Vera O. Gonçalves, representando o Ministro de Estado de Trabalho e Emprego. Ela lembra o esforço governamental para a redução do trabalho infantil e adolescente. O representante do Governador do Estado de São Paulo, Edson Ortega Marques diz que tem havido também esforço no Estado para prevenir o trabalho infantil e de jovens. José Gregory, ex-ministro de Estado da Justiça também vê a ação governamental como um marco, mas lembra outros esforços voluntários como relevantes em várias cidades e no Distrito Federal. Reconhece o crescimento do problema do menor infrator. Finaliza, lembrando que boas idéias e providências estão sendo realizadas tanto no campo governamental como no não-governamental. O Presidente da Sociedade Amigos de São Paulo e representante da Universidade Tel-Aviv, Mário Artur Adler, diz que o problema da violência e a criança é um assunto da maior importância, pede um esforço cooperativo e considera que dar um primeiro passo é urgente.

Seguindo a estrutura do evento, o livro foi organizado em cinco partes. A primeira é composta por dois textos que tratam da situação dos adolescentes e jovens no Brasil e em Israel. A situação das crianças, adolescentes e jovens no Brasil, no fim do século XX, foi pesquisada por Maria H. P. de M. Jorge, Sabina L. D. Gotlieb e Ruy Laurent, que apresentam dados demo-

(*) Westphal, M.F. (org.). **Violência e Criança**. São Paulo: EDUSP, 314 p.

(1) Profa. Dra. do Programa de Pós Graduação em Psicologia – PUC-Campinas – Endereço para correspondência: Av.: John Boyd Dunlop s/n – Jardim Ipaussurama Cep 13059-900 Campinas/SP Programa de Pós Graduação em Psicologia.

gráficos gerais e por região da distribuição de crianças e jovens e seu envolvimento com o mundo do trabalho, dados sobre a mortalidade infantil e suas causas, enfocando também as variáveis sexo e idade; informações quanto à gravidez na adolescência (peso das crianças e mortalidade materna) e a expansão da AIDS entre crianças e jovens. Solomon apresenta a situação de crianças e jovens em Israel fazendo uma análise dos efeitos de crescer em ambientes violentos nos quais dois padrões de respostas são fundamentais para a compreensão do problema: a vulnerabilidade e a resiliência. Nos ciclos de violência em que se desenvolvem, milhões de crianças morrem ou ficam traumatizadas pela violência da guerra e do terror; a que se acrescenta a violência doméstica e da comunidade. As crianças que vivem em zona de guerra, exemplifica com a Guerra do Golfo, apresentam muitos problemas, entre os quais o Distúrbio de Estresse Pós-Traumático (DSPT) e o envelhecimento prematuro são destacados. É alarmante também o fato de adultos estarem enviando crianças para a guerra.

A Segunda Parte tem por título Violência, Criança e Saúde, sendo composta por quatro capítulos. No primeiro, Maria Cecília de S. Minayo enfoca o significado social para a saúde no contexto da violência contra a criança e contra o adolescente, que acompanha o homem desde seu início, com variações culturais, com vários exemplos inclusos na Bíblia. É ainda limitada a reação social à violência doméstica, à delinquência infanto-juvenil, às agressões que acabam, muitas vezes, em morte (Síndrome da Criança Espancada) ou em deformidades e problemas psicológicos graves. O setor de saúde, particularmente os pediatras e os responsáveis pela saúde comunitária, precisa agir para prevenir e tratar as conseqüências da violência, "na sua articulação interdisciplinar, interprofissional e multissetorial. É importante ter em mente que nossas energias devem ser encaminhadas para a construção dos direitos humanos e sociais" (p.112).

