

estudos de psicologia

Volume 23
Número 3
Julho/Setembro 2006

ISSN 0103 - 166X

FUNDADA EM 1983

Editora Chefe / Editor-in-Chief

Profa. Dra. Marilda Emmanuël Novaes Lipp (PUC-Campinas)

Editores Associados / Associate Editors

Prof. Dr. Antonios Terzis (PUC-Campinas)

Profa. Dra. Tania Maria José Aiello Vaisberg (PUC-Campinas)

Editora Financeira / Financial Editor

Profa. Dra. Maria Helena Mourão Alves de Oliveira (PUC-Campinas)

Editor Gerente / Manager Editor

Profa. Maria Cristina Matoso (SBI-PUC-Campinas)

Conselho Editorial / Editorial Board

André Sirota (Université de Paris X – Nanterre - France)

Charles Spielberger (University of South Florida - USA)

Denise Defey (Universidad de la República - Uruguay)

Denise R. Bandeira (UFRGS)

Francisco Lotuffo Neto (USP)

George Everly (Johns Hopkins University - USA)

Jacqueline Barus-Michel (Université de Paris 7 - Denis Diderot - France)

José J. B. V. Raposo (Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - Portugal)

Leandro Almeida (Universidade do Minho - Portugal)

Lúcia Emmanuël Novaes Malagrís (UFRJ)

Maria A. Mattos (UFRGS)

Maria M. Hübner (MacKenzie)

Nilson G. Vieira Filho (UFPE)

Sheva Maia Nóbrega (UFPE)

Suely S. Guimarães (UnB)

Vicente E. Cabalho (Universidade de Granada - España)

William B. Gomes (UFRGS)

Equipe Técnica / Technical Group

Normalização e Indexação / Standardization and Indexing

Maria Cristina Matoso

Editoração Eletrônica / DTP

Fátima Cristina de Camargo

Apoio Administrativo / Administrative Support

Divana A. J. Espírito Santo

O Conselho Editorial não se responsabiliza por conceitos emitidos em artigos assinados.

The Board of Editors does not assume responsibility for concepts emitted in signed articles.

A eventual citação de produtos e marcas comerciais não expressa recomendação do seu uso pela Instituição.

The eventual citation of products and brands does not express recommendation of the Institution for their use.

Copyright © Estudos de Psicologia

Estudos de Psicologia

Estudos de Psicologia

É uma revista trimestral do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fundada em 1983, incentiva contribuições da comunidade científica nacional e internacional, nas categorias revisão de literatura, artigo clínico, estudo de caso, estudo sobre testes psicológicos, relato de pesquisa, comunicação breve, resenha, resumo de teses e dissertações.

COLABORAÇÕES / CONTRIBUTIONS

Os manuscritos (um original e três cópias) devem ser encaminhados ao Núcleo de Editoração SBI/CCV e seguir as "Instruções aos Autores", publicadas no final de cada fascículo.

All manuscripts (the original and three copies) should be sent to the Núcleo de Editoração SBI/CCV and should comply with the "Instructions for Authors", published in the end of each issue.

ASSINATURAS / SUBSCRIPTIONS

Pedidos de assinatura ou permuta devem ser encaminhados ao Núcleo de Editoração SBI/CCV.

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

Anual: Pessoas físicas: R\$40,00

Institucional: R\$50,00

Aceita-se permuta

Subscription or exchange orders should be addressed to the Núcleo de Editoração SBI/CCV. E-mail: assinaturasccv@puc-campinas.edu.br

Annual: Individual rate: R\$40,00

Institucional rate: R\$50,00

Exchange is accepted

CORRESPONDÊNCIA / CORRESPONDENCE

Toda a correspondência deve ser enviada à Estudos de Psicologia no endereço abaixo:

All correspondence should be sent to Estudos de Psicologia at the address below:

Núcleo de Editoração SBI/CCV

Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama
13060-904 - Campinas, SP, Brasil.

Fone +55-19-3729-6859/6876 Fax +55-19-3729-6875

E-mail: revistas.ccv@puc-campinas.edu.br

Web: <http://www.puc-campinas.edu.br/ccv>

INDEXAÇÃO / INDEXING

LILACS, CLASE, PsycINFO e Index Psi Periódicos (BVS-Psi);

www.bvs-psi.org.br

Lista Qualis: A Nacional

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte. A reprodução total depende da autorização da Revista.

Partial reproduction is permitted if the source is cited. Total reproduction depends on the authorization of the Estudos de Psicologia.

FICHA CATALOGráfICA

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e Informação – SBI- PUC-Campinas

Apoio:



Estudos de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Campinas, SP, v.1 n.1 (1983-)

v.23 n. 3 jul./set. 2006

Quadrimestral 1983-1986; Semestral 1987-1991; Quadrimestral 1992-2004; Trimestral 2005-
Resumo em Português e Inglês.

ISSN 0103-166X

1. Psicologia – Periódicos. I. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

CDD 150

estudos de psicologia

ISSN 0103-166X

Revista Trimestral do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PUC-Campinas

Volume 23

Número 3

Julho/Setembro

2006

sumário CONTENTS

ARTIGOS ARTICLES

- 219 **Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia**
The meaning of the psychiatric reform to mental health workers in Goiânia, Brazil
| Ionara Vieira Moura Rabelo | Ana Raquel Rosas Torres
- 229 **Psicoterapia lúdica de uma criança com AIDS**
Therapy of a child with AIDS
| Svetlana Bacellar Aguirre | Sérgio Luiz Saboya Arruda
- 239 **Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola**
Characteristics of children seen at a University Psychology clinic from 2000 to 2002
| Sandra Augusta de Melo | Hέλvia Cristine Castro Silva Perfeito
- 251 **Os problemas de aprendizagem e o papel da família: uma análise a partir da clínica**
Learning problems and the family role: an analysis based on the clinical practice
| Lúcia de Fátima Carvalho Salvari | Cristina Maria de Souza Brito Dias
- 261 **A vivência do pai no processo de reabilitação da criança com deficiência auditiva**
Male genitor emotional experiences in the rehabilitation process of a hearing impairment children
| Paula Guimarães Motta Canho | Carmen Maria Bueno Neme | Midori Otake Yamada
- 271 **Escala de estratégias de leitura para etapa inicial do ensino fundamental**
Reading strategy scale for elementary school students
| Maria Cristina Rodrigues Azevedo Joly
- 279 **Equoterapia: suas repercussões nas relações familiares da criança com atraso de desenvolvimento por prematuridade**
Therapeutic riding: repercussion on family relations of children with prematureness development delay
| Juliana Fonsêca de Queiroz Marcelino | Zélia Maria de Melo
- 289 **Da diversidade na passagem para a quinta série do ensino fundamental**
Diversity in the transition from fourth to fifth grade in grade school
| Laíssa Eschiletti Prati | Marisa Faermann Eizirik
- 299 **A violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar**
Domestic violence and the interdisciplinary comprehension challenge
| Anamaria Silva Neves | Geraldo Romanelli

307 **Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental**

Therapeutic relationship scope and function in behavioral therapy

| Gasparina Louredo de Bessa Braga | Luc Vandenberghe

315 **Instruções aos autores** Instructions to authors

Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia¹

The meaning of the psychiatric reform to mental health workers in Goiânia, Brazil

Ionara Vieira Moura **RABELO**^{2,3}

Ana Raquel Rosas **TORRES**⁴

Resumo

Este trabalho teve como objetivo geral investigar a percepção dos trabalhadores de serviços de saúde mental do município de Goiânia sobre a reforma psiquiátrica. Foram entrevistados 180 profissionais que trabalham em serviços de saúde mental de Goiânia. Os questionários foram aplicados individualmente no local e horário de trabalho dos profissionais, com tempo médio de trinta minutos para responder. Para a análise dos dados, realizou-se a categorização das respostas abertas, tendo sido encontrada, nos dois tipos de serviços, uma maior ênfase em aspectos técnico-assistenciais, o que reduz a uma prática todos os construtos e embates pertinentes ao campo da reforma psiquiátrica. Os trabalhadores referem-se à política da humanização dos serviços, que apenas provoca a maquiagem da assistência, mas não consegue se aproximar da desinstitucionalização proposta pelo paradigma psicossocial.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; percepção do trabalhador; profissionais de saúde mental.

Abstract

This study main goal was to investigate mental health workers' perception about the psychiatric reform in Goiânia (Brazil). The participants were 180 professionals who work at Goiânia's mental health services. The questionnaires were individually applied at the working place, and it took 30 minutes to be answered. To analyze the data, firstly the results were categorized. There has been an emphasis towards the technical and assistance aspects, and it reduces all the constructs and struggles concerned in the psychiatric reform ideals into one practice. According to the workers, mental health services humanization politics only makes the assistance up but does not get close to the non-institutionalization psychosocial paradigm.

Key words: psychiatric reform; worker-perception; mental-health-workers.

Este trabalho teve como objetivo geral investigar a percepção dos trabalhadores de serviços de saúde mental do município de Goiânia sobre a reforma psiquiátrica. A escolha deste tema surge em meio a

uma série de propostas de reformulação das políticas de atenção à saúde mental para o Brasil e, conseqüentemente, para o município de Goiânia, tendo tais propostas como diretrizes os princípios da reforma

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de I.V.M. RABELO, intitulada "Reforma psiquiátrica e bem-estar: perspectivas e contradições entre trabalhadores de saúde mental do município de Goiânia". Universidade Católica de Goiás, 2003.

² Professora, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Paulista. Campus Goiânia, Br 153, km 503, área 1/5, Fazenda Botafogo, 74845-090, Goiânia, GO, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: I.V.M. RABELO. E-mail: <ivmr@terra.com.br>.

³ Psicóloga do CAPS Beija-flor, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Goiânia, GO, Brasil.

⁴ Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

psiquiátrica que se baseia no modelo italiano (Amarante, 1995).

Vale ressaltar que o movimento de implantação de serviços substitutivos em saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem sido fomentado pelo Ministério da Saúde. Porém, os trabalhadores contratados vêm de cursos de graduação que não pautaram em suas grades curriculares o paradigma que embasa as relações nesse novo modelo de atenção em saúde mental. De acordo com Campos e Soares (2003), os conceitos sobre saúde-doença mental que instituíram a reforma psiquiátrica não foram incorporados pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, o que termina por comprometer a superação das próprias práticas.

Em outubro de 2005 o Ministério da Saúde totalizou a implantação de 689 CAPS em todo Brasil. Para detectar a necessidade de expansão da rede, a proposta do Ministério da Saúde (2005) é de um CAPS para cada 100 mil habitantes, porém o critério populacional não deve ser o único para se planejar a rede de saúde mental, cabendo ao gestor local junto a outras instâncias planejar os dispositivos que melhor atendam à população local. O CAPS I dá resposta efetiva a 50 mil habitantes, o CAPS II dá cobertura a 100 mil habitantes e o CAPS III dá cobertura a 150 mil habitantes. De acordo com o Ministério da Saúde, há déficit em todas as regiões brasileiras, pois atualmente os CAPS estão assim distribuídos: Região Norte 0,19 CAPS por 100 mil habitantes; Região Nordeste 0,28 CAPS por 100 mil habitantes; Região Centro-Oeste 0,27 CAPS por 100 mil habitantes; Região Sudeste 0,34 CAPS por 100 mil habitantes e Região Sul 0,41 CAPS por 100 mil habitantes.

Dessa forma, é importante avaliar os conflitos que surgem entre trabalhadores com a implantação de novos dispositivos terapêuticos em saúde mental. Esse é um momento em que trabalhadores confrontam os modelos teóricos sobre a loucura, com ênfase na doença, que são predominantes na graduação, com uma prática em saúde mental com enfoque nas relações de exclusão vivenciadas pelo portador de sofrimento psíquico. Sendo assim, justificam-se a relevância e a contemporaneidade deste estudo por avaliar que a implantação de novos modelos de atenção em saúde mental está interligada à percepção que os profissionais têm desse processo.

Pensar o perfil de um trabalhador de saúde mental que assume os princípios da reforma psiquiátrica é falar de um indivíduo capaz de ir além do que é dado imediato, em outras palavras, ir além do mero sintoma; um trabalhador/trabalhadora que seja capaz de negar a possibilidade de uma relação autoritária para com o sujeito que sofre e de assumir o compromisso de que suas ações sejam uma recíproca na construção de autonomia e subjetividade. A negação do autoritarismo requer muito mais que uma simples mudança de postura individual, fazendo-se mister um compromisso contínuo com a capacidade de confrontar o cotidiano excludente das relações em sociedade.

A reforma psiquiátrica no Brasil

A princípio serão retomados os primeiros passos da reforma psiquiátrica no Brasil. Não será abordado aqui todo o percurso da Psiquiatria, pois esse relato seria muito longo e fugiria do escopo deste trabalho. Além do mais, vários autores já estudaram as diferentes modalidades de atenção psiquiátrica que estiveram presentes na história brasileira (Bezerra & Amarante, 1992; Delgado, 2000; Sampaio, 1994; Tundis & Costa, 2000).

Segundo Amarante (1995), a reforma psiquiátrica terá como berço para as idéias vindas da Itália, um momento político e social extremamente facilitador. A partir do final dos anos 1970 ocorreu o fim da Ditadura Militar brasileira e o início da Anistia Política, momento fundamental para a frutificação de idéias de liberdade, justiça e igualdade, principalmente para as minorias excluídas da sociedade. É nesse contexto que começam os questionamentos acerca das práticas em saúde mental.

A proposta de reforma psiquiátrica italiana serve de modelo para o que vem sendo proposto no Brasil. Amarante (1995) faz uma retrospectiva desse movimento desde abril de 1978, que a princípio oscila entre uma proposta de transformação psiquiátrica e de uma organização de trabalhadores que reivindicam seus direitos. Esse movimento será denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

O autor acima citado relata que o MTSM passa por inúmeros embates com setores conservadores da sociedade, que pleiteiam a manutenção do paradigma da Psiquiatria clássica, e, na segunda metade da década

de 80, dá um grande impulso no movimento da reforma psiquiátrica brasileira, pois deixa de ser apenas um campo de discussão sobre transformações técnico-assistenciais. Nessa época, ocorrem quatro fatos importantes para o entendimento do processo de implantação da reforma psiquiátrica no Brasil, a saber: a) 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco criador do SUS (Sistema Unificado de Saúde); b) II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental; c) apresentação do projeto de lei 3657/89, de autoria de Paulo Delgado e d) 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Toda essa movimentação termina por enriquecer a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, que passa a articular as transformações técnico-assistenciais a campos político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (Amarante, 1999). Ainda de acordo com esse autor, o campo teórico-conceitual percorre as produções teóricas que tentam definir um novo objeto de conhecimento. O campo técnico-assistencial tenta construir novos espaços de sociabilidade, trocas e produção de subjetividades. O campo jurídico-político propõe a revisão das legislações que envolvem os doentes mentais e tenta instaurar a construção de novas possibilidades de ingresso social. Por último, o campo sociocultural tem por objetivo transformar o imaginário social acerca da loucura, buscando práticas sociais de solidariedade e inclusão dos diferentes.

A partir daí, começam a surgir novos dispositivos, chamados de serviços substitutivos, com a função de trabalhar a saúde mental num outro modelo que não se restrinja ao contexto hospitalar, até então, o modelo de atenção à saúde mental predominante no Brasil.

O Ministério da Saúde inicia em 1991 o processo de regulamentação dos CAPS e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Em 6 de abril de 2001 o Ministério da Saúde (2002) sanciona a lei 10.216 que regulamenta a reforma psiquiátrica no Brasil.

Recentemente, a portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (Ministério da Saúde, 2004) amplia a abrangência dos serviços substitutivos, definindo o CAPS como um serviço ambulatorial de atenção diária, devendo funcionar segundo a lógica do território e responsabilizar-se pelas ações em saúde mental de sua região. Estabelece, ainda, que para municípios com

população entre 20 mil e 70 mil habitantes pode-se implantar o CAPS I, em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes pode ser operacionalizado o CAPS II e em municípios com mais de 200 mil habitantes, o CAPS III; esse último podendo funcionar 24 horas. Estabelece também o CAPSi II para atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e CAPSad II para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. É importante ressaltar que essa portaria é editada juntamente com uma série de outras legislações que em conjunto refletem uma política nacional de saúde mental que não mais se incorpora à lógica hospitalocêntrica.

Dessa forma, percebe-se o interesse do Estado em implantar novos modelos de assistência, via criação em lei e financiamento dessa rede de serviços substitutivos, que inclui hospital-dia, enfermaria psiquiátrica em hospital geral, centros de convivência e cooperativas de trabalho.

A portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos, o que é crucial para a reforma psiquiátrica, pois cria um dispositivo capaz de se contrapor à “hospitalidade” do hospital psiquiátrico. O financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos foi regulamentado pela portaria nº 1.220 de 7 de novembro de 2000 (Ministério da Saúde, 2004).

A portaria nº 799 de 19 de julho de 2000 estabelece um sistema de supervisão continuada da assistência em saúde mental para acompanhar e avaliar os estabelecimentos prestadores de serviços do SUS. Essa portaria irá propor normas técnicas e alternativas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção em saúde mental vigente no país (Ministério da Saúde, 2002).

O Ministério da Saúde mantém uma linha decisória de substituir o modelo de atenção à saúde mental centrado no hospital psiquiátrico e, para tanto, inicia um novo sistema de classificação desses serviços (portaria nº 251 de 31 de janeiro de 2002), com o objetivo de normatizar a assistência e, por meio de avaliação continuada, tentar o descredenciamento de leitos daqueles hospitais que não atingirem a classificação mínima exigida. Cabe ao gestor local propor a substituição do atendimento aos pacientes dos

hospitais não classificados, preferencialmente, em serviços extra-hospitalares (Ministério da Saúde, 2002).

No Brasil, os CAPS passaram de três unidades em 1990 a quase 300 em 2001, chegando a 689 CAPS em 2005, mas os gastos com internações psiquiátricas ainda estão em torno de 63,84% dos gastos em saúde mental do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2005).

Como os trabalhadores da área da saúde mental de Goiânia foram os participantes deste estudo, é válido acrescentar que, nesse município, foi aprovada a lei nº 7775 de 8 de abril de 1998 que dispõe sobre a política de saúde mental, pautando-se nos princípios da reforma psiquiátrica. Nessa cidade existem quatro CAPS tipo II para atender adultos com transtornos mentais moderados e graves, um CAPSi para crianças e adolescentes com transtornos mentais e dois CAPSad para usuários de álcool e outras drogas; enquanto um deles atende apenas crianças e adolescentes com até 18 anos, o outro atende apenas população adulta. Compõe, também, a rede de saúde mental, um pronto-socorro psiquiátrico e um ambulatório de saúde mental.

Dois grandes obstáculos colocam-se à frente da reforma psiquiátrica, de acordo com Amarante (1996): a assistência psiquiátrica privada, de caráter predominantemente manicomial; e a indústria farmacêutica que tem interesse na expansão do território psiquiátrico, "... isto é, a patologização dos comportamentos sociais é acompanhada também por novas possibilidades de medicalização ..." (Amarante, 1996, p.114).

O foco dos debates não recai mais sobre a origem das doenças, como se tentou no século XVIII, mas no questionamento da lógica manicomial, que fomenta a exclusão. Novas serão as práticas embasadas em visões que tentam uma compreensão acerca da loucura, nas quais não mais se admite o binômio loucura-periculosidade. As palavras que norteiam as novas práticas são cidadania, reinserção e compromisso técnico-político. O adoecer não é mais excluído/punido, como no alvorecer da clínica psiquiátrica, mas acolhido e reintegrado à sociedade, locus de onde não deveria ter sido expulso.

Com base no que foi exposto acima, pode-se refletir o grande investimento que o Brasil tem feito a fim de criar novos dispositivos de atenção em saúde mental. Dessa forma, torna-se essencial que os

trabalhadores de saúde mental estejam envolvidos nesse processo, para que ele possa ser implementado efetivamente.

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivos específicos investigar: o grau de conhecimento dos trabalhadores de saúde mental sobre a reforma psiquiátrica; a percepção sobre a eficácia dos pressupostos da reforma psiquiátrica para a atenção à saúde mental; a percepção a respeito da implantação dos pressupostos da reforma psiquiátrica em Goiânia e as expectativas de mudanças vinculadas à implantação da reforma psiquiátrica.

Método

Procedimentos

Considerando como serviços representantes da Psiquiatria tradicional as clínicas psiquiátricas e como serviços substitutivos em saúde mental as unidades públicas especializadas em saúde mental, optamos por ter, como participantes deste estudo, trabalhadores desses dois tipos de serviços. Mas essa é apenas uma divisão didática, pois se acredita que não seja apenas o locus de trabalho que irá diferenciá-los como representantes da Psiquiatria tradicional ou da reforma psiquiátrica, mas sim as opiniões e práticas profissionais concretas.

Com a autorização da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, foram entrevistados profissionais de seis serviços de atenção em saúde mental da Rede Básica de Saúde de Goiânia. No período da pesquisa (dezembro de 2001 até fevereiro de 2002) existiam, na Região Metropolitana de Goiânia, nove clínicas psiquiátricas, das quais seis apresentaram interesse em participar da pesquisa.

No primeiro contato com os prováveis participantes, os objetivos da pesquisa eram explicitados, enfatizando que a participação era voluntária. Eram dados a garantia do anonimato ao participante bem como o direito de retirar seu consentimento e sair da pesquisa a qualquer momento.

Foram entrevistados 201 profissionais que trabalham em serviços de saúde mental de Goiânia, sendo considerados como válidos para a análise dos

dados aqueles questionários que estavam com mais de 50% das questões respondidas. Assim o número final de participantes foi de 180.

Os questionários foram aplicados individualmente, no local e horário de trabalho dos profissionais, com tempo médio de trinta minutos para respondê-los.

Instrumento

O instrumento utilizado era formado por: duas questões sobre o conhecimento acerca da reforma psiquiátrica; duas questões sobre a eficácia dos pressupostos da reforma psiquiátrica; duas questões sobre a implantação da reforma psiquiátrica em Goiânia; duas questões sobre as expectativas de mudança com a implantação da reforma psiquiátrica.

Para a análise dos dados, realizou-se a categorização inicial das respostas abertas, que depois foi avaliada por um grupo de sete juízes, composto pelos membros do Grupo de Pesquisa em Processos Grupais vinculado à Universidade Católica de Goiás. Esse grupo verificou a adequação das categorias construídas. No caso de discordância, procurou-se encontrar a opinião consensual dos juízes. Dessa análise foram excluídas as respostas que não estavam diretamente relacionadas com as perguntas, como, por exemplo, "tem que ver cada caso isoladamente".

Resultados

Para a análise das questões sobre as informações acerca da reforma psiquiátrica, utilizaram-se, como categorias, os quatro campos fundamentais da reforma psiquiátrica que foram propostos por Amarante (1999) e que foram discutidos anteriormente neste trabalho. Esses campos são: eixo teórico-conceitual, eixo técnico-assistencial, eixo jurídico-político e eixo sociocultural.

Inicialmente, é importante ressaltar que 94,6% de trabalhadores dos serviços substitutivos responderam que já ouviram falar na reforma psiquiátrica, enquanto nos hospitais psiquiátricos esse número cai para 73,6%.

Para avaliar a frequência das respostas, de acordo com as categorias citadas acima, utilizou-se para a análise o teste estatístico qui-quadrado, comparando

as frequências de cada uma das categorias citadas acima de acordo com o local de trabalho (Tabela 1). O eixo técnico-assistencial que descreve a reforma psiquiátrica como novas práticas em saúde mental foi o mais abordado pelos trabalhadores de ambos os tipos de serviço (37,8), estando 39,2% do total das respostas nos serviços substitutivos e 36,8% nos hospitais psiquiátricos. O eixo teórico-conceitual foi o segundo mais citado (10,5%), sendo, nesse eixo, abordados os tópicos teóricos sobre a reforma psiquiátrica.

O teste estatístico mostra que não houve diferenças significativas nas respostas dos participantes quando divididas por local de trabalho. No entanto, o que chama atenção é o fato de que os eixos jurídico-político e sociocultural, que enfatizam as mudanças na sociedade como um todo, são pouco citados em ambos os serviços, sendo significativamente menor nos hospitais psiquiátricos.

Nas duas questões sobre a eficácia das idéias da reforma psiquiátrica, havia a possibilidade de marcar sim ou não e justificar a resposta. Na Tabela 2, apresenta-se o qui-quadrado desses resultados, encontrando-se as porcentagens calculadas de acordo com cada serviço. Ressalta-se que não foram consideradas, nesse cálculo, as respostas em branco ou que assinalaram simultaneamente sim e não. Assim, essa tabela analisa 84,4% do total da amostra.

O que mais nos chama atenção é que 73% dos trabalhadores entrevistados responderam acreditar na eficácia das idéias da reforma psiquiátrica, estando 82,1% desses nos serviços substitutivos e 65,9% nos hospitais

Tabela 1. Porcentagem de respostas à questão: o que você entende por reforma psiquiátrica? de acordo com o local de trabalho.

Entende por reforma psiquiátrica	Serviço substitutivo	Hospital psiquiátrico	Total
	n= 74	n= 106	n= 180
Eixo técnico-assistencial	39,2	36,8	37,8
Eixo teórico-conceitual	10,8	10,4	10,5
Eixo jurídico-político	13,5	3,8	7,8
Eixo sociocultural	9,5	4,7	6,7
Outras respostas	17,6	23,5	21,1
Adaptação	-	3,8	2,2
Não responderam	9,4	17,0	13,9
Total	100,0	100,0	100,0

$\chi^2(6) = 12,174; p = ns$

psiquiátricos. No entanto a maior porcentagem de participantes que não acreditavam na eficiência da reforma psiquiátrica (34,1%) trabalhava nos hospitais psiquiátricos e essa diferença é significativa.

Realizou-se a categorização de respostas que justificam o porquê de acreditar ou não na eficácia das idéias da reforma psiquiátrica, de acordo com o local de trabalho, tendo sido considerados, para essa análise, apenas 179 casos válidos (Tabela 3). Para analisar esses dados, foram avaliadas, primeiramente, as respostas dos que dizem não acreditar na eficácia das idéias da reforma psiquiátrica, para depois analisar as respostas daqueles que acreditam na sua eficácia.

Analisando a Tabela 3, encontrou-se que 19,0% do total justificaram não acreditar na eficácia da reforma psiquiátrica, sendo a maior parte desses (25,7%) trabalhadores dos hospitais psiquiátricos. É interessante

ressaltar que as justificativas para não acreditar na eficácia das idéias da reforma psiquiátrica tornam-se um pouco diferentes, de acordo com o local de trabalho. Os funcionários dos serviços substitutivos afirmaram discordar da eficácia das idéias da reforma em função da demora em sair da teoria e tornar-se prática, enquanto os trabalhadores de hospitais psiquiátricos alegam que os familiares dos pacientes não teriam estrutura para cuidar deles.

Ao avaliar o que justifica a crença na eficácia das idéias da reforma psiquiátrica, detectou-se que a percepção de um modelo de atendimento mais humanizado foi a justificativa que mais apareceu no total, 11,7% (Tabela 3). Mas, ao observarmos esses dados de acordo com o local de trabalho, tem-se como maior índice que os trabalhadores dos serviços substitutivos (14,9%) consideraram que uma visão mais complexa do ser humano era o que mais embasava suas crenças sobre a eficácia da reforma psiquiátrica.

Os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos justificaram acreditar na eficácia das idéias da reforma psiquiátrica (Tabela 3), porque sempre há mudanças (11,4%) e porque é um modelo mais humanizado (13,3%). Enquanto os trabalhadores dos serviços substitutivos responderam acreditar na reforma psiquiátrica porque o modelo tradicional é ineficaz (9,5%). Também chama a atenção o número de respostas não categorizáveis e em branco que, somadas, são aproximadamente 29,6%. As respostas não categorizáveis são aquelas conside-

Tabela 2. Porcentagem de respostas à questão: você acredita na eficácia das idéias da reforma psiquiátrica? de acordo com o local de trabalho.

Respostas	Serviço substitutivo	Hospital psiquiátrico	Total
	n= 67	n= 85	n= 152
Acredita na eficácia	82,1	65,9	73,0
Não acredita na eficácia	17,9	34,1	27,0
Total	100,0	100,0	100,0

$\chi^2(1)= 4,996; p<0,05$

Tabela 3. Porcentagem de respostas que justificam acreditar ou não na eficácia das idéias da reforma psiquiátrica? de acordo com o local de trabalho.

Justificativas	Serviço substitutivo	Hospital psiquiátrico	Total
	n	n	n
É um modelo mais humanizado	74	105	179
Acreditam que sempre haverá mudanças	9,5	13,3	11,7
Por ter uma visão mais complexa do ser humano	5,3	11,4	8,9
Pela ineficácia do modelo tradicional	14,9	3,8	8,4
Mudanças ocorridas no hospital psiquiátrico	9,5	2,9	5,6
Já trabalham no modelo da reforma psiquiátrica	2,7	6,7	5,0
Ênfase no contato com a sociedade	10,8	-	4,5
Mas fazem ressalvas à reforma psiquiátrica	5,3	3,8	4,5
Não categorizáveis	1,4	3,8	2,8
Em branco	10,8	5,7	7,8
Não acreditam na eficácia da reforma psiquiátrica	20,3	22,9	21,8
Total	9,5	25,7	19,0
Total	100,0	100,0	100,0

$\chi^2(10)= 33,542; p<0,001$

percebidas com essa implantação.

Ao analisar os dados da Tabela 4, iniciando pelas últimas linhas, percebe-se que 25% de todos os entrevistados não responderam a essas questões. É alto o índice (20%) dos sujeitos que não acreditam que a reforma psiquiátrica esteja sendo implantada em Goiânia, mas a maioria desses participantes (26,4%) é de trabalhadores dos hospitais psiquiátricos. Se forem somados os dois resultados anteriores, encontra-se que quase a metade da amostra (45%) ou não quis responder ou não sabia nada a respeito ou mesmo não percebia nenhuma modificação que demonstrasse a implantação de uma nova forma de atendimento em saúde mental.

Com relação às respostas sobre o que identificavam como mudança ocorrida com a implantação da reforma psiquiátrica em Goiânia (Tabela 4), observa-se que a categoria implantação de novos serviços foi a mais citada, com 21,1% do total das respostas, e apareceu mais nos trabalhadores dos serviços substitutivos (36,5%). Além de considerarem a implantação de novos serviços, os trabalhadores dos serviços substitutivos também apontaram perceber que as mudanças ocorreram em função da organização dos movimentos sociais (10,8%).

Uma vez que a modificação dentro dos hospitais foi a justificativa mais presente entre profissionais dos hospitais psiquiátricos (16,0%), essas modificações talvez se refiram à “humanização” do atendimento.

Esses resultados (Tabela 4) confirmam a categorização realizada sobre entendimento dos trabalhadores acerca da reforma psiquiátrica (Tabela 1), pois 37,8% das respostas versaram sobre o eixo técnico-assistencial que se refere às mudanças com relação à procedimentos no atendimento. A Tabela 4 também apresenta o quão pouco se percebe de modificações societárias (6,7%), ou seja, mobilizações da sociedade civil que busquem novas formas de atenção e visão de homem que apresenta sofrimento psíquico.

Nas últimas questões do instrumento utilizado indagou-se sobre as expectativas de mudanças com a implantação da reforma psiquiátrica em Goiânia (Tabela 5). Iniciando pelas últimas linhas, encontra-se como índice significativo que 29,4% dos trabalhadores ou não responderam ou mesmo deram respostas não categorizáveis, como, por exemplo, “não posso falar nada por enquanto”. A maioria dessas respostas (33,0%) era de trabalhadores dos hospitais psiquiátricos. As melhorias no atendimento de forma geral (22,2%) foram as respostas que mais apareceram, seguidas da implantação de novos serviços substitutivos (12,8%).

Para os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos destacam-se duas categorias: 22,6% acreditam que ocorrerão melhorias nos atendimentos com a implantação da reforma e 8,5% imaginam que os próprios hospitais terão melhorias. Tais dados novamente apontam para uma humanização do hospital como algo a ser conquistado com a implantação da reforma psiquiátrica em Goiânia.

Tabela 4. Porcentagem de respostas às questões: a reforma psiquiátrica está sendo implantada em Goiânia? e o que identifica como mudança ocorrida, em Goiânia, com a implantação da mesma? de acordo com o local de trabalho.

Justificativas	Serviço substitutivo	Hospital psiquiátrico	Total
	n	n	
	74	106	180
Está sendo implantada através da criação de novos serviços	36,5	10,4	21,1
Está sendo implantada porque há mudanças ocorrendo dentro dos hospitais psiquiátricos	4,0	16,0	11,1
Está sendo implantada porque vê melhorias nos atendimentos de forma geral	12,2	10,4	11,1
Está sendo implantada em função de movimentos sociais que lutam por mudanças no atendimento em saúde mental	10,8	3,8	6,7
Não responderam	20,3	28,3	25,0
Afirma que a reforma psiquiátrica não está sendo implantada em Goiânia	10,8	26,4	20,0
Não categorizáveis	5,4	4,7	5,0
Total	100,0	100,0	100,0

$\chi^2(6) = 29,537; p < 0,001$

Tabela 5. Porcentagem de respostas à questão: o que irá mudar com a implantação da reforma psiquiátrica em Goiânia? de acordo com o local de trabalho.

Justificativas	Serviço substitutivo	Hospital psiquiátrico	Total
	n	n	
	74	106	180
Melhorias nos atendimentos de forma geral	21,6	22,6	22,2
Implantação de novos serviços substitutivos	18,9	8,5	12,8
Mudanças na sociedade	16,2	4,7	9,4
Mais restrições aos hospitais psiquiátricos (redução de leitos, diminuição do tempo de internação, fechamento dos hospitais)	6,8	10,4	8,9
Mudanças nas políticas governamentais incentivando mais a reforma psiquiátrica	9,5	6,6	7,8
Melhoria dentro dos hospitais psiquiátricos	1,4	8,5	5,6
Cobrar maior responsabilização dos familiares dos usuários dos serviços de saúde mental	1,4	5,7	3,9
Não responderam	18,9	28,3	24,4
Não categorizáveis	5,3	4,7	5,0
Total	100,0	100,0	100,0

$\chi^2(8) = 18,620; p < 0,05$

É interessante observar (Tabela 5) o surgimento de novas categorias que até então não haviam aparecido nas outras questões. Aparecem respostas que apontam expectativas de mudanças na sociedade (9,4%), de diminuição do preconceito e de melhor acolhimento dos pacientes psiquiátricos; a maioria (16,2%) dessas respostas pertencia a trabalhadores dos serviços substitutivos.

Há também duas categorias que demonstraram a percepção do apoio governamental para a implantação da reforma psiquiátrica: mudanças das políticas governamentais (7,8%) e maiores restrições aos hospitais psiquiátricos (8,9%). Ressalta-se que entre os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos (10,4%), destacou-se a percepção de que haverá mais fiscalização e, portanto, maior restrição ao funcionamento dos hospitais especializados em Psiquiatria.

A cobrança de uma maior responsabilização dos familiares dos usuários dos serviços de saúde mental foi uma das novas categorias que foi superior entre trabalhadores dos hospitais psiquiátricos (5,7%) em comparação aos trabalhadores dos serviços substitutivos (1,4%).

A análise das questões abertas aponta direções interessantes no que diz respeito à implantação da reforma psiquiátrica em Goiânia. Esses aspectos serão discutidos mais detalhadamente nas considerações

finais.

Considerações Finais

Ao avaliar a percepção sobre a reforma psiquiátrica entre trabalhadores de saúde mental do município de Goiânia, pôde-se perceber os altos índices de trabalhadores que afirmaram já terem ouvido falar da reforma psiquiátrica: 94,6% estavam trabalhando nos serviços substitutivos e 73,6% nos hospitais psiquiátricos. Mas, ao serem questionados sobre o que entendem por reforma psiquiátrica, encontrou-se, nos dois tipos de serviços investigados, uma maior ênfase em aspectos técnico-assistenciais, ou seja, a maior parte dos trabalhadores referiu-se à reforma psiquiátrica como mudanças nas práticas de assistência ao doente, o que, no limite, reduz a uma prática todos os construtos e embates pertinentes ao campo da reforma psiquiátrica. Congruente com essa idéia, avaliou-se também que as respostas concernentes aos campos jurídico-político e sociocultural foram bem menos freqüentes em ambos os grupos de participantes.

Tal fato demonstra como o conhecimento dos trabalhadores restringiu-se às reformulações técnicas, sem questionar os princípios de tutela e segregação presentes na legislação e em todas as relações da insanidade/sociedade nas quais a cultura de exclusão

do diferente é hegemônica. Tal resultado é congruente com o estudo de Oliveira e Alessi (2005), que detectou que a cidadania tutelada é a principal forma de relação técnico-usuário, demonstrando como serviços abertos também podem reproduzir lógicas manicômias.

Ao reduzir à dimensão técnico-usuário as possibilidades de mudanças, o técnico não estará tomando para si o paradigma problema-solução já questionado pela reforma psiquiátrica? Será que novamente a crítica acerca da ineficácia do manicômio será transformada numa crítica à ineficácia do trabalhador? Apenas novas roupagens para que o debate retome a culpabilização individual em detrimento da responsabilidade social?

Talvez este estudo não consiga responder a tais questões, mas é relevante no sentido de apontá-las para que novos trabalhos possam aprofundar tais temas, numa vertente que contemple um objeto que não se restrinja à lógica causa-efeito.

O que os resultados apontam é que o modelo médico hegemônico moderniza-se na fala dos trabalhadores. Tal modernização termina por impedir o rompimento com o paradigma biológico e novamente reautoriza o saber da Psiquiatria clássica como já apontou Rotelli (2001).

Com relação à percepção sobre a eficácia das idéias da reforma psiquiátrica, apareceu um decréscimo significativo de participantes que acreditam nelas, se considerarmos o número de participantes que já haviam ouvido falar na reforma psiquiátrica. Esse decréscimo foi significativamente maior nos participantes que trabalhavam em hospitais psiquiátricos. Tal fato pode sugerir que os preceitos da reforma psiquiátrica, quando mediados pela instituição onde o trabalhador atua, terminam por transfigurar-se em um projeto que não é confiável.