Simone Gonçalves de Assis descreve as conseqüências de se crescer em meio à violência, que podem repercutir em suas vidas. Os modelos de irmãos infratores e a idade ou nível de desenvolvimento em que a criança sofre a violência são outros fatores a considerar e que resultam em conseqüências, tais como: dificuldades de atenção e de memória; ansiedade excessiva; jogos e brincadeiras agressivos; ações violentas para esconder seus medos; restrições nas atividades, exploração e pensamento; distúrbios de comportamento e desenvolvimento truncado.

O terceiro capítulo desta parte é da lavra de Maria Amélia Azevedo, que faz uma retrospectiva das contribuições brasileiras na prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes, retomando os modelos explicativos e apresentando dados sobre a violência. Há também obstáculos políticos a serem superados, como bem lembra a autora.

No último capítulo desta parte, Hélio Oliveira continua a tratar da violência doméstica em um texto breve em que, com base em vivência pessoal, combate o complô do silêncio e trata da necessidade de se trabalhar conjuntamente com o setor de comunicação social, já que esta tem impacto positivo na prevenção e temos muito a caminhar nesta direção.

A Parte III trata de Violência, Criança e Direitos Humanos, integrando três capítulos, sendo o primeiro escrito por Dan Shmit que trata dos aspectos legais na proteção da criança. A Lei Criminal prevê punição a delitos de abusos (físico e mental), punição aos pais agressivos e aos pais negligentes, bem como proteção no tribunal de júri. A proteção civil inclui a proteção dentro da estrutura da família; a proteção aos menores carentes, nas situações de adoção e separação. O problema é ter condições para fazer cumprir a lei.

No segundo capítulo desta parte, Maria Luiza Marcílio apresenta uma perspectiva histórica e descreve a situação presente da FEBEM de São Paulo. Para recuperá-la são necessários enfrentamentos urgentes, envolvendo políticas sociais amplas e de caráter preventivo;

fornecer, realmente, educação para todos; prevenção da delinquência infanto-juvenil; o professor ser, realmente, um agente transformador e pesquisar os múltiplos aspectos envolvidos.

Maria C. C. L. dos Santos trata, no terceiro capítulo desta parte, dos danos psíquicos. Após retomar aspectos já trabalhados por outros autores na mesma obra, do aspecto psicológico do qual destaca três fatores: personalidade dos pais, características provocadoras da criança e estresse ambiental. Lembra a frequência e as consequências da pedofilia, do incesto, do rapto, do abandono e da omissão de cuidado.

A quarta parte tem por título: Violência, Criança, Escola, Trabalho e Comunidade. Aqui também foram inseridos três capítulos, sendo o primeiro deles de autoria de Catherine R. Roberts, Robert E. Roberts e Irene G. Chen, que apresentam a violência contra adolescentes de 11 a 17 anos nos EEUU. Trata-se do relato de um amplo programa de pesquisa proposto em duas etapas, mas ainda em fase preliminar de análise, em que enfocaram a vitimização por colegas, por gênero e por grupo étnico. Também apresentam os resultados psicológicos decorrentes do nível de vitimização sendo que, quanto mais alto este nível, mais graves são as consequências.

No capítulo seguinte, Marília Pontes Sposito enfoca as políticas públicas de redução da violência no meio escolar, no qual, ela assume muitas faces. A escola carece de maior cuidado quanto à violência. Relata um programa do governo estadual de São Paulo, nos bancos periféricos com episódios de êxito e de alguns fracassos.

O último capítulo desta parte é assinado por Frida Mariana Fisher et al que apresentam pesquisa sobre acidentes de trabalho entre estudantes do ensino médio e fundamental de duas cidades do interior do Estado de São

Paulo: Santo Antônio do Pinhal e Monteiro Lobato. Os fatores de risco tendem a ocorrer mais à tarde, afetar predominantemente os oleiros, retireiros, os garçons, os que trabalham no lar e os jovens entre 18 e 20 anos, do sexo masculino. A maioria começou a trabalhar antes dos 11 anos como oleiros ou garçons.

A Parte V apresenta as Vozes dos Jovens e compreende dois capítulos, sendo o primeiro de autoria de Izabel Galvão, que apresenta a visão dos jovens sobre a Violência, em um texto breve em que reproduz "falas" de jovens sobre o que seja a violência, como por exemplo: "violência tá em todo lugar, porque eu mesmo não posso nem ir em shopping; eu até vou, mas eu não posso andar sossegado no shopping porque os policiais, os seguranças me seguem e ficam olhando feio" (p. 285), mas faltou um aprofundamento na apresentação.

O último capítulo foi redigido por Dirce H. B. de Carvalho e revê uma interpretação teatral de Violência e Cotidiano, levada ao público no Anfiteatro Camargo Guarnieri, na USP em 6 de novembro de 2000. Apresenta as impressões pessoais e falas de participantes do espetáculo como responsáveis (autores, atores, técnicos, professores) ou como platéia, apontando a relevância educacional destas apresentações, mas sem uma análise mais específica.

Fechando o livro, o leitor encontra a vinculação, titulação e atuação dos membros que participaram do evento.

É uma obra que viabiliza, aos que não puderam estar presentes no evento, ter uma perspectiva do que nele foi apresentado. É de interesse para quantos se ocupam com crianças e adolescentes.

Recebido para publicação em 12 de novembro de 2002 e aceito em 16 de junho de 2003.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

TIPOS DE TRABALHOS ACEITOS PELA REVISTA *ESTUDOS DE PSICOLOGIA*.

Os *Estudos da Psicologia* aceitam trabalhos originais referentes à psicologia como ciência e profissão, de acordo com as seguintes categorias:

Relatos de pesquisas, estudos teóricos, revisões críticas da literatura, relatos de experiências profissionais, comunicações breves, resenhas, informações sobre temas eventos, atividades referentes à psicologia e cartas ao Editor.

Apreciação pelo Conselho Editorial

Os manuscritos serão aceitos para avaliação, desde que não tenham sido publicados anteriormente e venham acompanhados de uma carta de encaminhamento assinada por todos os autores do trabalho, solicitando publicação na revista *Estudos de Psicologia*, em que consta a aprovação prévia de autores citados em comunicação pessoal.

As colaborações serão encaminhadas sem o nome do(s) autor(es) a três membros do Conselho Editorial da revista *Estudos de Psicologia*, dentre especialistas na matéria em julgamento. São necessários dois pareceres favoráveis para a aceitação final para publicação. Consultores ad hoc poderão ser consultados, quando necessário. Os nomes dos autores e os pareceres emitidos serão mantidos em absoluto sigilo. Aos autores será comunicada a decisão de aceitação ou recusa do trabalho. Os trabalhos que receberem sugestões para alterações serão encaminhados aos autores para as devidas correções, devendo ser devolvidos no prazo máximo de um mês. Os originais, mesmo quando não aprovados para publicação, permanecerão de posse da revista *Estudos de Psicologia*.

Pequenas alterações no texto poderão ser feitas pela Direção ou pelo Conselho Editorial da Revista, de acordo com critérios e normas operacionais da revista.

Forma de Apresentação dos Manuscritos

Estudos de Psicologia adota as normas de publicação da American Psychological Association - APA (4ª edição, 1994). Tais normas poderão ser reconsideradas em condições especiais referentes às especificidades da língua portuguesa, às condições operacionais da revista ou às normas da ABNT. Os manuscritos devem ser redigidos em português. Excepcionalmente, o inglês e o espanhol poderão ser aceitos, a critério do Conselho Editorial.

Os originais devem ser apresentados em 03 (três) vias, datilografadas em espaço duplo, acompanhadas de cópia em disquete 3 1/2, gravadas em editores de texto similares ou superiores ao Word for Windows, em fonte Times New Roman, CGTimes, Ro Prestige, tamanho 12.