De acordo com a categorização das respostas daqueles que acreditam na eficácia das idéias da reforma psiquiátrica, as respostas mais freqüentes enfatizavam um modelo mais humanizado. Tal dado serve de alerta, pois a humanização dos serviços é exatamente o que sempre foi almejado para resgatar o hospital como instrumento de cura, como nos exemplos históricos listados por Amarante (1995), como a comunidade terapêutica e psicoterapia institucional.

Novamente o discurso técnico moderniza-se como forma de adequar-se aos conflitos que começam a surgir. É o que se percebe nos funcionários que estão nos hospitais psiquiátricos e tentam legitimar sua continuidade.

Este estudo demonstra uma coexistência das idéias do paradigma biológico e psicossocial por meio da categoria "humanização". Essa nova fronteira encontrada como forma de passagem corre o risco de cristalizar-se, pois é politicamente correta ao mesmo tempo em que não confronta com o modelo excludente da lógica neoliberal.

Analisados em conjunto, esses dados apontam para uma interessante interrogação: a reforma psiquiátrica brasileira está sendo restringida a mudanças nas políticas de atenção à saúde mental? Se a resposta for positiva, formaliza-se uma nova forma de atenção à saúde mental: os serviços substitutivos são a alternativa moderna à lógica problema-solução da loucura. Tal constatação iria confrontar o conceito de desinstitucionalização tão defendido pelos teóricos italianos Rotelli, Leonardis e Mauri (2001).

Há a necessidade de novos estudos que tentem captar essa nova fronteira que aqui se detectou: a humanização dos serviços. A fronteira em que velho e novo conseguem sobreviver, onde as diferenças são equalizadas e a plasticidade do antigo consegue incorporar o modelo mais recente que o confronta. Tais reflexões descortinam um horizonte importantíssimo, no qual somente novas pesquisas poderão contribuir para o entendimento dos caminhos da saúde mental brasileira.

Referências

- Amarante, P. (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In M. I. A. Fernandes, I. R. Scarcelli & E. S. Costa (Orgs.), *Fim de século: ainda manicômios?* (pp.47-53). São Paulo: IPUSP.
- Bezerra, B., & Amarante, P. D. C. (Orgs.) (1992). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Campos, C. M. S., & Soares, C. B. (2003). A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2), 621-628.

Delgado, P. G. G. (2000). Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (6a ed., pp.171-202). Petrópolis: Vozes.

Ministério da Saúde. (2002). *Legislação em saúde mental* (3a ed.). Brasília: Série Legislação em Saúde.

Ministério da Saúde. (2004). *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. (Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas). Brasília: Ministério da Saúde.

Oliveira, A. G. B., & Alessi, N. P. (2005). Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1), 191-203.

Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (2a ed., pp.89-90). São Paulo: Hucitec.

Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (2a ed., pp.17-59). São Paulo: Hucitec.

Sampaio, J. J. C. (1994). *Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis* (Vol.1-3). Fortaleza: Escola de Saúde Pública Dr. Paulo Marcelo Martins Rodrigues.

Tundis, S. A., & Costa, N. R. (Orgs.) (2000). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (6. ed.). Petrópolis: Vozes.

Recebido: 5/10/2005

Versão final reapresentada em: 6/1/2006

Aprovado em: 19/5/2006

Psicoterapia lúdica de uma criança com AIDS

Therapy of a child with AIDS

Svetlana Bacellar **AGUIRE**¹

Sérgio Luiz Saboya **ARRUDA**²

Resumo

Trata-se do estudo de caso de uma criança com AIDS, atendida semanalmente em psicoterapia lúdica de orientação psicodinâmica durante um ano. São descritas e discutidas fantasias, angústias e defesas relacionadas às dificuldades emocionais de vivenciar sua doença e a perda de seus pais falecidos por complicações decorrentes da AIDS. Essa criança se expressou principalmente por meio de desenhos, utilizando inicialmente a negação como mecanismo de defesa. No decorrer do processo de ludoterapia, pôde usar outras defesas e formas de expressão. São observados sentimentos de abandono e de culpa relacionados com sua doença e com a morte dos pais, e fantasias inconscientes de haver provocado o falecimento dos genitores.

Palavras-chave: HIV; morte; psicoterapia lúdica da criança; psicoterapia psicodinâmica.

Abstract

This is a case report of a child with AIDS who has taken part into psychotherapeutic sessions for an year. Considering the emotional difficulties experienced by the patient regarding the disease as well as the loss of his parents, caused by AIDS, an analysis based on psychodynamic psychology was conducted in relation to the unconscious fantasies, anxieties and defenses. At first, the child had used denial as a defense and expressed himself mainly through drawings. Along the play psychotherapy, the child was able to use less primitive defenses and express himself in other ways, such as games and drawings. The child's suffering seemed to be a result of abandonment and guilt feelings in relation to the disease and to his parents' death, as well as to unconscious fantasies of having provoked their death.

Key words: human-immunodeficiency-virus; death; play-therapy; child-psychotherapy.

Ser vitimado por uma doença grave ou enfrentar o falecimento dos pais são acontecimentos difíceis de serem vividos e elaborados por qualquer indivíduo, devido ao envolvimento com a problemática da morte com suas perdas e lutos. No presente estudo, essas situações ocorreram simultaneamente, o que torna a dinâmica mental e o processo terapêutico mais complexos, principalmente por haverem atingido uma criança em desenvolvimento.

Neste trabalho, são discutidas fantasias, angústias e defesas de um menino de nove anos de idade em relação a sua enfermidade, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), e à perda dos pais. Espera-se que este estudo de caso possa auxiliar na compreensão de aspectos emocionais presentes em crianças com doenças potencialmente graves ou que enfrentam perdas e situações de morte, podendo ser útil a profissionais que trabalham clinicamente com seres humanos em contextos semelhantes.

▼▼▼▼▼

¹ Psicóloga, Curso de Especialização em Psicoterapias na Infância, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiátrica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

² Professor Doutor, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Caixa Postal 6111, Barão Geraldo, 13081-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.L.S. ARRUDA. E-mail: <saboya@unicamp.br>.

Em seguida, são feitas considerações teóricas sobre a morte, o luto e a vivência de doenças graves, associando-as à infância, temas preparatórios para a discussão clínico-teórica do caso relatado.

A morte e o luto

O morrer e a morte são fenômenos mais abrangentes e complexos do que a simples cessação da vida. A morte pode ser precedida por um longo processo psicológico e orgânico. Na esfera emocional, é importante que se considere a ansiedade associada ao processo de adoecimento, as ameaças inerentes à aproximação do fim, e uma série de acontecimentos experienciados ao longo da vida.

Para Taschetto, Teixeira e Kiperman (1994), Winnicott não se deteve em uma idéia biológica da morte, mas interessou-se pela morte psíquica, rompendo com o pensamento de morte como algo pré-determinado ou desejado. O "problema fundamental não é o conflito entre amor e ódio, ou vida e morte, mas entre o ser e o aniquilamento, entre o amor e o temor" (p.192).

Winnicott (1963/2000) afirma que, respeitadas as variações individuais, o medo da morte - assim como o medo do colapso e da solidão - pode ser considerado um medo de um acontecimento passado que já ocorreu, mas que ainda não pôde ser experienciado.

Celeri e Outeiral (2005) comentam que Winnicott sempre se posicionou criticamente em relação à pulsão de morte. O indivíduo não emerge do inorgânico, o oposto da vida não é a morte. Nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, a morte significa a "perda do ser em razão de uma reação prolongada contra uma intrusão ambiental" (p.437).

O longo processo do viver em direção à morte - que inclui o adoecer e inúmeras situações inconscientes de morte psíquica, de perdas, de lutos, e de cuidados não suficientemente adequados - deve ser discriminado da vivência da morte propriamente dita. Aquele processo já está presente desde a infância, prolonga-se por toda a existência humana e é preparatório do fim da vida.

Freud (1915/1974b) afirma que, do ponto de vista do inconsciente, os seres humanos relutam em acreditar na própria morte, julgando-se imortais. Em "Luto e

melancolia", Freud (1915/1974a) chama de luto o processo inconsciente de elaboração da perda de um ente querido, consistindo num período a ser superado dentro de um intervalo de tempo. O luto é doloroso, ocorre contra a vontade do sujeito, implica sentimento de vazio.

Segundo Torres (2002), a criança sabe mais a respeito da morte do que geralmente os adultos supõem. A idade cronológica, o desenvolvimento cognitivo e situações de confronto com a morte são importantes na aquisição dos conceitos de irreversibilidade (o corpo não vive após a morte), não-funcionalidade (cessação das atividades do corpo após a morte) e universalidade (tudo que é vivo morre).

Assuntos que giram em torno do começo e do fim da vida fazem parte da inesgotável curiosidade da criança. O conceito de morte ainda não é claro, já que as crianças criam hipóteses a respeito da morte e do morrer, conforme predomine a fantasia ou a realidade (Hug-Helmut, 1998).

O silêncio do adulto a respeito da morte influencia a percepção da morte e o luto da criança. Ao se esconderem fatos importantes, ataca-se a capacidade de pensar da criança, deixando marcas prejudiciais em seu desenvolvimento. Da mesma forma, ocultar a morte dificulta o trabalho de luto (Aberastury, 1984).

A criança é muito influenciada pelo que lhe é dito e como é dito. Para ajudá-la no processo de luto, é importante manter com ela uma comunicação sincera e direta; garantir o tempo necessário para o luto; e assegurar-lhe a proteção necessária (Torres, 2002).

A vivência de uma doença grave

O homem reage de formas diferentes às doenças em função de vários fatores: o significado pessoal e subjetivo que a enfermidade desperta no paciente, as características de personalidade, as circunstâncias sociais, a natureza da patologia e o tratamento realizado (Botega, 2006).

Kübler-Ross (1989) concluiu que os pacientes passam por diferentes estágios a partir do momento que sabem que estão com doença grave e que correm risco de vida. Tais estágios são: negação, isolamento, raiva, barganha, depressão, aceitação, esperança.

Ao comentar a forma como o ser humano lida com a morte, Cassorla (1991) afirma o seguinte: “não podemos viver bem, se negamos nossa finitude. A morte faz parte da vida, e se a ignoramos já não vivemos” (p.21).

Sobre a consciência que uma criança apresenta da sua enfermidade, lencarelli (1997) relata o caso de um paciente de dez anos de idade em psicoterapia que sabia ter tumor na coluna. Em nenhum momento, ele ignorava seu estado e a possibilidade de morrer.

A compreensão consciente é um componente importante da resposta da criança à doença. Contudo, as fantasias inconscientes podem alterar a percepção e a compreensão que ela tem de sua doença, dos procedimentos médicos e do tratamento (Celeri, Jacintho & Straus, 2006).

Algumas crianças gravemente doentes podem sentir-se culpadas ou castigadas pela doença. Também sentem revolta e ansiedade, podendo tais sentimentos influenciar na adesão ao tratamento (Weininger, 1996).

AIDS e psicoterapias

Na literatura científica, é grande o número de artigos sobre a AIDS, com predomínio dos estudos sobre a prevenção, o diagnóstico ou o tratamento dos aspectos orgânicos dessa enfermidade. São mais comuns trabalhos referentes à idade adulta e à adolescência, sendo bem menos freqüentes os estudos sobre a infância.

Embora os artigos sobre os aspectos psicológicos e terapêuticos dos pacientes soropositivos sejam bem menos freqüentes, há trabalhos que se apóiam no referencial psicanalítico, inclusive estudos de caso.

Souza (1992) descreve um grupo de reflexão para profissionais da saúde que permitiu a discussão de angústias relacionadas com as dificuldades de comunicar o diagnóstico da doença e com a vivência de impotência terapêutica, assinalando que se precisa entender o paciente como um sujeito. Moreno e Reis (2002) defendem que o profissional que atende pacientes com AIDS precisa sair do lugar de curador e assumir o de cuidador.

Dentre os relatos de caso, Cedaro (2005) entrevista quatro pacientes adultos com AIDS, comparando a

vivência da doença a uma ferida narcísica. Tonin (2001) comenta a importância dos aspectos transferenciais e contratransferenciais, quer como propulsores da terapia, quer na resistência à análise de um paciente terminal adulto.

Gewirtz e Gosssart-Walker (2000) alertam que crianças e familiares soropositivos necessitam de uma série de cuidados para poderem crescer emocionalmente, para lidarem com a perda dos pais, com mudanças de lares, segregações e estigmas. Mencionam a importância de serviços com profissionais que possam oferecer suporte, psicoterapia e até visitas domiciliares, de forma integrada com a comunidade.

Gunther, Crandles, Williams e Swain (1998) descrevem um programa de suporte psicossocial com grupo psicoterápico para adolescentes cujos pais são portadores de HIV, em que se trabalhava a dependência-independência e o processo de separação-indivuação.

Em estudo com crianças soropositivas hospitalizadas, Baricca (1998) mostra a importância de se falar com as mesmas sobre o seu corpo, medos, angústias, desejos e o próprio existir. Silva (2005) relata a psicanálise de um menino soropositivo de oito anos de idade, concluindo que a constância e a idealização da analista foram importantes na integração de aspectos bons e maus do próprio “self”, permitindo transformar a destrutividade em uma agressividade favorável à vida.

Aronson (1996) discute problemas no suporte a cinco crianças que perderam os pais por AIDS. Fala do tempo insuficiente para poderem estabelecer vínculos com instituições e pessoas que delas cuidam, e da presença de sentimentos ambivalentes da sociedade e dos cuidadores. Aponta para a necessidade de se manter uma comunicação aberta com essas crianças e de, no processo terapêutico, permitir que as mesmas possam falar e perguntar livremente, criando-se um ambiente de confiança e de aceitação.

Método

Este estudo é uma pesquisa qualitativa e descritiva que utiliza o método-clínico qualitativo, definido como um meio científico de conhecer e interpretar as significações de naturezas psicológicas (Turato, 2003).

É relatado o atendimento de uma criança em psicoterapia lúdica psicodinâmica, efetuado em um ambulatório de um serviço público. A paciente foi selecionada por ter diagnóstico de AIDS, por apresentar dificuldades emocionais associadas à doença e por haver perdido a mãe e o pai. As sessões de psicoterapia foram semanais, com duração de 45 minutos.

Para a realização do estudo de caso, foram aproveitadas informações contidas no prontuário médico da criança, incluindo as entrevistas para anamnese, e a hora de jogo diagnóstica. Além disso, foram utilizadas informações provenientes das sessões de ludoterapia e das supervisões. Após 12 meses de tratamento, foi feita a análise do material clínico, relacionando-se os conteúdos (fantasias, ansiedade e defesas) que a criança expressava durante a psicoterapia lúdica, com os conhecimentos teóricos, em consonância com o método clínico (Calil & Arruda, 2004).

Dentre as principais limitações deste trabalho, citam-se: a) ser esse um estudo que relata apenas uma pequena parte da ludoterapia, o que nem sempre permite uma compreensão integral de todos os conteúdos e significados presentes no processo terapêutico; b) por ser um estudo de caso único, as discussões e considerações finais deste trabalho não devem ser generalizadas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo responsável pela criança, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a realização da psicoterapia lúdica psicodinâmica, utilizaram-se os princípios da técnica do brinquedo criada por Melanie Klein (1955/1980), que visam à compreensão das fantasias, angústias e defesas inconscientes expressadas no brincar. Utilizou-se uma caixa com brinquedos, usados unicamente pelo paciente nas sessões.

Resultados e Discussão

História breve do paciente

Léo, nome fictício de uma criança de nove anos de idade, adquiriu o vírus HIV na gestação (contaminação vertical). A descoberta da condição de

soropositivo ocorreu aos sete anos de idade, quando do diagnóstico da doença dos pais. A mãe morreu um ano depois e o pai faleceu no ano seguinte à perda da esposa, ambos por complicações decorrentes da AIDS. Então, a tia tornou-se a representante legal do sobrinho.

Na primeira entrevista, Léo veio acompanhado da tia, com a queixa de receber pouca atenção e de não se sentir gostado. Ele ficara assim após o falecimento dos pais.

Léo faz acompanhamento médico periódico, desde o diagnóstico da doença, no setor de imunodeficiência secundária do hospital. É medicado com anti-retroviral, já teve pneumonia duas vezes, mas não apresenta outras complicações.

Descrição e análise resumida da terapia

Para melhor compreensão dessa parte do estudo, que envolve a relação terapeuta-paciente, o material clínico é narrado e discutido na primeira pessoa, refletindo a observação da terapeuta.

Durante os primeiros cinco meses de ludoterapia, Léo comunicava-se principalmente por meio de desenhos. Posteriormente, também brincava com jogos e produzia objetos com o material lúdico. Contudo, durante a psicoterapia, a criança verbalizou pouco.

Negação, angústias paranóides e destrutividade

Em relação ao comportamento inicial de Léo, chamava atenção o comedimento. Quase não falava, sorria muito discretamente, movimentava-se dentro da sala sem fazer qualquer movimento brusco, barulho, ou falha nos seus atos.

Por isso, apesar de produzir desenhos, eu tinha a sensação de que pouco me comunicava. É importante assinalar que, muitas vezes, esses desenhos poderiam refletir o seu sofrimento, material que eu poderia não estar entendendo.

Creio que Léo chegou muito defendido e resistente. Era como se não conseguisse entrar em contato com seus conflitos, tinha que medir minuciosamente seus atos, pensamentos e sentimentos para não se expor. Em outras palavras, fazia esforço para manter

as “coisas” no lugar, como se o contato com conteúdos internos pudesse ser perigoso. Penso que a negação estava sendo utilizada por Léo em relação tanto à sua doença, quanto à perda dos pais.

Por outro lado, o comedimento de Léo se tornava mais nítido quando efetuava certos desenhos com figuras e objetos de características ameaçadoras (paranóides), tenebrosas e/ou agressivas. Por exemplo, ora fazia gaivotas com elementos agressivos, com um traço preto muito grosso, as quais mais pareciam urubus a sobrevoarem um cemitério. Ora desenhava uma casa, que possuía a forma de um caixão. Depois que terminava esses desenhos, dizia: “acabei”, e passava a furar intensamente uma bola de isopor.

Era como se Léo tivesse medo de seus atos, de sua destrutividade, aspectos que poderiam estar associados com a fantasia inconsciente de haver destruído os pais, com tudo o que tinham de bom e de ruim. Ou seja, ele poderia estar se culpando por haver destruído aquilo que fora bom.

Assim, quando seu comedimento pudesse estar representando a dificuldade de expressar um jogo ou desenho de conteúdo destrutivo e persecutório, era importante que eu pudesse entender e aceitar a sua dificuldade em trazer o material agressivo. Era importante que eu pudesse fornecer a minha pessoa como objeto de projeção e de continência, sem deixar-me ser destruída.

Para se poder usufruir a presença do outro, inclusive do terapeuta, é necessário que se tenha tido uma experiência de ter sido usufruído pelos pais ou seus substitutos, assim como ter tido a chance de desenvolver uma capacidade de usar os outros. Na análise de certos pacientes, é preciso permitir que seja dada aos mesmos a oportunidade de usar o terapeuta (Newman, 2003; Winnicott, 1968/2000).

Na anamnese obtida com a tia, havia o relato de que a mãe tinha tido pouco tempo para ficar com ele, para cuidar dele, para deixar-se ser usada por Léo, inclusive quando ele ainda era um bebê.

Outra forma de entender o comedimento de Léo pode ter relação com o preconceito da sociedade direcionado à AIDS. A família escondia a sua doença de outros familiares e amigos, tal como já havia feito com a enfermidade dos pais.

Algumas reações da terapeuta

Durante o processo ludoterápico, muitas vezes, eu não compreendia o material produzido por Léo. Posteriormente, entendi que ele fazia com que eu também negasse seus sentimentos.

Tranquilei-me ao ler o que Télis (1991) escreveu: “Não se pode exigir que o médico se exponha totalmente sem defesas a esses doentes. Ele, como o paciente, vai, em algumas ocasiões, precisar usar a negação, o distanciamento, o embotamento” (p.114-115). Para tratar desses pacientes, o profissional precisa conviver com a própria mortalidade e lutar contra sua onipotência.

Silva (2005) descreve o que lhe ocorreu durante a análise de um menino com AIDS. Era tomada de compaixão, pensava no sofrimento do paciente por ter sido abandonado. Angustiava-se por não ter acesso à sua história, por ter que cuidar de uma criança com uma doença ainda sem cura e que demandava muitos cuidados, alguns intrusivos.

Percebi que, no início da terapia, sentia-me receosa de tratar uma criança com AIDS, talvez pelos medos e ansiedades que os soropositivos despertam. A possibilidade de morte nos cega e perdemos a simples noção de que nenhum de nós sabe quando vai morrer.

Em um momento do processo terapêutico em que estava produzindo vários desenhos, perguntei-lhe: “Léo me conta um pouco sobre esse desenho?” Ele rapidamente disse: “Isso eu não consigo fazer!” Entendi, então, que meu papel era o de respeitar o seu “ritmo interno” e os limites de sua comunicação.

Dois pensamentos de Winnicott (1958/1983; 1968/2000) ajudam a compreender isso: a) era como se ele estivesse “usando” o material gráfico da terapia e a mim para lidar com as suas fantasias, inclusive com a própria destrutividade (Winnicott, 1968/2000), b) em certos momentos, quando eu conseguia estar ao seu lado, sustentando-o sem ter a necessidade de interpretar ou de analisar, aceitando-o como ele é, inclusive no seu silêncio, a sua capacidade de “estar só” no ambiente terapêutico foi permitida em função de sua importância para o seu amadurecimento emocional (Winnicott, 1958/1983).

A morte dos pais e a própria doença

Em entrevista, a tia de Léo revelou que os pais dele não aceitavam os tratamentos necessários, o que faz pensar que também utilizavam processos de negação da doença. Quando do falecimento de cada um de seus pais, Léo compareceu ao velório e ao enterro. Foi-lhe explicado que haviam morrido, que “dormiriam agora pra sempre e não voltariam mais” (fala da tia). Nesse sentido, a criança não havia sido enganada, teve a oportunidade de entrar em contato com a realidade.

Em entrevista, quando perguntado sobre o que acontecia com as pessoas que morriam, Léo falou do corpo em decomposição. Disse: “A pele solta do corpo e o osso vai acabando”. A tia interrompeu e questionou: “E a alma?”. Ele respondeu: “Não sei, não sente nada”. A tia explicou que ficava dormindo para sempre. Léo concordou.

A respeito da percepção de Léo em relação ao risco de morte de sua enfermidade, questionei-o em entrevista, como entendia sua doença. Disse-me: “É como o médico explicou. Tem um bichinho no sangue”. “E se não tomar remédio, o que acontece?”, prossegui. Ele respondeu: “Não sei”.

A ameaça de morte é um dos principais conflitos do doente de AIDS. Ferreira (1992) defende que a AIDS é uma morte de parte ou partes do sujeito. Completa que a negação, luto e melancolia fazem parte das alternativas usadas pelos pacientes para reagirem à perda. Devido à negação, o doente não toma contato com nenhuma de suas perdas, age como se nada estivesse acontecendo.

Cedaro (2005) considera que a impossibilidade de permanecer livre do mal é uma ferida no “eu” idealizado, pois o soropositivo sabe que será um doente pra sempre.

Raiva, agressividade e revolta

Com o fortalecimento do vínculo terapêutico, com o respeito ao seu ritmo, Léo ficou mais à vontade. Sorria, fazia barulho, chegou a perguntar sobre a minha vida, pedia reposição do material lúdico e gráfico. Deixava aparecer sua impaciência e agressividade disfarçadamente.

Como foi assinalado, após finalizar um desenho, guardava-o e, então, pegava bolas de isopor e as furava com um lápis até a hora de terminar o horário. Os desenhos também começaram a ter uma aparência mais carregada, pesada. Nessa fase, as cores vermelho e preto predominavam.

Além disso, expressava frustração e raiva quando algo diferente do que havia planejado acontecia, por exemplo, quando derrubava material no chão ou não conseguia colar, ou cortar algum material como queria. Podia agora viver a raiva e revolta na sessão. Possivelmente ele podia agora ter menos receio de suas projeções, de sua destrutividade e agressividade. Entendi que meu papel de sustentação e de continência tinha grande importância nesse processo, era mais significativo do que aquilo que viesse a analisar e a interpretar.

Um outro dado que denuncia a raiva e a revolta de Léo é que não aceitava ingerir os remédios para o tratamento da doença. A tia conta que ele escondia os medicamentos, fingia que os engolia, ou “enrolava” muito para tomá-los, exigindo muita atenção da responsável.

Uma forma de entender esse fato é a possível identificação de Léo com seus pais, que também se recusaram a ingerir os medicamentos. Raimbault (1979) defende que a perda de um dos genitores, quando vivida de forma difícil ou traumática, provoca a identificação com o objeto, enquanto durar o luto. Dessa maneira, o infante assume distintivos do pai morto, atribuindo-os a si próprio, sentindo-se próximo do genitor perdido.

A burla na ingestão do medicamento é preocupante, já que a má adesão ao tratamento é a principal causa de desenvolvimento de resistência viral às drogas (Moraes, Oliveira & Tostes, 2006).

Na entrevista inicial, a tia contou que, para combater sua resistência em tomar a medicação, pouco adiantava explicar sobre a doença e seus riscos. Ele também comunicou sua raiva e revolta nas conversas com a responsável. Questionava-a porque tinha aquela doença: “Por que comigo?”; “Por que eu tive que nascer assim?”

Durante a psicoterapia, teve períodos em que Léo relutava menos para tomar os remédios. No entanto, em momentos de mais ansiedade, como as minhas férias e a aproximação do término da terapia, essa queixa retornava.

Algo semelhante ocorreu com as queixas iniciais de receber pouca atenção e de não se sentir gostado. À medida que a psicoterapia caminhava, tais queixas já não eram tão significativas como quando do início da terapia, embora retornassem. Penso que houve uma maior consciência da criança em relação a alguns psicodinamismos associados, e que a tia estava sabendo lidar melhor com essas situações.

Segundo a responsável, Léo não gostava do médico infectologista. Apesar de a tia comentar que era bom profissional, atencioso; ele supostamente representava para a criança a ameaça da sua doença e do tratamento. Em outras palavras, o médico servia de alvo de suas projeções, de sua revolta contra a doença.

Desenhos: afeto e fantasia de morte

Ao analisar os desenhos produzidos por Léo, observei a constante presença de nuvens, as quais foram associadas aos pais. Com base em crenças e fantasias populares, os adultos costumam dizer para as crianças que, quando alguém morre, essa pessoa vai para o céu. Além disso, as nuvens poderiam simbolizar aspectos tenebrosos, ruins, que podem ser entendidos como representantes dos conflitos de Léo.

Em quase todos os desenhos, apareciam borboletas, as quais estavam associadas à fantasia de morte no presente. O óbito de seus pais e o temor de falecer pareciam estar representados por um inseto, fruto de metamorfose: primeiro é uma coisa e depois se transforma em outra. Primeiro o casulo, depois a borboleta.

Léo comentou que as borboletas voavam, subiam ao céu e podiam alcançar as nuvens. Talvez isso representasse a fantasia de unir-se aos pais, encontrá-los novamente, já que, em muitos desenhos, havia os dois componentes juntos: as nuvens e as borboletas.

Havia outra figura que aparecia muito nos desenhos: o coração, que sempre era colocado no ar, sem estar apoiado em nada. O coração foi entendido como representando o afeto em relação aos pais, já que era desenhado sempre perto do céu.

Culpa

Só pude realmente entender como Léo se sentia em relação a seus conflitos quando desenhou uma casa.

Quando perguntado sobre o que podia me contar acerca daquele desenho, ele disse: “uma família foi embora dessa casa, porque tinha um menino chato”. Algumas fantasias inconscientes do paciente começaram a se tornar claras.

Nesse momento, recordei-me de que o primeiro desenho que Léo fizera, antes de iniciar a terapia, na fase de avaliação (hora de jogo diagnóstica) foi uma casa, a qual denominou de casa abandonada. Era como se estivesse afirmando, em nível de fantasia, o seguinte: meus pais foram embora, morreram, porque eu sou chato, desobediente, manhoso. Vale lembrar que a queixa da tia era a de que ele reclamava, cobrava, ou seja, estava sendo chato.

Assim, pude entender que Léo se sentia abandonado e culpado pela morte dos pais. Poderia também estar inconscientemente fantasiando que estava doente por punição ou castigo. Creio que a ludoterapia pôde ajudá-lo a diminuir sua onipotência e a sentir-se menos culpado pelo falecimento dos genitores.

Um aspecto agravante da culpa é a ambivalência. Freud (1915/1974a) explica muito bem isso quando coloca que a perda de um objeto amoroso provoca a manifestação da ambivalência nas relações amorosas.

Kübler-Ross (1989) exemplifica:

A criança que de raiva deseja que a mãe morra, porque esta não satisfaz seus desejos, ficará muito traumatizada caso isso venha de fato a acontecer, mesmo que não haja ligação alguma no tempo, com seus desejos de destruição. Sempre assumirá parte ou toda culpa pela morte da mãe ... Fui eu, sou responsável, fui má, por isso mamãe me abandonou (p.15).

Presentes: sedução e medo de abandono

Após cinco meses de ludoterapia, Léo começou a produzir cartas, nas quais desenhava corações e escrevia mensagens de amor destinadas aos tios ou a mim. Também passou a produzir objetos de palitinhos de madeira, colando-os até formar uma bandeja, um porta-lápis, ou um porta-guardanapos. Entendi que, após uma fase mais contida, agora estava trazendo conteúdos relacionados com a pulsão de vida.

Tais objetos produzidos por Léo podiam simbolizar presentes. Sentindo-se culpado pela morte dos pais, por ser o menino “chato”, não podia correr o risco de ser abandonado novamente. Tinha a necessidade de agradar os tios, agora seus cuidadores, com presentes. Precisava ser um menino “bom”, merecedor de amor.

Em relação a mim, penso que também tinha a necessidade de me agradar. Não me ficou a recordação de haver me desobedecido ou me desagradado em qualquer sessão. Além disso, sempre produziu algo na sessão. Fazia um jogo de amor e sedução, contrapondo a idéia de uma criança chata e desobediente. Queria ser aceito.

Para crianças com AIDS, Baricca (1998) comenta que a existência de afeto, de cuidados, de comunicação e de estrutura familiar estável são muito importantes para minimizar os sentimentos de abandono, de solidão e a ameaça de morte, frutos da vivência dessa doença.

Ao final da psicoterapia, compreendi o pedido de amor de Léo, que fazia parte da queixa inicial. Havia perdido a principal fonte de segurança e de afeto: os pais. Precisava de uma terapeuta que pudesse oferecer-lhe parte do que havia perdido, que pudesse conter sua ansiedade e agonia, que pudesse aceitá-lo como era.

Após um ano, a psicoterapia foi interrompida, pois eu estava deixando de atender na instituição. Isso havia sido informado para Léo e para a tia, desde o contrato inicial. Então encaminhei-o para iniciar uma psicoterapia com outro psicólogo.

Considerações Finais

Desde quando a AIDS foi descoberta, ocorreram grandes avanços no tratamento médico, psicológico e social, com grandes melhoras no prognóstico, na evolução e na qualidade de vida desses pacientes. Não obstante, para boa parte da população, essa enfermidade representa uma grande ameaça, pois o seu diagnóstico pode ser sentido como a anúnciação da morte.

Este estudo ajudou a compreender que a vivência de uma doença grave pode remeter a perdas e lutos progressivos, da mesma forma que contém ameaças de morte. A criança relatada enfrentava a gravidade de

sua enfermidade e o luto pelos pais, falecidos em decorrência de complicações da AIDS. Assim, as fantasias sobre sua doença misturavam-se às fantasias relacionadas com a morte dos genitores. Léo sentia-se culpado tanto por sua enfermidade, quanto pela perda dos pais, o que produzia sentimentos de abandono e desamparo.

Apesar de ter nascido soropositivo, só veio a saber dessa condição aos sete anos de idade. Tinha uma doença grave, sem cura, alvo de preconceito, da qual procurava se esconder e se resguardar perante os outros. Também tentava elaborar a mudança de papéis familiares, já que a tia passara a ser sua cuidadora, e temia não ser suficientemente amado por ela e pela terapeuta.

No processo psicoterápico, a criança utilizara inicialmente a negação, manifestando posteriormente sua raiva e revolta, as quais, muitas vezes, oscilavam e sobrepunham-se. A ludoterapia pode ter ajudado na elaboração de alguns psicodinamismos inconscientes. A terapeuta procurou aceitar a sua destrutividade, permitindo que o espaço lúdico e terapêutico funcionasse como um ambiente criativo e facilitador para a expressão de sua ansiedade e fantasias, para o seu desenvolvimento emocional. Léo foi gradualmente mudando sua maneira de se expressar, de sentir, dispondo de recursos internos mais elaborados para lidar com seus conflitos. Após um ano de terapia, já expressava com mais facilidade suas emoções, a raiva e a agressividade, sendo mais espontâneo e alegre.

Trabalhar com um menino com o diagnóstico de AIDS provocou na psicoterapeuta muitas fantasias relacionadas com a possibilidade da morte do paciente. Algumas vezes, diante de faltas à consulta, a psicóloga imaginava que pudesse ter piorado e que algo de grave teria acontecido com ele, produzindo na terapeuta sentimentos de impotência e reflexões sobre a própria morte.

Referências

- Aberastury, A. (1984). A percepção da morte nas crianças. In A. Aberastury et al. *A percepção da morte na criança e outros escritos* (pp.128-139). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aronson, S. (1996). The bereavement process in children of parents with AIDS. *Psychoanalytic Study of the Child*, 51, 422-435.

- Baricca, A. M. (1998). *Histórias vividas por crianças com AIDS*. Dissertação de mestrado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Botega, N. J. (2006). Reação à doença e à hospitalização. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (2a ed., pp.49-66). Porto Alegre: Artmed.
- Calil, R. C. C., & Arruda, S. L. S. (2004). Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In S. Grubits & J. A. V. Noriega (Orgs.), *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação* (pp.173-213). São Paulo: Vetor.
- Cassorla, R. (1991). Como lidamos com o morrer. In R. Cassorla (Org.), *Da morte: estudos brasileiros* (pp.17-23). Campinas: Papyrus.
- Cedaro, J. J. (2005). *A ferida na alma: os doentes de AIDS sob o ponto de vista psicanalítico*. Tese de doutorado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Celeri, E. H. R. V., & Outeiral, J. (2005). Existiria o equivalente ao instinto de morte no pensamento de Winnicott? Algumas reflexões sobre ser, não-ser e solidão essencial. In J. Outeiral, S. Hisada, R. H. C. N. Gabriades & A. M. Ferreira (Orgs.), *Winnicott: Seminários Brasileiros* (pp.434-440). Rio de Janeiro: Revinter.
- Ferreira, C.V. L. (1992). *Conversando com o paciente HIV positivo: um estudo clínico*. Tese de doutorado não-publicada, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Freud, S. (1974a). Luto e melancolia. In S. Freud. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol.14, pp.271-291). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
- Freud, S. (1974b). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In S. Freud. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol.14, pp.327-339). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
- Gewirtz, A., & Gossart-Walker, S. (2000). Home-based treatment for children and families affected by HIV and AIDS: dealing with stigma, secrecy, disclosure, and loss. *Child Adolescent Psychiatric Clinics North America*, 9(2), 313-330.
- Gunther, M., Crandles, S., Williams, G., & Swain, M. (1998). A place called HOPE: group psychotherapy for adolescents of parents with HIV/AIDS. *Child Welfare*, 77 (2), 251-271.
- Hug-Helmut, H. (1998). El concepto de muerte en el niño. *Revista Uruguaya Psicoanalítica*, Montevideo, 88, 7-21.
- Iencarelli, A. B. (1997). A morte anunciada de uma criança. *Boletim Científico SPRJ*, Rio de Janeiro, 18 (3), 425-429.
- Jacinto, A. C. A., Celeri, E. H. R. V., & Straus, L. (2006). Interconsulta em psiquiatria infantil. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (2a ed., pp.521-532). Porto Alegre: Artmed.
- Klein, M. (1980). A técnica psicanalítica através do brinquedo: sua história e significado. In M. Klein, P. Heimann & R. E. Money-Kyrle (Orgs.), *Novas tendências da psicanálise* (pp.25-48). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Originalmente publicado em 1955).
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Moraes, M. J., Oliveira, A. C. P., & Tostes, M. A. (2006). AIDS e psiquiatria. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (2a ed., pp.373-394). Porto Alegre: Artmed.
- Moreno, D. M. F. C., & Reis, A. O. A. (2002). O momento da comunicação do resultado sorológico para o HIV sob a ótica winnicottiana. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 15 (156), 20-25.
- Newman, A. (2003). *As idéias de D. W. Winnicott: um guia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Raimbault, G. (1979). *A criança e a morte: crianças doentes falam da morte: problemas da clínica do luto*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Silva, M. C. P. (2005). O mecanismo de idealização como parte do processo de introjeção do objeto bom. In Asociación Psicanalítica de Buenos Aires (Org.), *Marcas de época en el psicoanálisis con niños y adolescentes. VII Jornada del Departamento de Niñez y Adolescencia* (pp.241-252). Buenos Aires.
- Souza, A. N. D. (1992). Grupo de reflexão multiprofissional em AIDS: uma estratégia em psicologia médica. In J. Mello Filho et al. *Psicossomática hoje* (pp.320-324). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Taschetto, A. R., Teixeira, L. M., & Kiperman, A. (1994). Considerações a respeito do conceito de morte para Winnicott. In Grupos de Estudos Psicanalíticos de Pelotas (Org.), *Anais do III Encontro Latino-Americano sobre o pensamento de D. W. Winnicott* (Vol. 2, pp.190-196). Gramados, RS.
- Télis, C. T. (1991). Comportamento psicológico de pacientes com câncer avançado. In R. Cassorla (Org.), *Da morte: estudos brasileiros* (pp.105-117). Campinas: Papyrus.
- Tonin, S. Q. C. (2001). A psicanálise de José: morte e ressurreição. *Trieb*, 10, 107-122.
- Torres, W. C. (2002). *A criança diante da morte: desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológico, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Weininger, O. (1996). *Being and not being: clinical applications of the death instinct*. Madison: IUP.
- Winnicott, D. W. (1983). A capacidade para estar só. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.31-37). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (2000). Fear of breakdown. In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davies (Eds.), *Psycho-analytic explorations: D. W. Winnicott* (6th ed., pp.87-95). Cambridge (USA): Harvard University Press. (Originalmente escrito aproximadamente em 1963).
- Winnicott, D. W. (2000). The use of an object and relating through identifications. In C. Winnicott, R. Sheperd & M. Davies (Eds.), *Psycho-analytic explorations: D. W. Winnicott* (6th ed., pp.218-227). Cambridge (USA): Harvard University Press. (Originalmente publicado em 1968).