O texto deverá ter de 600 a 5000 palavras, ou 12 a 20 laudas. Cada lauda deve ter 40 linhas com 80 caracteres, paginada desde a folha de rosto personalizada, que deverá ser numerada com número 1. A página deverá ser tamanho carta ou A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5 cm), esquerda e direita (no mínimo 3 cm).

Cada página impressa corresponde a mais ou menos três páginas do original incluindo as folhas de rosto, tabelas, figuras e referências bibliográficas. A versão reformulada deve ser

reencaminhada em três vias no formato de papel e uma via no formato de disquete. Deve ser encaminhada, também, uma autorização para a publicação dos resumos em inglês e português e do trabalho, na íntegra, para a versão on-line da revista *Estudos de Psicologia*.

Todo e qualquer encaminhamento inicial à revista deve vir acompanhado de carta assinada pelo autor principal, no qual esteja declarada a intenção dos autores de terem seu trabalho publicado na revista *Estudos de Psicologia*. Para a publicação final, os trabalhos com vários autores devem vir acompanhados de uma carta assinada por todos os autores.

Apresentação dos originais

Os trabalhos devem ser apresentados na seguinte ordem:

Folha de rosto sem identificação dos autores contendo:

- Título completo em português.
- Sugestões de título abreviado para cabeçalho, não excedendo 5 palavras.
- Título completo em inglês, compatível com o título em português.

Folha de rosto com identificação dos autores contendo:

- Título completo em português.
- Sugestão de título abreviado.
- Título completo em inglês.
- Nome de cada autor, seguido por afiliação institucional.
- Indicação do autor para correspondência, seguida de endereço completo, de acordo com as normas do correio. Se disponível, indicar também o endereço eletrônico.
- Indicação de endereço para correspondência com o Editor, para a tramitação do manuscrito, incluindo: fax, telefone e, se disponível, endereço eletrônico.
- Se necessário, indicação de atualização de afiliação institucional.
- Quando pertinente, incluir parágrafo reconhecendo apoio financeiro, colaboração de colegas e técnicos, origem do trabalho como, por exemplo, se foi anteriormente apresentado em evento, derivado de tese ou dissertação, coleta de dados efetuada em instituição distinta daquela informada como sendo a instituição de origem dos autores.

Folha à parte contendo Resumo, em português.

O resumo deve conter o máximo de 150 palavras, ou seja, cinco a dez linhas. Alguns tipos de colaboração dispensam resumo. Ao resumo devem seguir-se 3 a 5 palavras-chave para fins de indexação do trabalho. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir breve referência ao problema investigado, características da amostra, método usado para a coleta de dados, resultados e conclusões.

Folha à parte contendo Abstract, em inglês.

O Abstract deve ser compatível com o texto do resumo. Deve seguir as mesmas especificações do resumo, acompanhado de key words, compatíveis com as palavras-chave.

Trabalhos na íntegra

O texto de todo trabalho original submetido à publicação deve ter uma organização clara, usando títulos e subtítulos que facilitem a leitura. Para os relatos de pesquisa o texto deverá,

obrigatoriamente, apresentar introdução, metodologia, resultados e discussão. Nota de rodapé só é permitida na primeira lauda, para notificar auxílios recebidos, apresentação em eventos e atribuição de créditos.

Tabelas, quadros, figuras e fotografias somente deverão ser incluídos no corpo do trabalho se forem essenciais à compreensão do texto; recomenda-se o máximo de contenção neste sentido. Além disso, devem vir acompanhados de título que traduzam essencialmente o que está contido neles. Como regra, estes devem vir em folha à parte e os locais sugeridos para inclusão de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto, por meio de expressões como, por ex., "Inserir Fig. 1 aqui". Tabelas, quadros, figuras e fotografias de outros autores só poderão ser reproduzidos se acompanhados da indicação da fonte de referência e com cópia da devida autorização, anexada aos originais.

As citações bibliográficas deverão ser feitas de acordo com as normas da APA. No caso de transcrição na íntegra de um texto, esta deve ser delimitada por aspas, seguida do número da página citada.