Recebido em: 21/11/2005

Versão final reapresentada em: 14/4/2006

Aprovado em: 9/5/2006

Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola

Characteristics of children seen at a University Psychology clinic from 2000 to 2002

Sandra Augusta de **MELO**¹
Hélvia Cristine Castro Silva **PERFEITO**²

Resumo

Este artigo relata a experiência de um trabalho realizado no Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia que buscou levantar, a partir dos dados de atendimentos infantis realizados entre 2000 e 2002, características epidemiológicas e clínicas da demanda infantil atendida em triagem. Diversos aspectos dos 139 casos foram analisados em termos de incidência (porcentagens) e discutidos com embasamento clínico das supervisões de caso. Obteve-se que a demanda clínica deste serviço constitui, em sua maioria, de crianças que apresentam sintomas responsivos ao grupo familiar. Os dados permitiram, ainda, levantar hipóteses e sugerir novas pesquisas acerca das mudanças na família e nas funções parentais presentes na gênese dos problemas infantis que geram demanda clínica em psicologia.

Palavras-chave: triagem psicológica; clínica-escola de psicologia; queixas psicológicas; psicodiagnóstico infantil; dinâmica familiar.

Abstract

This paper describes the Psychology Applied Center experience from Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. It has aimed to identify, from 2000 to 2002 clinical infant data, children's epidemiological and clinical characteristics, considering reception process. Important aspects from the 139 cases had been analyzed in terms of incidence (percentages) and revised through case supervision sessions. These analysis have shown the clinical demand is composed, in its majority, by children who present responsive symptoms to the familiar group. Data had also pointed out new hypotheses and new researches concerning family changes and parental functions relation to the infantile problems origin, two relevant topics of the psychological clinic demand.

Key words: psychological screening; University psychology clinic; psychological complaints; child psychodiagnosis; family psychodynamic.

Na cidade de Uberlândia, MG, há uma carência evidente por sistematização no registro de dados tanto estatísticos como descritivos das populações clínicas que buscam atendimento em saúde mental. Isso

significa dizer que não se conhece o perfil da população que busca atendimento na rede pública.

Este trabalho surgiu da iniciativa de psicólogos que atuam no Centro de Psicologia Aplicada da Facul-

▼▼▼▼▼

¹ Doutora, Centro de Psicologia Aplicada, Universidade Federal de Uberlândia. Av. João XXIII, 698, Santa Maria, 38408-056, Uberlândia, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.A. MELO. E-mail: <sandra_augusta@terra.com.br>.

² Mestranda em Psicologia Clínica e Psicóloga; Centro de Psicologia Aplicada, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil.

dade de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (CENPS - UFU), mediante a constatação da falta de dados sobre os atendimentos realizados no CENPS, a percepção da riqueza de informações geradas nos prontuários, e o desejo de avaliar o trabalho de triagem que vinha sendo desenvolvido, por meio de uma análise quantitativa e qualitativa sobre a origem dos pacientes, suas características, os encaminhamentos dados aos casos e seus índices de resolatividade. Isso motivou a criação de procedimentos de levantamento de dados que pudessem fornecer informações sobre a população atendida.

A escolha pela clientela infantil para a presente análise deve-se à alta demanda dessa faixa etária e dos pouquíssimos dispositivos públicos disponíveis para esse tipo de atendimento na cidade de Uberlândia, figurando, assim, como uma possível colaboração para ações preventivas em diversos níveis.

Esta é a segunda iniciativa de levantamento da clientela da clínica psicológica da UFU. Um levantamento epidemiológico geral foi realizado na década de 80 por Sanchez (1985). Entretanto, o levantamento de características da população afluente à clínica não foi uma prática constante nesses 20 anos, pois não foram criados procedimentos de levantamento estatístico-epidemiológicos que mantivessem e alimentassem a construção de dados dessa natureza.

Em outras clínicas-escola essa preocupação também aparece, como pode ser visto em Graminha e Martins (1993) e Borges (1996) em relação à caracterização da clientela na área de atendimento infantil. Também um levantamento geral da população clínica em Psicologia na cidade de São Paulo foi publicado por Ancona-Lopez em 1984. Esses trabalhos também se caracterizam como levantamentos pontuais e não mostram uma prática sistemática de registro de dados epidemiológicos e clínicos da população atendida.

Além da questão relacionada à necessidade de dados sobre as populações clínicas, suas demandas, os tipos de tratamento e sua resolatividade, a crescente busca por atendimento psicológico às crianças constitui em si um assunto importante a ser investigado e discutido. Esse aumento pode estar associado a diversos fatores cuja discussão é complexa e abrange

fatores culturais, históricos, de avanços da ciência, e outros, mas essa complexidade não encontra lugar de discussão neste artigo.

Entretanto, para este estudo que deriva da prática profissional em uma clínica-escola de Psicologia, seria praticamente impossível discutir atendimentos infantis em seus aspectos epidemiológicos e principalmente clínicos sem abordar a questão do papel parental e da família na construção das dificuldades ou da saúde emocional da criança.

Para Lipovetsky (2004) o grande problema da hipermodernidade (como é chamada a época atual) é a fragilização dos indivíduos inseridos numa sociedade complexa e paradoxal, carente de antigas formas de coesão social. Esse autor aponta o paradoxo de nossa sociedade hiperfuncional do ponto de vista científico-tecnológico e, ao mesmo tempo, disfuncional na construção de formas de convivência com o crescimento de patologias (depressão, ansiedade, suicídio, pânico, anorexia), criminalidade e violência.

O conceito de hipermodernidade e a discussão do autor (Lipovetsky, 2004) ilustram como as vicissitudes histórico-culturais relacionadas às mudanças dos modos de produção e de organização dos grupamentos humanos atingem a família e as funções parentais, relacionando-as com a sintomatologia infantil - o que é de nosso especial interesse no tema aqui tratado.

Na perspectiva psicanalítica, Jacques Lacan inaugurou a perspectiva que estabelece uma relação entre o inconsciente da criança e o desejo parental, gerando um questionamento da clínica e determinando novos modos de abordagem da determinação psíquica, revertendo, assim, a perspectiva endogenista e colocando os sintomas da criança diante de outros impasses, ou seja, concebendo a criança como sintoma da mãe, do casal ou da família (Bleichmar, 1994).

Os sintomas podem ser classificados em duas categorias: estruturais e reativos. Os estruturais dizem respeito ao próprio sujeito e é constitutivo dele, cuja verdade se faz representar por esse sintoma. Os reativos, ou também chamados de manifestações sintomáticas, são aqueles identificados como produto da organização parental inconsciente e constituem-se como respostas da criança às neuroses de seus pais (Kupfer, 1994).

A criança, para se fazer ouvir, poderá produzir sintomas naqueles lugares insuportáveis para os pais

quando aparecem no lugar do desejo reprimido, no lugar de algo que ficou bloqueado no desenvolvimento de suas relações inconscientes com seus pais, reatualizando, dessa maneira, conflitos enterrados, não resolvidos.

O sintoma, diz Rosenberg (1994), é o que leva à consulta como máscara, cujo papel oculta o acontecimento perturbador ou o texto original. Um sintoma é algo a partir do qual é possível encontrar a palavra perdida, o não dito do discurso parental. Os filhos expressam em seus sintomas os pontos cegos e os impasses de seus pais e sofrem com as falhas na sustentação de suas funções parentais.

Com o psiquismo ainda em formação, com determinantes de ordem interna e externa (o que é próprio da constituição da criança e o peso do mundo desejante do outro - pais), o eu ainda incipiente tenta satisfazer o desejo dos pais e há uma superposição na formação da subjetividade entre a dinâmica psíquica da criança e de seus progenitores. O desejo da criança se confunde com o dos pais, o supereu de um com o outro, a função egóica da mãe com as possibilidades da criança, não se estabelecendo uma clara definição dentro-fora (Rosenberg, 1994).

A perspectiva interspíquica (categoria de sintomas infantis reativos), em que o fundamental está na relação com o outro, assim como a intraspíquica (categoria dos sintomas descritos como estruturais), em que o fundamental é o indivíduo, mostram que, quando se trata de estudar uma população infantil, é necessário considerar holisticamente as questões abordadas, muito embora nem todas elas possam ser assumidas numa discussão como esta sob pena de o foco se perder.

Método

Contextualização

Como o município está dividido em distritos sanitários de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS) e cada distrito possui seus dispositivos de atendimento à saúde mental que se responsabiliza pela população de sua área de abrangência, o CENPS destina-se a atender o setor leste da cidade de Uberlândia,

no qual está situado. Esses dispositivos têm autonomia quanto à forma de atendimento da população a eles atribuída.

No CENPS, entre 2000 e 2002, o atendimento era feito mediante procura espontânea dos pacientes que eram triados por psicólogos e estagiários do plantão psicológico. O plantão era realizado em dias fixos da semana para atendimento das diferentes faixas etárias: infantil, adolescente e adulto. A partir da recepção sem marcação prévia, os pacientes passavam por um processo de triagem, bastando para isso serem residentes do setor leste da cidade.

A triagem psicológica, tal qual realizada durante este estudo, tinha um caráter ao mesmo tempo psicodiagnóstico e interventivo que durava aproximadamente cinco sessões, ocorrendo, posteriormente, um encaminhamento do caso ou o atendimento pelo próprio triador.

Os triadores eram sempre estagiários dos últimos três períodos do curso de Psicologia, supervisionados por psicólogos do CENPS. Os dados da triagem eram registrados em um roteiro de anamnese e em folhas de relato de sessão. Ao término do processo de avaliação, os dados eram resumidos em súmulas de prontuários destinados à pesquisa.

Participantes

Dos cento e trinta e nove pacientes infantis atendidos em triagem psicológica em 2000, 2001, 2002 no CENPS, 88% deles eram originários do setor leste e 12% de outros setores do distrito sanitário da cidade de Uberlândia, MG, eram de diferentes classes sociais, caracterizando demanda espontânea de serviço de saúde pública.

Procedimentos

Este trabalho tem como fontes de dados os prontuários da população infantil triada entre 2000 e 2002 e as supervisões clínicas desses casos realizadas pelos psicólogos para com alunos estagiários do curso de Psicologia no estágio Plantão Psicológico. A partir de súmulas dos prontuários, os dados foram adaptados em registros numéricos e tabulados. Nesse sentido, vale

salientar que este trabalho não foi inicialmente programado para ser uma pesquisa, nem os dados foram colhidos para fins de investigação, mas um trabalho em que dados institucionais foram tratados visando oferecer respostas a uma questão concreta que é a caracterização da população atendida. Portanto, situa-se entre um relato de experiência e uma pesquisa.

Nesse processo de transformar os resultados da ação desempenhada em dados de pesquisa, uma das dificuldades foi a quantificação das queixas, pois procurou-se valorizar os relatos originais (falas dos pacientes registradas nos prontuários), embora, neles, as queixas apareçam com diferentes tipos de registro, ora em linguagem leiga, outras vezes com terminologias técnicas, equivocadas ou não. Para transformar aquilo que era descritivo em dados quantificáveis, foi necessário agrupar as queixas em categorias. A opção foi por identificar a perspectiva da queixa do ponto de vista do acompanhante, ou seja, qual aspecto da criança ou em relação à criança era motivo de queixa. Devido ao sentido da palavra “queixa”, elas foram classificadas quanto ao aspecto que incomodava os pais ou que motivou que trouxessem a criança para o atendimento.

Para isso, quatro psicólogos experientes que compõem a equipe do CENPS chegaram ao consenso de que as queixas, tal qual aparecem nos prontuários das crianças (totalizando 106 tipos), poderiam se encaixar em uma das seguintes categorias: queixas comportamentais; queixas afetivo-emocionais; queixas escolares; queixas relacionais; queixas cognitivas; queixas fisiológico-funcional-somáticas. Após isso, cada um dos profissionais atuou como juiz, avaliando cada uma das 106 diferentes queixas e classificando-as dentro das categorias. Onde houve divergência nas respostas, discussões foram realizadas até que se chegasse ao consenso quanto à classificação da queixa.

Assim, todas as queixas foram classificadas dentro de uma das seis categorias, tendo como referência ao que motivou a mãe ou responsável a buscar ajuda para a criança ou que despertou o adulto para essa necessidade. A Tabela 1 gerada a partir do julgamento dos juízes quanto à classificação das queixas segundo as categorias.

Dessa forma, uma criança era classificada quanto à apresentação ou não de cada uma das queixas, já que

os tipos de queixa não se excluem mutuamente. As porcentagens obtidas dizem respeito, portanto, à presença ou ausência de cada uma delas.

O diagnóstico, obtido em discussão durante as supervisões, foi realizado segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID 10, nas categorias F - Transtornos mentais e comportamentais e Z - Fatores influenciando o estado de saúde e contato com serviços de saúde. Em alguns casos, foram necessários dois diagnósticos em F.

A resolução em triagem abrangeu as seguintes categorias: alta em triagem; abandono sem justificativa; abandono com justificativa; encaminhamento estagiário plantão; encaminhamento supervisor plantão; encaminhamento outros estagiários; encaminhamento supervisor docente; encaminhamento atendimento externo.

Análise dos dados

As freqüências sobre os dados epidemiológicos e clínicos foram obtidas e correlacionadas com as análises realizadas nas supervisões clínicas dos casos, possibilitando assim as discussões e o levantamento de hipóteses que poderão gerar novas pesquisas no futuro.

Os dados apresentados são: idade, sexo, com quem reside, escolaridade, encaminhamento de origem, queixas, classificação diagnóstica, e grau de resolução daqueles pacientes infantis que passaram pelo processo de triagem no período de 2000 a 2002.

Na discussão, busca-se dialogar com análises realizadas durante as supervisões dos casos e com autores que apontam caminhos para a compreensão dos dados obtidos.

Resultados

A população infantil atendida nos plantões em triagem no período de 2000 a 2002 na Clínica Escola da UFU apresenta as características seguintes: quanto à idade, as maiores freqüências de procura por atendimento seguem a seguinte ordem: 9 anos de idade (19,4%), 10 (15,1%), 6 (14,4%), 7 (13,7%) e 4 anos (12,2%). É possível observar que a faixa etária de maior demanda

Tabela 1. Classificação das queixas segundo categorias criadas pelos quatro juízes.

Classificação	Comportamental	Emocional-afetiva	Escolar	Relacional	Cognitiva	Fisiológico/ Funcional-somática
Queixas	Agitação	Angústia	Agressividade na escola	Agarrada à mãe	Confuso	Aftas
	Agressividade	Ansiedade	Dificuldade escolar	Agressividade na família	Desatenção ou Falta de atenção	Alergia
	Arrancar cabelos	Baixa auto-estima		Andar em má companhia	Desinteresse	Alteração de peso
	Assanhamento	Ciúme	Expulso da escola		Lentidão para aprender	Constipação
	Birra	Dependência	Falta de interesse na escola	Brigas em geral	Problema de aprendizagem	Crises convulsivas
	Brigar em casa	Depressão	Matar aulas	Brigas em casa		Diarréia
	Comer demais	Dificuldade de ficar só	Necessidade de orientação	Dificuldade de fazer ou manter amigos (de socialização)		Doença física
	Comportamentos regredidos (chupar dedo/ chupeta e mamadeira)	Fobia	Queixas advindas da escola	Dificuldade de relacionamento (geral)		Dores
	Desobediência	Impulsividade	Tensão pré-vestibular	Dificuldade de relacionamento com os filhos		Encoprese
	Desorganização	Inibição		Isolamento		Enurese
	Distúrbio de comportamento	Insegurança		Mãe quer acompanhamento para o filho		Estresse
	Falta de iniciativa	Intolerância		Não gosta de ser abraçado e beijado		Falta de apetite
	Fugir de casa	Introspecção		Problemas conjugais		Febres
	Fumar	Irritação		Relacionamento difícil		Fraqueza
	Gagueira	Mau humor		Retraimento		Insônia
	Hiperatividade	Medo		Separação na família		Obesidade
	Inquietude	Nervosismo		Timidez		Pesadelos
	Irresponsabilidade	Pânico				Queda de cabelo
	Mentiras	Sentimento de vazio				Suor
	Morder	Solidão				Tontura
	Mudança de comportamento	Tristeza				
	Pirraça					
	Problema de fala					
	Rebeldia					
	Revolta					
	Roer unhas					
	Roubo					
	Silêncio prolongado					
	Teimosia					
	Uso de drogas ou suspeita					

está entre os 6 e os 10 anos, concentra-se na idade de 9 anos, e que há um pico, também, por procura de crianças com idade de 4 anos.

Assim como Ancona-Lopez (1984) e Barbosa e Silveiras (1994), a faixa etária de maior demanda está entre os 6 e os 10 anos de idade, com um índice significativo, no caso da presente pesquisa, também aos 4 anos.

Quanto ao sexo, observa-se que os meninos constituem 62,6% da população atendida no plantão psicológico enquanto as meninas são 37,4%. O sexo

masculino aparece como predominante na população clínica infantil em uma proporção de mais de três meninos para cada duas meninas para os quais se busca atendimento psicológico. Confirmam esse fato as pesquisas de Ancona-Lopez (1984), Borges (1996) e Graminha e Martins (1993). Isso mostra que, em 20 anos, a demanda infantil para o sexo masculino continua com maior incidência.

Outra questão estudada foi com quem a criança reside. Pode-se observar a predominância de crianças que residem com seus pais (58,3%), seguidas por aquelas

que moram com sua mãe (20,9%), familiares (9,4%) e a seguir com pai ou mãe em novo casamento (5,8%).

Sanchez, tratando da população geral, encontrou, em 1985, que 72,5% dos pacientes atendidos no CENPS residiam com familiares, isto é, pais ou sogros. No presente estudo, tratando-se de crianças, os dados mostram que quase 85,0% delas moram com os pais, só com a mãe ou com o pai ou ainda com um deles em seu segundo casamento.

A escolaridade dos pacientes também foi levantada e pôde-se observar que a maior concentração se dá na pré-escola (28,0%), lembrando que dentro do item pré-escola constam crianças que freqüentam desde a escola maternal até o terceiro período ou alfabetização, ou seja, abaixo ou igual a seis anos de idade. Em seguida, vem a primeira série, que apresentou 18,0% e, logo após, a quarta (14,0%) e terceira série (12,0%).

Com relação aos encaminhamentos da criança ao atendimento, deve-se considerar o enviezamento relacionado ao acordo com um centro de saúde que, não podendo conter a demanda, encaminhava, já no acolhimento psicossocial, os pacientes infantis à clínica. Entretanto, ainda vale observar que o maior índice é relativo à procura espontânea dos pais (33,0%), seguido por encaminhamentos médicos (22,0%). Esse fato pode estar associado à inserção do CENPS numa universidade que conta com hospital de clínicas.

Apesar desse fato, que tende a aumentar os encaminhamentos médicos, observa-se que, em relação à pesquisa de Ancona-Lopez (1984), houve uma inversão bastante reveladora que mostra um aumento significativo de procura por parte dos pais, enquanto na pesquisa daquela autora a porcentagem maior é de encaminhamento por terceiros. Isso também é válido em relação ao trabalho de Sanchez (1985).