Referências Bibliográficas

As referências devem ser indicadas em ordem alfabética do último sobrenome do autor principal. Trabalhos de autoria única ou do mesmo autor devem ser ordenados por ano de publicação, vindo em primeiro lugar a mais antiga. Trabalhos com um único autor vêm antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os co-autores sejam diferentes, devem guardar a ordem alfabética dos sobrenomes dos co-autores. Trabalhos com os mesmos autores devem ser ordenados por data; vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data deverão ser ordenados pelo título em ordem alfabética. A formatação das referências deve facilitar a tarefa de revisão e de editoração - além de espaço duplo e tamanho de fonte 12, o parágrafo deve ser normal, com recuo apenas na primeira linha, sem deslocamento das margens. Os grifos devem ser indicados por fonte em itálico.

No corpo da colaboração, as indicações devem ser feitas por meio dos sobrenomes dos autores e do ano de publicação constante nas referências.

Anexos

Anexos só poderão ser introduzidos quando contiverem informação indispensável para a compreensão do texto.

Tabelas, figuras e fotografias

Devem incluir título e notas, uma por página, em papel, e uma por arquivo de computador. Na publicação impressa, a tabela não pode exceder 18cm de largura x 24 cm de comprimento. Sua largura deve se limitar-se a 60 caracteres, para tabelas simples. Em tabelas mais complexas devem-se incluir 3 caracteres de espaço entre colunas da tabela, e limitar a 125 caracteres. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

Direitos Autorais da Revista *Estudos de Psicologia*

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à Revista *Estudos de Psicologia*. A reprodução total dos artigos desta Revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, está condicionada à autorização escrita do Editor. O autor principal de cada artigo receberá dez separatas de seu artigo.

Reprodução parcial de outras publicações

Os artigos submetidos à publicação devem evitar citações muito grandes extraídas de publicações de outros autores. Recomenda-se evitar a reprodução de tabelas, quadros ou desenhos. Quando isto acontecer, estes devem vir acompanhados de permissão dos autores que detenham os direitos autorais.

REVISTA ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Endereço para encaminhamento de originais, correspondência e solicitação da revista

Os manuscritos, bem como toda a correspondência necessária, deverão ser encaminhados para:

Editor

Revista Estudos de Psicologia

CAMPUS II - AV. JOHN BOYD DUNLOP S/N - JARDIM IPAUSSURAMA

Campinas / SP - CEP 13059-900

Telefone: (0xx19) 3729-8674 - Fax (0xx19) 3729-8532

E-mail: revista@puc-campinas.edu.br

Home Page: <http://www.puc-campinas.br/~ipf/revis/index/html>

CNPJ 46 020 301/0001-88

ASSINATURA

ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Nome: _____

Endereço _____

CEP _____ Bairro: _____ Cidade _____

Telefone _____ End. Internet _____

Indique com X a sua escolha:

Assinatura anual - R\$ 50,00

Número avulso - R\$ 12,00

Se você deseja assinar a revista Estudos de Psicologia, preencha esta ficha, efetue o depósito bancário na conta **Banco Itaú S/A - Ag 0009 c/c 49371-9**, Nominal à Sociedade Campineira de Educação e Instrução. Em seguida envie a ficha preenchida e o recibo do depósito para o endereço acima.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

Grão-Chanceler

Dom Gilberto Pereira Lopes

Reitor

Prof. Pe. José Benedito de Almeida David

Vice-Reitor

Prof. Pe. Wilson Denadai

Pró-Reitor de Graduação

Prof. Jamil Cury Sawaya

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Profa. Dra. Vera Sílvia Marão Beraquet

Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários

Profa. Dra. Carmem Cecília de Campos Lavras

Pró-Reitor de Administração

Prof. Antonio Sergio Cella

FACULDADE DE PSICOLOGIA

Diretor

Prof. Dr. Nilton Júlio de Faria