Esse aumento significativo é uma questão importante, pois aponta para o que inicialmente foi discutido neste trabalho acerca da fragilização do indivíduo hipermoderno, demonstrando a carência de referenciais internos e sujeitos ao tecnicismo e especialidades do saber, buscando e depositando nos profissionais especializados a resposta para suas angústias vivenciais.

Nesse ponto, foram avaliadas as presenças ou ausências de queixas nas seis categorias definidas (comportamental; afetivo-emocional; escolar; relacional;

cognitiva; fisiológico-funcional-somática) e computado o número de crianças em que estas estavam presentes.

A maior parte das crianças trazidas ao plantão psicológico da CENPS, 60,4%, chegou para o atendimento com queixa comportamental e 51,0% tinham queixas que puderam ser classificadas como emocionais ou afetivas.

As queixas escolares estão presentes em 24,0% dos casos; as que se referem a dificuldades de relacionamento ou relacionais constam em 14,0% dos casos atendidos; problemas classificados como cognitivos apareceram em 14,0% dos casos atendidos e queixas que se apresentam como fisiológico-funcional-somáticas estão em 23,0% dos casos.

O diagnóstico segundo a CID 10 gerou duas classificações em duas classes da categoria F, sendo o mais evidente chamado de diagnóstico principal e o outro de secundário.

Tabela 2. População infantil atendida nos plantões em triagem no período de 2000 a 2002 na Clínica-Escola da UFU, distribuída quanto à classificação diagnóstica principal em transtornos mentais e comportamentais, utilizando a CID 10.

Diagnóstico de transtorno mental e comportamental	Freqüência (n)	Porcentagem válida dos casos que apresentam diagnóstico nesta classe
F40	3	4,7
F41	1	1,6
F43	3	4,7
F45	6	9,4
F51	1	1,6
F54	1	1,6
F64	1	1,6
F80	5	7,8
F81	4	6,3
F84	1	1,6
F90	4	6,3
F91	6	9,4
F92	3	4,7
F93	12	18,8
F94	2	3,1
F95	1	1,6
F98	10	15,6
Total de sujeitos que apresentam diagnóstico nessa classe	64	46,0
Não apresenta diagnóstico nessa classe	75	54,0
Total	139	100,0

Fonte: prontuários de pacientes triados na CENPS entre 2000 e 2002.

A distribuição dentro das classes é exposta na Tabela 2 e as classes podem ser identificadas com o auxílio do CID 10, não constando no texto para não estendê-lo demais.

Importante notar que 54,0% da demanda infantil não apresentam diagnóstico na classe relacionada a transtornos mentais e comportamentais, enquanto 46,0% recebem essa classificação. Esse item é um dado que traz uma indicação epidemiológica importante, que será discutida posteriormente.

Tabela 3. População infantil atendida nos plantões em triagem no período de 2000 a 2002 na Clínica-Escola da UFU, distribuída quanto a uma segunda classificação diagnóstica em transtornos mentais e comportamentais, utilizando a CID 10.

Segundo diagnóstico de transtorno mental e comportamental	Frequência (n)	(%)
F45	3	2,2
F63	1	0,7
F80	1	0,7
F81	1	0,7
F83	1	0,7
F93	2	1,4
F98	4	2,9
Total de sujeitos que apresentam uma segunda classificação diagnóstica nessa classe	13	9,4
Não apresentam diagnóstico nessa classe	126	90,6
Total	139	100,0

Fonte: prontuários de pacientes triados na CENPS entre 2000 e 2002.

Tabela 4. População infantil atendida nos plantões em triagem no período de 2000 a 2002 na Clínica-Escola da UFU, distribuída quanto a fatores influenciando o estado de saúde e contato com serviços de saúde segundo a CID 10.

Diagnóstico em Fatores influenciando o estado de saúde	Frequência (n)	(%)
Z 60	4	2,9
Z 61	11	7,9
Z 62	30	21,6
Z 63	63	45,3
Z 87	1	0,7
Total de sujeitos que apresentam diagnóstico nessa classe	109	78,4
Não apresentam diagnóstico nessa classe	30	21,6
Total	139	100,0

Fonte: prontuários de pacientes triados na CENPS entre 2000 e 2002.

Os dados da Tabela 3 indicam que 9,4% dos casos atendidos (13 casos) foram classificados em dois diagnósticos em transtornos mentais e comportamentais.

As classes "Z" do CID 10 são nomeadas como "fatores influenciando o estado de saúde e contato com serviços de saúde", e oferecem possibilidade de identificar alguns aspectos importantes associados aos quadros clínicos dos pacientes, pois revelam associações com o ambiente, a família e eventos da infância. Esses fatores uma vez identificados nos atendimentos e discutidos nas supervisões foram classificados na Tabela 4.

Dos 139 casos atendidos, 109 apresentam diagnósticos relacionados a questões familiares e/ou de suporte ambiental (Tabela 4).

A resolução ou os encaminhamentos aos atendimentos foram quantificados após a etapa de triagem. Do total, 48,2% dos casos continuaram sob a responsabilidade dos estagiários triadores e foram por eles atendidos; 18,0% da demanda tiveram suas questões resolvidas durante o processo de triagem e receberam alta; 10,0% dos casos foram atendidos pelo supervisor da triagem infantil, ou seja, num total de 76,2% resolvidos dentro do serviço de plantão. O abandono soma 9,3% e os encaminhamentos para outros serviços internos ou externos 13,6%.

Discussão

Vale advertir que poucos trabalhos publicados permitiram comparações ou forneceram parâmetros para a discussão dos dados encontrados relativos especificamente a populações clínicas infantis. Mesmo Sanchez (1985), que realizou pesquisa na mesma instituição, por ter investigado a população como um todo e ter dado um outro delineamento ao levantamento de dados, não pôde ser usado para comparações com este trabalho, que é mais específico e direcionado à população infantil. Assim, muitas vezes, foi necessário ancorar a discussão em trabalhos que abrangem uma população ampla e, por isso, mais gerais e nem sempre apropriados.

Foi em Ancona-Lopez (1984) que se pôde encontrar algumas possibilidades de interlocução (embora não seja possível uma correlação) a respeito

dos dados epidemiológicos encontrados e analisados acima. Alguns como sexo e idade confirmam os achados daquela autora de praticamente vinte anos atrás. A única diferença aparece numa concentração de procura por atendimento aos quatro anos de idade, mas que não é possível afirmar ser uma mudança significativa em relação àquele estudo.

Entretanto, no que diz respeito àqueles que podem levar a hipóteses sobre a dinâmica familiar imbricada na causalidade dos problemas com a criança, alguns pontos chamam a atenção por não serem concordantes com aquela autora.

Pôde-se verificar que a incidência das queixas concentra-se nos comportamentos e condutas (60%) e sintomas emocionais (51%) das crianças. As queixas ligadas à escola perfazem 24% dos casos e em geral não aparecem isoladas. Assim, o que parece angustiar e incomodar os pais são questões relacionadas à normalidade ou não, à presença de doença mental ou não: “será que meu filho é normal?”, enquanto a discussão realizada na pesquisa de Ancona-Lopes (1984) na década de 80, enfatiza as angústias vivenciadas pelos pais em relação ao fracasso dos filhos e especificamente ao universo escolar e de aprendizagem, como motivadores para a busca por atendimento psicológico.

Em uma pesquisa mais recente, Affonso e Mota (2002) analisaram 108 prontuários de crianças de 2 a 12 anos atendidas em psicodiagnóstico em uma clínica psicológica (curso de Psicologia da UniFMU) com o objetivo de associar as queixas das crianças com o relacionamento familiar. Verificaram que dependendo do problema da criança há um tipo específico de vínculo pais-filhos: nos distúrbios de conduta o tipo de vínculo predominante é abandono e negligência educacional e dificuldades em lidar com os limites educacionais; nos distúrbios de socialização, além do abandono e negligência, encontraram também exigência e divergência educacional.

Embora não haja possibilidades de ser realizado um estudo comparativo com a presente pesquisa, é interessante verificar a associação apontada pelos autores entre o suporte familiar e os sintomas.

A partir dos dados quantitativos e das supervisões clínicas dos casos, observaram-se indica-

tivos de uma mudança na expectativa e preocupação dos pais em relação aos filhos: hoje em dia, além da preocupação com o sucesso e a crença de que o rendimento escolar o determina, os pais reconhecem outras dimensões na constituição da criança (comportamental, emocional, de normalidade *versus* anormalidade, etc.). Essa observação necessita de novas e mais profundas investigações, mas merece ser pontuada.

Outro ponto relevante notado é que os pais das crianças trazidas aos atendimentos parecem ainda não perceber a criança como um processo em construção em que a dinâmica familiar, suas personalidades, suas funções parentais estão implicadas. Os pais se alienam daquilo que percebem de “errado” com os filhos.

Essas observações, embora não conclusivas, parecem encontrar lugar em importantes e atuais estudos sobre os processos de mudança e transformações ocorridas nas famílias e questionamentos de seus efeitos sobre a infância (Biasoli-Alves & Simionato-Tozo, 1998; Ferez-Carneiro, 1998; Souza, 1997).

Observando os dados de classificação diagnóstica, evidencia-se que aqueles relacionados às dificuldades ligadas ao ambiente familiar e suporte parental são atribuídos a um número muito maior de casos do que aqueles em que transtornos mentais e comportamentais propriamente ditos possam ser apontados, numa proporção de 109 casos para 64.

Em 139 casos, somente 30 deles estão classificados com um transtorno mental ou comportamental instaurado, 34 outros casos receberam, além do diagnóstico em transtorno mental ou comportamental, um outro que se refere a problemas no ambiente familiar e em 75 casos é possível identificar somente problemas familiares e/ou de suporte ambiental dos quais a criança é o porta-voz. Isso pode ser identificado comparando-se as Tabelas 2, 3 e 4.

Pode-se compreender esses resultados dentro da perspectiva intersubjetiva em que o sintoma infantil expresso (na grande maioria dos casos analisados) é um sintoma reativo e se dá na ordem da relação pais-criança, denunciando algo adoecido nessa relação e que advém dos pais.

Vale notar que mais de 18% dos casos atendidos em triagem psicológica puderam ser solucionados

durante o processo de triagem. Isso significa que tiveram alta em até quatro sessões de atendimento familiar. Esse dado aponta que, em 18% dos problemas identificados em crianças por seus responsáveis, a possibilidade de um lugar onde a família pudesse pensar e refletir sobre si mesma esgotou a necessidade de encaminhamento para a psicoterapia.

Há uma discussão bastante importante e atual que é trazida à tona quando se observam os dados aqui apresentados: as mudanças familiares e as novas configurações dos lugares ocupados pelos membros da família, mais especificamente, quanto à função materna e paterna, na gênese dos problemas psicológicos das crianças.

Roudinesco (2003), em seu livro "A família em desordem", discute a família mutilada de hoje, feita de feridas íntimas e violências silenciosas em relação com a família autoritária de outrora, na qual o domínio era paterno. Hoje o pai fornece uma imagem invertida de si mesmo, deixando transparecer um eu descentrado, autobiográfico e individualizado.

O declínio da função paterna se encaminha desde o século XVIII e as mudanças do papel da mulher na sociedade geram mudanças no casal e na constituição dos núcleos familiares, tornando-se primordial a relação entre mãe e filho, à medida que o número de divórcios e recomposições parentais aumenta (Roudinesco, 2003).

Com isso, a família torna-se um lugar de poder descentralizado e de múltiplas aparências. Surgem denominações como: famílias co-parentais, recompostas, biparentais, multiparentais, pluriparentais ou monoparentais. Diante dessa multiplicidade, complexidade e indefinição de papéis, a família também se vê atingida, e os pais, fragilizados em suas funções. O comprometimento do grupo familiar traz como consequência a exacerbação das dificuldades infantis (Roudinesco, 2003).

Confirmando isso, no presente estudo aparecem 75 casos identificados com problemas ligados ao suporte familiar e ambiental, apontando para a precária situação psicológica familiar. E reafirmando esse fato, vale a pena assinalar que o referido tema é sempre o

principal abordado durante as supervisões dos casos clínicos.

Outra questão que merece ser discutida - ainda que a título de hipótese a ser examinada em novas pesquisas - refere-se ao esvaziamento da maternagem, que se observa em grande parte dos casos atendidos, especialmente esses 75 comentados acima.

Ribeiro (2004), apoiada em Winnicott, alerta para as dificuldades que podem advir para a criança em decorrência de variações no manejo quando mais de uma pessoa assume os cuidados iniciais de um bebê e destaca duas razões ao considerar a mãe a pessoa mais indicada para cuidar de sua criança: o seu amor por ela, que permite uma adaptação às suas necessidades sem ressentimento e o fato de estar mais bem preparada para oferecer um ambiente rotineiro, com uma técnica de cuidados pessoais, proporcionando assim um ambiente emocional adequado.

Esse é um aspecto a ser considerado quando se pensa na delegação cada vez mais precoce das funções parentais a instituições educacionais, babás, avós, etc, que não assumem de fato a maternagem.

Observa-se que, se a educação e o cuidado dos filhos ficam a cargo de instituições educacionais, a observação e a resolução de dificuldades e problemas com os filhos também têm sido delegadas. Assim que identificam um problema com a criança, seja ele comportamental, afetivo, somático sem causa orgânica, de desempenho escolar ou de relacionamento, os pais, esvaziados de suas funções, deslocam-nas para profissionais especializados, fazendo deles os depositários daquilo que, *a priori*, lhes caberia pensar e resolver na relação com o filho. Os indicativos máximos disso encontrado neste estudo são os 18% de casos resolvidos durante a triagem e os 75 (54%) casos em que não se pôde encontrar algo para se considerar um diagnóstico de transtorno mental ou comportamental, mas somente dificuldades no suporte ambiental-familiar.

Observou-se que o lugar pensante da mãe que recorre ao serviço de Psicologia em relação a sua criança é quase inexistente, e que ela ocupa uma posição distante e assujeitada, ou seja, não se coloca como pertencente ou implicada na situação em questão. Em grande parte dos casos atendidos, quando havia um

problema que apontasse para o universo psicológico, imediatamente ocorria a busca de um psicoterapeuta, sem nenhuma tentativa prévia de compreensão da situação.

Essa mãe que assim se apresenta é o personagem contemporâneo que vive em condições de grande mutabilidade e turbulência, esvaziada de sentido - o que opera contra a construção de uma vida interior (que requer tempo e espaço) e que promove a destruição do domínio psíquico, ou seja, essa mãe é o representante do homem moderno (ou hipermoderno) que prescinde da representação das próprias experiências a que chamamos vida psíquica (Kristeva, 2002).

Nesse contexto, a mãe desautoriza-se de seu saber, e a ciência insuflada pela hipermodernidade, dentro de sua dinâmica técnico-científica, em suas múltiplas especialidades, toma a criança contemporânea e apropria-se de seu desenvolvimento psicológico, cognitivo, afetivo, segmentando-a. Novos pares formam-se: a mãe e o pediatra, a mãe e a psicopedagoga, a mãe e a psicóloga, a mãe e a nutricionista (Santos, 2005).

A análise dos atendimentos infantis e familiares realizados no CENPS leva à hipótese de que os pais, na atual configuração familiar e social, sofrem de um sentimento de impotência e incapacidade de pensar sua própria criança. A busca por psicólogos, em grande parte dos casos, acaba tendo por finalidade encobrir as faltas paterna e materna.

Debieux (2001) discute as vicissitudes da família frente à crescente destituição do saber em relação aos seus filhos que leva à busca por ajuda especializada. Alerta que na presente cultura não foram criados dispositivos eficazes para substituir a família em sua função de assegurar a constituição subjetiva dos filhos e de garantir a eficácia da transmissão dos significantes fundamentais da filiação e da sexualidade.

Alguns pontos podem ser levantados para discutir essa fragilização do grupo familiar. Um deles é a condição atual da mulher no plano social, econômico e profissional. Na configuração familiar patriarcal, esse lugar da mulher era inexistente, mas as mudanças trouxeram como consequência o tempo reduzido de convívio com os filhos e um distanciamento de acesso do adulto ao mundo infantil, em que os pais "adultizam" os filhos. Às crianças é exigido lidar com questões para as quais elas não estão preparadas, e os pais não conseguem compreender o pedido, a demanda de seus

filhos, porque não se identificam com o mundo infantil. A criança é submetida, nesse processo, à solidão, ao desamparo, dentro de sua própria casa.

Ou seja, o distanciamento entre os pais e seus filhos, fruto da vida moderna, provoca um bloqueio na comunicação e um desconhecimento, tornando os pais alheios às necessidades emocionais infantis. Assim, há um sentimento de estranheza quando a criança apresenta dificuldades e os pais se sentem na incapacidade de propor soluções.

Alguns autores têm discutido o aumento do narcisismo nas relações humanas, em que o autocentramento narcísico do sujeito constitui terreno fértil para as diversas formas de desqualificação do objeto e o não reconhecimento desse em sua diferença, em que o outro é manipulado como objeto de gozo próprio. Ou seja, as relações atuais apontam a ocorrência de uma substituição do investimento libidinal do objeto por investimentos narcísicos (Bauman, 1998).

Santos (2005) propõe um pensamento ousado acerca da relação pais-criança em que os pais, estimulados a consumir (elemento característico da hipermodernidade), produzir, e ascender socialmente, destinam um outro lugar psíquico aos filhos, em seu desejo e em sua economia libidinal: os filhos tornando-se parte cada vez maior da realização narcísica dos pais.

Nesse sentido, podemos entender a inadequação que se revela nessas relações em função da demanda narcísica aumentada e da impossibilidade de olhar para uma criança percebendo sua diferença - aquilo que lhe é próprio - e ser capaz de suportar o sofrimento que nela se instala. O homem narcísico, - o pai ou a mãe narcísica - toma o sintoma ou a dificuldade da criança como uma falha narcísica e isso lhe é insuportável.

Soma-se a essa discussão o fato de que 58,3% dos casos atendidos corresponderem a crianças que residem com ambos os pais, e pode-se levantar a suspeita de que o problema não é a estrutura familiar em que a criança vive, ou seja, o modelo de família, mas a falta de condições psicológicas adequadas nos adultos que têm como função o cuidado da criança.

A criança torna-se, então, "o problema" na avaliação dos pais, como se estivesse desprendida e solta dos laços e vínculos afetivos familiares, escolares e sociais; como se o que a acometesse fosse algo que diz respeito somente a ela, sem considerar o grupo em que está inserida, seja ele familiar, escolar ou social.

Considerações Finais

Diante dos dados expostos e da discussão aqui desenvolvida, conclui-se que o profissional precisa estar atento tanto aos fatores intra quanto interpessoais no atendimento infantil. Essa posição do psicólogo leva a uma compreensão mais ampliada do que subjaz àquilo que se poderia chamar de patologia, ou seja, uma visão holística do sofrimento mental, das relações da criança com o seu ambiente.

As análises quantitativas sobre os atendimentos somadas às experiências de supervisão dos casos mostraram-se bastante ricas para a compreensão das questões mais amplas da população atendida, permitindo, além de algumas constatações epidemiológicas, discussões clínicas e levantamento de hipóteses que poderão se abrir em novas investigações, como, por exemplo: correlacionar as posições parentais e a sintomatologia infantil; identificar as condições mentais paternas e maternas durante os atendimentos familiares; estrutura *versus* funcionalidade das famílias que procuram atendimento para seus filhos; a expectativa dos pais em relação aos filhos e a percepção da necessidade de ajuda psicológica, dentre muitas outras.

Este trabalho reafirma - mais pela riqueza de questões levantadas do que por ter trazido conclusões - a importância da pesquisa, que encontra um lugar privilegiado nas clínicas-escola como um espaço de oferta dos serviços e ao mesmo tempo de condições para a realização de investigações sistematizadas.

Referências

- Ancona-Lopez, M. (1984). Características da clientela de clínicas escola de psicologia em São Paulo. In R. M. Macedo (Org.), *Psicologia e instituição: novas formas de atendimento* (pp.24-46). São Paulo: Cortez.
- Afonso, R. M. L., & Mota, E. G. (2002). A relação pais-filhos: um estudo da dinâmica familiar. *Psikhe*, 7 (1), 8-56.
- Barbosa, J. I. C., & Silveiras, E. F. M. (1994). Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. *Estudos de Psicologia Campinas*, 3 (11), 50-56.
- Bauman, Z. (1998). *O mal estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bleichmar, S. (1994). Do discurso parental à especificidade sintomática na psicanálise de crianças. In A.M.S. Rosenberg (Org.), *O lugar dos pais na psicanálise de crianças* (pp.120-155). São Paulo: Escuta.
- Borges, S. L. P. (1996). Caracterização da clientela da clínica São Marcos na área de atendimento infantil. *Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 1 (1), 59-78.
- Debieux, R. M. (2001). O não-dito familiar e a transmissão da história. *Psyche*, 5 (8),123-137.
- Ferez-Carneiro, T. (1998). Clínica da família e do casal: tendências da demanda contemporânea. *Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6 (3), 23-32.
- Graminha, S. S. V., & Martins, M. A. O. M. (1993). Estudo das características da população que procura o serviço de atendimento infantil no Centro de Psicologia Aplicada da FFCLRP - USP. *Psico*, 1 (24),119-130.
- Kristeva, J. (2002). *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Kupfer, M. C. (1994). Pais: melhor não tê-los? In A. M. S. Rosenberg (Org.), *O lugar dos pais na psicanálise de criança* (pp.99-119). São Paulo: Escuta.
- Lipovetsky, G. (2004). O caos organizador. *Folha de São Paulo, Caderno Mais!* 14 de Março de 2004.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ribeiro, M. J. (2004). *O ensinar e o aprender em Winnicott: a teoria do amadurecimento emocional e suas contribuições à psicologia escolar*. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro Zahar.
- Rosenberg, A. M. S. (1994). A constituição do sujeito e o lugar dos pais na análise de crianças. In A. M. S. Rosenberg. *O lugar dos pais na psicanálise de crianças* (pp.21-59). São Paulo: Escrita.
- Sanchez, N. A. (1985). *Estudo epidemiológico de clientes da clínica-escola do departamento de psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (MG)*. Dissertação de mestrado não-publicada, Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Santos, L. A. R. (2005). A criança, seu lugar na contemporaneidade e as implicações na clínica psicanalítica. Acesso em outubro 2, 2005, disponível em: http://www.estadosgerais.org/gruposvirtuais/santos-a_crianca.shtml
- Simionato-Tozo, S. M. P., & Biasoli-Alves, Z. M. M. (1998). O cotidiano e as relações familiares em duas gerações. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 14/15 (8), 137-150.
- Souza, R. M. (1997). A criança na família em transformação: um pouco de reflexão e um convite à investigação. *Psicologia Revista*, 5, 33-51.

Recebido em: 8/1/2005

Versão final reapresentada em: 6/12/2005

Aprovado em: 3/5/2006

Os problemas de aprendizagem e o papel da família: uma análise a partir da clínica¹

Learning problems and the family role: an analysis based on the clinical practice

Lúcia de Fátima Carvalho **SALVARI**²

Cristina Maria de Souza Brito **DIAS**³

Resumo

Esta pesquisa teve por objetivo investigar como psicólogos e pedagogos que atuam em psicopedagogia na clínica compreendem os problemas de aprendizagem em crianças e como vêem o papel da família, especialmente dos pais, nos referidos problemas. Foi utilizado um método qualitativo, tendo como instrumento um roteiro semi-estruturado, utilizado em uma entrevista individual, realizada com três psicólogas e com três pedagogas. Dentre as principais fontes de problemas de aprendizagem, as participantes apontaram a grande dependência da criança em relação à mãe, a participação periférica do pai no processo de aprendizagem escolar dos filhos e a tendência atual dos pais em delegar aos educadores e psicólogos os cuidados com esse processo. Assim, consideramos que os conhecimentos sobre as formas de funcionamento da família contemporânea, em cada etapa de seu ciclo de vida, podem contribuir para o acompanhamento terapêutico da criança e do grupo familiar.

Palavras-chave: aprendizagem; família; pedagogos; psicólogos.

Abstract

This research aimed to investigate how psychologists and educators, acting at consulting office, understand children's learning problems and the family role, particularly the parents'. A qualitative methodology was used, based on a semi-structured protocol and individualized interviews with three psychologists and three educators. For the participants, among sources for children learning problems, they pointed out: a) childrens large dependence in relation to their mothers and fathers' peripheral participation on the school learning process, and b) the current parents' trend in delegating to the educators and psychologists the responsibility of children learning process. Therefore, we think the knowledge about the contemporary family functioning, in each life cycle stage, can contribute to the child and the family group's therapeutic accompaniment.

Key words: learning; family; educators; psychologists.

Tem crescido, nas últimas décadas do século XX e início deste século, o interesse por uma interlocução

entre a Educação, a Psicologia Clínica e a Psicanálise, a partir dos estudos acerca das inter-relações, na

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de L.F.C. SALVARI, intitulada "A relação entre família e problemas de aprendizagem: o que pensam os psicólogos e pedagogos?". Universidade Católica de Pernambuco, 2004.

² Professora, Pós-Graduação em Psicologia e Educação, Faculdade Frassinette do Recife. Av. Conde da Boa Vista, 921, Boa Vista, 50060-002, Recife, PE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L.F.C. SALVARI. E-mail: <lsalvari@uol.com.br>.

³ Professora Doutora, Universidade Católica de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

construção das aprendizagens, entre a razão e os afetos, a cognição e o desejo de conhecer.

Ao mesmo tempo, observamos uma crescente demanda de atendimentos clínicos a crianças e adolescentes com queixas na aprendizagem escolar no Brasil, os quais trazem consigo uma angústia: a ameaça de fracasso escolar. Tudo isso se torna mais evidente quando se trata de jovens que, teoricamente, têm todas as condições cognitivas e pedagógicas para aprender, mas, mesmo assim, muitas vezes, fracassam nas suas tentativas. Nossa escuta nos leva a pensar que, como sintoma, esse não aprender resistente pode estar traduzindo conflitos intrapsíquicos construídos nas relações intersubjetivas, particularmente dentro da dinâmica familiar contemporânea. Tal pensamento é corroborado por diversos autores da Psicopedagogia e da Psicanálise, tais como Fernández (1991), Souza (1995) e Bossa (2002).

Nesta pesquisa, enfocamos, especialmente, as dificuldades na aquisição da leitura e escrita em crianças, uma vez que observamos uma intensificação das demandas para atendimento psicopedagógico na fase de alfabetização. É nesse período que os pequenos alunos se vêem convocados pela sociedade a responder a novas exigências de competência e responsabilidade, sob a forma de deveres e obrigações escolares, compartilhando, assim, os projetos de progresso social, cultural e educacional da família. Segundo Eguier (1985, p. 42), tais projetos para o futuro compõem o chamado ideal de ego familiar, que é um dos organizadores do Eu familiar, ou seja, "é uma representação da perfectibilidade do grupo em relação a seu próprio destino".

Para tentar responder a essas demandas escolares, a criança e sua família precisam empreender um processo de elaboração subjetiva que exige de ambas um grande investimento psíquico que, nem sempre, é bem sucedido. Isso fica mais evidente quando consideramos a intensidade com que a sociedade contemporânea, herdeira da modernidade, expõe os indivíduos a novas informações e conhecimentos, cobrando-lhes, com frequência, um desempenho pautado em um ideal imaginário de perfeição.

Bossa (2002) salienta, ainda, o fato de que a escola é, hoje, o lugar privilegiado de identificação das "anormalidades" infantis no seio da sociedade e que os especialistas em terapêuticas educativas, muitas vezes, acabam alimentando as exigências de perfeição com

promessas de reparação dos "fracassos" na criança e na família. Como diz Cordié (1996, p.24), há uma "pressão social que se exerce sobre todos e que gera, muitas vezes, uma angústia surda que a criança tem dificuldade em identificar".

Colello (2001), por sua vez, alerta para o que denomina "ótica psicopedagógica restrita". Segundo a autora, essa é uma visão ainda muito presente nas escolas, levando os psicólogos e orientadores educacionais a centrarem no aluno toda a responsabilidade pelo fracasso na aprendizagem e a buscarem, apenas nele, as possibilidades de superação do problema. Do ponto de vista clínico, nesses casos, os atendimentos se mantêm alheios às dinâmicas de sala de aula e ao projeto de ensino da escola.

De acordo com Souza (1995), ao longo da constituição e do desenvolvimento psíquico da criança, ela vai construindo uma atitude diante da possibilidade de conhecimento, a qual se estabelece a partir da forma como também é vivida, dentro da família, a relação com o conhecimento. Por essa razão, conhecer "não se refere somente à realidade objetiva, mas, e talvez principalmente, à realidade subjetiva" (Souza, 1995, p.49). A existência na família de "verdades" religiosas, sociais ou culturais incontestáveis assim como a presença de medos e segredos não explicitados podem, portanto, prejudicar a capacidade da criança de pensar livremente.

Para Pincus e Dare (1987), o sucesso da criança ao enfrentar as difíceis tarefas subjetivas ao longo do seu desenvolvimento depende, em grande parte, das condições psicológicas que os pais lhe oferecem, sem esquecer que as próprias experiências infantis dos pais, assim como a sua relação conjugal, são fatores importantes no seu processo de interação com a criança. Vemos, desde modo, como os laços familiares são essenciais para a estruturação psíquica desde os primeiros momentos de vida.

Assim, vivências narcísicas e edípicas da criança no seio da família desempenham um importante papel na organização do seu ego e nas suas possibilidades de acesso ao sentido de realidade, intervindo, inclusive, no desenvolvimento da inteligência (Barone, 1996).

Nesse sentido, Barone (1996) enfatiza que os problemas na aprendizagem podem estar relacionados a conflitos em tais vivências, quando precariamente elaborados, impedindo a criança de lidar com determinados aspectos inerentes a todo o aprender, tais como

reconhecer o seu não saber, muitas vezes expresso pelos erros que comete; colocar-se em posição de autonomia e autoria em relação às suas aprendizagens; suportar que outro saiba mais do que ela e que seu conhecimento é sempre parcial.

Por isso, Salvari (2003) afirma não ser possível supor o desenvolvimento das estruturas cognitivas, necessárias à inteligência, como um processo à parte do psíquico. Acrescenta, ainda, a autora:

Quando falamos nas questões psicodinâmicas que envolvem o processo de aprendizagem, estamos nos referindo ao psiquismo como uma trama de afetos cuja dinâmica inconsciente modela e constitui o indivíduo como um sujeito capaz de pensar e desejar (Salvari, 2003, p.54).

Para Fernández (1991), a família que apresenta um membro com problemas de aprendizagem muito freqüentemente funciona como um bloco indissociado, em que qualquer tentativa de diferenciar-se pode ir de encontro ao mandato familiar de anulação da diferença. Nesse caso, pensar com autonomia, de forma singular e criativa, pode ser tão ameaçador como se implicasse rechaçar, excluir e perder o outro. Por isso, a autora propõe a presença da família no diagnóstico de problemas de aprendizagem em crianças, o que permite observar mais rapidamente a existência de "significações sintomáticas localizadas em vínculos em relação ao aprender" (Fernández, 1991, p.92).

Em uma linha de pensamento semelhante, Pain (1992) propõe que, no processo diagnóstico, o psicólogo busque analisar o significado do sintoma da criança *na família e para a família*, uma vez que, comumente, o problema da criança é emergente do problema do grupo primário ao qual pertence. Além disso, destaca que a independência proporcionada pela aquisição de conhecimentos pode ter para a criança um significado de perda de atenção e de assistência dos pais, inibindo os seus progressos.

Para Gomes (1998), a prática clínica na qual a criança é desvinculada do papel de "doente" da família e os pais passam a ser o foco e os destinatários do tratamento costuma ser mais difícil. Isso porque "a criança não é mais a única paciente e os pais, especialmente, necessitam ser ouvidos" (Gomes, 1998, p.80). Desse modo, a história do casal torna-se primordial para entender o sintoma do filho e como eles estruturaram sua dinâmica familiar. Mas a autora

esclarece que o casal precisará ser "preparado" para mudar o foco, da criança para eles próprios, na tentativa de resolução do problema.

Já a proposta clínica de Weiss (1994) para os casos de fracasso escolar leva em consideração, no diagnóstico, os aspectos orgânicos, cognitivos, emocionais, sociais e pedagógicos que cercam o problema de aprendizagem apresentado. Nas suas palavras, "a interligação desses aspectos ajudará a construir uma visão gestáltica da pluricausalidade desse fenômeno, possibilitando uma abordagem global do sujeito em suas múltiplas facetas" (Weiss, 1994, p.8). Assim, para proceder ao diagnóstico psicopedagógico, o profissional deve trabalhar com dois grandes eixos: horizontal, a-histórico - que busca uma visão do presente, do "aqui e agora" - e vertical, histórico, que traça uma visão do passado, da construção do sujeito.

Em uma pesquisa realizada com professores de alfabetização de escolas públicas e privadas do Rio Grande do Sul sobre problemas de aprendizagem da leitura e escrita, Marquezan e Souza (2000) apresentam resultados que podem trazer reflexões adicionais a respeito dos problemas de aprendizagem e suas causas. Sete dos oito professores entrevistados pelas pesquisadoras atribuíram à família a responsabilidade pelas dificuldades dos alunos na alfabetização. Ao serem inquiridos quanto a quem recorrem quando surgem essas dificuldades, apenas 16% das respostas indicaram o orientador educacional ou o psicólogo escolar, enquanto 29% das respostas apontaram a própria família. Os autores argumentam que, aparentemente, ao responsabilizarem a família pelos problemas de aprendizagem, os professores logo a procuram a fim de buscar soluções e, em seguida, fazem os encaminhamentos ao psicopedagogo para tratamento clínico. Não há, portanto, nenhuma alusão dos professores ao papel da própria escola nas dificuldades da criança, ficando os orientadores e psicólogos distantes do professor na busca de causas mais amplas para o problema e de soluções que envolvam também a instituição educacional.

Nesse mesmo sentido, Kupfer (2001) afirma que escutar um problema de aprendizagem como um sintoma do sujeito, desarticulado do discurso social escolar, pode conduzir ao fracasso da ação clínica. Para a autora, em consequência da aproximação entre a clínica psicanalítica e a educação, o profissional da

clínica ampliará seu campo de ação, incluindo a instituição escolar como lugar de escuta, ao passo que o educador “no mínimo deixará de fazer tantos encaminhamentos aos psicólogos e, no máximo, tomará para si, em outra medida, a responsabilidade por seus atos educativos”(Kupfer, 2001, p.34).

A fim de estudar as diversas questões que envolvem os problemas de aprendizagem e a prática terapêutica em torno deles, optamos por focar as dificuldades da criança na aquisição da leitura e escrita, como já explicitamos anteriormente, e realizamos entrevistas semi-estruturadas com psicólogas e pedagogas que atuam em psicopedagogia na clínica.

Nosso objetivo geral foi investigar como os profissionais dessas áreas compreendem tais problemas de aprendizagem em crianças e como vêem o papel da família, especialmente dos pais. Para isso, buscamos, mais especificamente, caracterizar os indicadores para a intervenção clínica nos problemas de aprendizagem, identificar as principais queixas trazidas aos consultórios dos profissionais em relação à leitura e escrita das crianças e as causas atribuídas a elas, além de descrever os procedimentos utilizados com a criança e com a família para o diagnóstico e tratamento psicopedagógicos.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa três psicólogas clínicas e três pedagogas. Para o profissional participar da pesquisa, era necessário ter formação clínica em Psicopedagogia e atuar há, pelo menos, três anos no tratamento de crianças com problemas de aprendizagem. Esse critério de tempo de atuação em Psicopedagogia visou escolher participantes com uma maior experiência clínica. Além disso, procuramos entrevistar profissionais tanto da Psicologia como da Pedagogia devido à preocupação em não restringir nossa investigação a profissionais de uma única formação acadêmica. Com isso, poderíamos obter reflexões teórico-práticas mais abrangentes. A escolha dos profissionais foi feita a partir de uma lista de nomes sugeridos pela coordenação de um curso de formação em Psicopedagogia e por psicólogos e coordenadores pedagógicos de algumas escolas particulares da cidade do Recife.

Apesar de todos os participantes serem do sexo feminino, salientamos que o critério de sexo não fez parte de nossos direcionamentos metodológicos.

Instrumento

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos um roteiro semi-estruturado, aplicado em entrevista individual com as participantes. Nesse roteiro, inicialmente, constaram as perguntas acerca dos dados sociodemográficos das entrevistadas e, em seguida, onze questões relacionadas aos objetivos da pesquisa, as quais foram distribuídas em dois blocos de pergunta. O primeiro, composto por quatro perguntas, buscou caracterizar os problemas de aprendizagem na visão clínica dos participantes. Já o segundo bloco, constituído de sete perguntas, procurou caracterizar os procedimentos de atendimento clínico a crianças com problemas de aprendizagem de leitura e escrita.

Procedimentos

Antes da coleta de dados, cada uma das participantes foi contatada para que pudéssemos lhe explicar a natureza desta pesquisa, seu objetivo e método. Esclarecemos, nesse momento, que o conteúdo integral da entrevista estaria à disposição, e que não haveria identificação nominal da participante ao longo do trabalho. Após o consentimento, marcamos, então, o encontro para a realização da entrevista, em dia e local de sua conveniência, enfatizando que as crianças em torno das quais seriam abordadas as questões relativas aos problemas de aprendizagem deveriam fazer parte do seu universo de atendimento clínico. Todas as participantes assinaram um “termo de consentimento livre e esclarecido”, o qual dispôs sobre os pontos acima especificados e permitiu a utilização dos dados para fins de pesquisa.

Com exceção da sexta entrevistada, que optou por realizar a entrevista em uma sala reservada da escola em que também trabalha, todas as demais participantes foram entrevistadas em seu consultório particular. As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em fita cassete para posterior transcrição.

Após a transcrição das entrevistas, procedemos à sua análise, enfocando os pontos mais relevantes relacionados aos objetivos específicos da pesquisa, isto é: os indicadores para a intervenção clínica nos proble-

mas de aprendizagem; as principais queixas em relação à leitura e à escrita das crianças e as causas atribuídas a elas; os procedimentos diagnósticos e terapêuticos com a criança e a participação da família em tais procedimentos. Os dados obtidos foram discutidos a partir do embasamento teórico estudado, que se fundamentou, principalmente, em estudiosos da Psicopedagogia e da Psicanálise.

Lembramos, ainda, que não tivemos o objetivo de generalizar os resultados de nossa pesquisa, uma vez que ela possui uma natureza qualitativa. Por outro lado, isto não nos impediu de tecer algumas considerações finais em relação a importantes questões observadas no conteúdo das entrevistas, que podem contribuir para o trabalho terapêutico com crianças que apresentam problemas de aprendizagem e com suas famílias.

Resultados e Discussão

Observamos três tipos de referencial, citados pelas participantes, como diretrizes para a decisão acerca da necessidade de tratamento psicopedagógico: referencial escolar, psicopedagógico e psicodinâmico.

O referencial escolar refere-se àquele utilizado pelas participantes tendo por base os resultados obtidos pela criança nas suas produções pedagógicas. O tratamento, portanto, seria necessário sempre que a criança não produzisse o esperado do ponto de vista escolar e as intervenções da escola, junto à criança e à família, também não conseguissem modificar a qualidade dessas produções, como explicou a primeira entrevistada: "... a partir do momento que o trabalho pedagógico, em si, não está dando conta, não está podendo ajudar a criança... mesmo com o empenho da família, aí a criança deve ser tratada no espaço clínico".

Esse referencial foi citado pela maioria das entrevistadas, isoladamente ou em conjunto com outros. Isso parece confirmar o pensamento de Bossa (2002) de que a escola, na atualidade, apresenta-se como o principal espaço social para a identificação das "anormalidades" infantis, mesmo que sob o risco de ancorar-se em uma concepção de criança ideal, construída ao longo da modernidade. Assim, a criança pode estar resistindo, com o seu sintoma, à excessiva normatização da escola, enquanto essa fracassa nas suas tentativas pedagógicas de remover o problema de aprendizagem, apelando, muitas vezes, aos especialistas

em terapêuticas educativas na esperança de ver o fracasso reparado. A esse respeito, a segunda entrevistada comentou: "A escola quer uma resposta; é uma instituição que não tem muita paciência, não trabalha com o processo".

Já no referencial psicopedagógico, o que determinaria a necessidade ou não de uma intervenção terapêutica sobre os problemas de aprendizagem seria a avaliação psicopedagógica realizada pelo profissional em consultório. Assim, mesmo existindo uma queixa escolar relativa à aprendizagem, seria o diagnóstico clínico-psicopedagógico que determinaria, de fato, a necessidade de um tratamento, pois, como afirmou a terceira entrevistada, em certos casos, "alguns estímulos, algumas orientações à escola e à família são suficientes para que o problema possa ser resolvido", sem que seja preciso um acompanhamento terapêutico.

É interessante observar que tanto o referencial escolar como o psicopedagógico são externos à criança. Quer dizer, referem-se ao modo como ela atende ao que lhe é proposto pelo meio social, em termos de aprendizagem, seja esse meio constituído pelo espaço escolar ou pelo espaço clínico-psicopedagógico.

O referencial psicodinâmico foi citado por todas as psicólogas, seja de forma isolada, seja em conjunto com o referencial escolar. Nesse caso, a indicação de tratamento psicopedagógico é feita a partir da identificação de sentimentos de angústia e desprazer na criança relacionados à aprendizagem, os quais, segundo as entrevistadas, podem indicar conflitos psicodinâmicos propiciadores de problemas nessa área. A quinta entrevistada explicou dessa forma a questão: "Quando o sintoma já se tornou uma angústia, uma ansiedade grande, tanto na vida escolar como na história dessa família, e isso já chegou aos muros da escola, então há necessidade de uma intervenção clínica eficaz". Ainda a esse respeito, Kupfer (2001) alerta que, para além da dimensão fenomênica do sintoma, expresso por um sofrimento por parte da criança, há a dimensão inconsciente, na qual transcorrem os conflitos que originam o sintoma e movem os afetos a eles atrelados.

Principais queixas trazidas ao consultório

As entrevistadas citaram três tipos de queixas acerca da aprendizagem da leitura e da escrita: queixas cognitivas, pedagógicas e de ordem afetiva e relacional.

As queixas cognitivas dizem respeito às dificuldades relativas à habilidade da criança em determinadas funções, consideradas importantes para que ela possa aprender a ler e a escrever, como memória, atenção, concentração, percepção auditiva e visual, compreensão verbal, entre outras.

As queixas pedagógicas são relativas a entraves no desempenho da criança nas tarefas e avaliações escolares, envolvendo a leitura e a escrita, podendo ser consideradas como uma consequência das dificuldades cognitivas apresentadas pela criança.

Já as queixas afetivas e relacionais, embora aparentemente não se refiram à leitura e à escrita, são identificadas pelas participantes como intimamente relacionadas aos problemas de aprendizagem. Dentre essas queixas, as entrevistadas destacaram: a recusa ou esquia aos estudos por parte da criança, demonstrada por choros e gritos durante a execução das tarefas; a falta de limites e regras na família, dificultando a capacidade da criança para lidar com o erro e a frustração no processo de aprendizagem; a pouca autonomia para pensar e realizar tarefas, além da baixa auto-estima.

Notamos, assim, que, na visão das participantes desta pesquisa e de autores como Souza (1995), Barone (1996) e Bossa (2002), para que a criança aprenda sem maiores dificuldades é preciso que apresente também condições subjetivas.

Causas atribuídas aos problemas de aprendizagem

O papel da família no desenvolvimento e aprendizagem da criança fica mais evidente quando analisamos as causas para a ocorrência das dificuldades em aprender a ler e a escrever. Todas as entrevistadas citaram aspectos psicodinâmicos da família como possíveis dificultadores da aprendizagem da criança. Dentre eles, salientamos a intensa dependência afetiva da criança em relação à mãe, aliada à pouca intervenção e intermediação do pai.

Para as participantes, esse tipo de situação gera problemas para a resolução de alguns conflitos próprios da fase edípica do desenvolvimento da criança, além de dificultar a sua capacidade para lidar com os limites e a frustração de modo mais autônomo. Sobre isso, nossa primeira entrevistada afirmou que “é como se a

libido não estivesse disponível para fazer outros investimentos nos estudos”. Para as entrevistadas, a dependência materna evidencia-se nas questões relativas à aprendizagem porque as mães continuam, ainda hoje, assumindo grande parte do papel cultural de lidar com a educação dos filhos. A segunda entrevistada exemplificou esse ponto da seguinte maneira: “Assim, as mães exigem muito dos filhos porque são delegadas a esse lugar, assumem esse papel, ficam desesperadas quando a criança não responde, porque tudo está nas suas costas. Assim os pais só cobram, quando cobram!”. Acerca dessa questão, Souza (1995) acrescenta, ainda, que o processo de diferenciação entre mãe e filho depende também da capacidade do pai de assumir o seu papel de terceiro na relação entre mãe e filho, oferecendo um modelo de contato substitutivo a esse filho. É a partir daí que a criança descobrirá outros objetos de investimento subjetivo, inseridos na cultura, como, por exemplo, os conhecimentos compartilhados socialmente.

Também foram ressaltados, em algumas entrevistas, determinados aspectos socioculturais que podem intervir na dinâmica familiar e transformar-se em causas para as dificuldades de aprendizagem, como, por exemplo, as pressões sociais por melhor desempenho escolar da criança e por maior eficiência dos pais na educação dos filhos. Diante dessas pressões, as participantes disseram que, muitas vezes, a criança mostra-se pouco madura para lidar com as intensas demandas de aprendizagem que lhe chegam, como já foi ressaltado anteriormente. Uma das entrevistadas ilustrou essa questão com a seguinte afirmativa: “Há um nível de exigência cultural enorme... quando a criança chega à alfabetização, se não consegue, há uma ameaça para a família... há uma ameaça no seu papel enquanto pai e mãe” (Entrevista n. 2).

Outro ponto destacado pelas profissionais dentre as causas para os problemas de aprendizagem na fase de alfabetização refere-se às dificuldades em alguns aspectos do próprio desenvolvimento da criança, especialmente os aspectos orgânicos, cognitivos e psicodinâmicos.

Por fim, as participantes citaram aspectos da interação entre a escola, a criança e a família como possíveis fontes de problemas para a aprendizagem. Assim, a quarta entrevistada destacou a troca constante de escola e a falta de sintonia entre os valores da família

e da escola: “Às vezes, na família, a criança tem um convívio mais aberto, mas estuda numa escola tradicional, então há um choque”. Já a quinta entrevistada chamou a atenção para a relação entre professor e aluno: “A partir do momento em que essa relação, esse vínculo afetivo, não se constitui de uma forma saudável, vai influenciar certamente com um peso grande na construção das dificuldades de aprendizagem”.

Em geral, as participantes afirmaram, ainda, que a aprendizagem não pode ser uma tarefa exclusiva da escola ou do profissional que atende a criança na clínica; os pais precisam participar, acompanhando e estimulando o processo da criança. De acordo com a sexta entrevistada: “A pouca estimulação da família em relação à leitura, à valorização disso, é uma grande dificuldade que as crianças acabam encontrando”. Já a quinta entrevistada destacou que “os pais precisam compreender o papel e a função de cada membro na dinâmica familiar, entendendo por que aquele filho foi o ‘escolhido’ para ‘sintomatizar’ na aprendizagem. Aí, sim, eles vão, junto comigo, contribuir para que a criança saia desse lugar de não aprender”.

Vemos, assim, que, de modo geral, as entrevistadas apontaram fatores para a não aprendizagem que se aproximam daqueles propostos por Pain (1992) e Weiss (1994), isto é, fatores internos e externos ao sujeito e sua família.

Diagnóstico psicopedagógico

Quanto ao diagnóstico dos problemas de aprendizagem da leitura e da escrita, todas as participantes indicaram a necessidade de analisar alguns dos fatores descritos no tópico anterior. Assim, realizam uma análise das condições cognitivas, pedagógicas e psicodinâmicas da criança para com a aprendizagem. Além disso, citaram a importância de, eventualmente, investigar aspectos orgânicos, como as condições auditivas e visuais da criança. Algumas, como a quarta e a quinta entrevistadas, destacaram, igualmente, a investigação da dinâmica da criança na escola, particularmente sua relação com os professores, como parte do processo diagnóstico. Dentre os recursos técnicos para a investigação dos problemas de aprendizagem, as entrevistadas afirmaram utilizar, em geral, atividades lúdicas e pedagógicas, além de testes e exames cognitivos e projetivos, se necessários.

Um dado a destacar é que a investigação das condições cognitivas e pedagógicas da criança para a aprendizagem foi o que mais se destacou na descrição dos procedimentos diagnósticos. Embora todas as participantes tenham indicado os aspectos psicodinâmicos da criança e da família como possíveis causas da não aprendizagem durante a alfabetização, a análise de tais aspectos não foi um ponto enfatizado, inicialmente, pela maioria das participantes.

Apesar disso, a família participa do processo diagnóstico através de sessões que seguem, em geral, a proposta de autores como Fernández (1991), Pain (1992) e Weiss (1994), isto é, um primeiro encontro para escuta do motivo da consulta ou queixa; sessões de anamnese para o levantamento do histórico da criança em termos de desenvolvimento e, após os atendimentos à criança, sessões para apresentação à família das principais hipóteses diagnósticas e sugestões de encaminhamento.

Tratamento psicopedagógico

Assim como no diagnóstico, os recursos utilizados pelas participantes durante o tratamento para facilitar as intervenções psicopedagógicas em torno da leitura e da escrita são, em geral, atividades lúdicas e pedagógicas, as quais visam à estimulação cognitiva e afetiva da criança. A família, por sua vez, é acompanhada tanto por meio de sessões previamente marcadas pelas profissionais, como por solicitação dos próprios pais. Nas duas situações, geralmente, tais atendimentos ocorrem separadamente da criança. De modo geral, notamos que o objetivo desses encontros é orientar os pais para que possam favorecer as aprendizagens da criança.

Dentre os principais entraves ao tratamento psicopedagógico, as participantes destacaram a resistência dos pais em buscar ajuda profissional para o filho, o que, segundo elas, denota a dificuldade de reconhecer falhas no filho e neles próprios. Em consequência disso, muitas vezes, ao iniciarem o tratamento, demonstram uma intensa ansiedade por resultados rápidos, ocasionando mais estresse sobre a criança, a ponto de dificultar o processo psicopedagógico. Sobre isto, a primeira entrevistada comentou que “uma das coisas mais difíceis é lidar com a ansiedade dos pais. A escola indicou desde a pré-alfabetização, mas os pais achavam que não precisava e, quando a

criança está nas últimas, os pais trazem pra cá esperando um milagre”.

Talvez devido às questões acima expostas, algumas participantes destacaram a importância de realizar, nos seus atendimentos, intervenções terapêuticas com a família, para que o tratamento psicopedagógico possa alcançar melhores resultados, como afirmou a primeira entrevistada: “Quando a criança chega para o tratamento não só a psicopedagoga está implicada, é preciso toda uma dinâmica familiar reestruturada para que isso ajude também nesse processo”. No entanto, outras entrevistadas - particularmente as pedagogas - revelaram uma preocupação em salientar os limites das suas intervenções sobre a dinâmica subjetiva da criança e da família, ressaltando, inclusive, que o tratamento das “causas emocionais” do problema de aprendizagem seria função do psicólogo em um processo psicoterápico e não psicopedagógico.

Considerações Finais

Percebemos que as participantes compreendem os problemas de aprendizagem como um fenômeno complexo, cujas causas envolvem aspectos socioculturais, pedagógicos, cognitivos e psicodinâmicos. As questões da dinâmica familiar, entretanto, foram apontadas, de forma unânime, como uma das principais fontes de problemas na aprendizagem, em especial no que se refere à dificuldade da criança para realizar suas atividades com maior autonomia, principalmente em relação à mãe, agravada pela pouca intervenção do pai na relação entre mãe e filho. Assim, muitas vezes, sua participação na educação e no processo de aprendizagem escolar dos filhos torna-se periférica.

Ao refletirmos sobre tais aspectos da dinâmica familiar, pareceu-nos significativo que os profissionais, em sua fala, tenham se referido, quase que exclusivamente, a um modelo tradicional e triangular de família, ou seja, composto por pai-mãe-filho, enquanto, cada vez mais, na contemporaneidade, deparamo-nos com outros modelos, especialmente as chamadas “famílias monoparentais”. Por tal razão, entendemos que, nos dias atuais, o profissional na clínica não pode restringir a sua escuta a uma única forma de composição e de dinâmica familiar e, portanto, precisa estar atento às novas configurações de família, adequando os enquadra-

mentos diagnósticos e terapêuticos de modo a facilitar a compreensão das particularidades de seu funcionamento e seus reflexos no desenvolvimento das aprendizagens da criança.

As participantes também identificaram uma tendência atual dos pais em delegar a outras pessoas - dentre elas, educadores e psicólogos - alguns cuidados necessários ao desenvolvimento cognitivo e emocional dos filhos, de maneira que, sozinhos, parecem não conseguir mais cumprir todas as suas responsabilidades na educação e no crescimento dos mesmos. Isso reflete a crescente importância que os especialistas em crianças vêm ocupando na sociedade e na família, desde a modernidade. No entanto, pensamos que os profissionais não podem esquecer que não substituem os pais na construção e na manutenção dos vínculos relacionais primários, berço de todo o desenvolvimento da criança. Por tal razão, as intervenções terapêuticas precisam estimular esses pais a refletirem sobre a dinâmica que envolve o grupo familiar, de modo a consolidar os aspectos saudáveis dos seus vínculos, mas sem subtrair-lhes a autonomia e a responsabilidade que possuem em relação ao desenvolvimento e à aprendizagem dos filhos.

Uma questão enfatizada pelas entrevistadas que gostaríamos de comentar refere-se às exigências escolares, cada vez maiores. Na opinião das participantes e de teóricos citados no decorrer deste trabalho, tais exigências traduzem ideais sociais contemporâneos, os quais se revelam, freqüentemente, inalcançáveis para as crianças. Isso termina por dificultar as aprendizagens e acentua, ainda mais, o sentimento de fracasso naquelas que não conseguem corresponder ao que é esperado delas pela escola e, algumas vezes, pela própria família.

Apesar disso, notamos que, no diagnóstico e no tratamento de crianças com problemas de aprendizagem, os profissionais entrevistados não parecem propor uma análise mais detalhada dos modelos de ensino-aprendizagem adotados pelas escolas nas quais essas crianças estudam, e sua repercussão nas dificuldades apresentadas. Permanece, assim, a dicotomia entre a saúde e a educação, a clínica e a escola, ou seja, aparentemente, educadores e profissionais da clínica ainda interrogam pouco a escola acerca de seu papel nos problemas de aprendizagem. E o que é mais preocupante: a responsabilidade pelos possíveis fracassos continua sendo, essencialmente, da própria

criança e de seus pais, sendo o acompanhamento dos pais durante o desenvolvimento dos filhos, muitas vezes, percebido como insatisfatório.

Acreditamos que faça parte da ética profissional do psicopedagogo não transformar seus atendimentos clínicos em um simples espaço para corrigir os “fracassos pedagógicos” da criança e os “fracassos educacionais” dos pais, adequando-os aos ideais de produtividade da escola e da sociedade. Sabemos que essa não é uma tarefa fácil para os profissionais, já que todos - escola e família - esperam uma rápida melhora no desempenho da criança, de modo que ela possa alcançar os parâmetros estabelecidos pela sociedade.

Por isso, os psicopedagogos devem ficar atentos para o risco de privilegiarem os aspectos cognitivos e pedagógicos da aprendizagem - tanto no diagnóstico como no tratamento psicopedagógico - em detrimento da escuta clínica e da observação dos aspectos psicodinâmicos que envolvem a criança e seu grupo familiar. Tais aspectos, no nosso entendimento, encontram-se, irremediavelmente, entrelaçados ao processo de desenvolvimento cognitivo e de aprendizagem. Nesse sentido, é fundamental para o profissional conhecer os aspectos das diversas teorias que procuram investigar as formas de funcionamento da família ao longo do seu ciclo de vida, procurando incorporá-los às suas intervenções clínicas. Tais conhecimentos, caso sejam agregados à sua formação, com certeza facilitarão o acompanhamento terapêutico das famílias durante o tratamento psicopedagógico das crianças.

Por outro lado, entendemos que o trabalho psicopedagógico também deva propiciar à própria escola uma oportunidade de refletir acerca de seus projetos educacionais e de suas concepções de ensino-aprendizagem, a partir da problemática exposta pela criança. Afinal, um dos maiores desafios da escola, hoje, é trabalhar com seus alunos a construção dos conhecimentos compartilhados socialmente, sem desprezar a singularidade desse processo para cada um. Nesse sentido, ela tem um importante papel na prevenção de muitos problemas de aprendizagem, seja por meio da flexibilização de seus programas pedagógicos, procurando adequá-los às reais necessidades dos alunos, seja no acompanhamento das crianças que apresentam riscos de desenvolver problemas na aprendizagem. Para isso, tornam-se fundamentais a capacitação e o apoio psicopedagógico aos professores, além da escuta da

família, de modo a facilitar reflexões entre seus membros que possam contribuir para a construção de um espaço de saúde em torno da aprendizagem.

Referências

- Barone, L. M. C. (1996). Algumas contribuições da psicanálise para a avaliação psicopedagógica. In V. Oliveira & N. Bossa (Orgs.), *Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos* (3a ed., pp.57-86). Petrópolis: Vozes.
- Bossa, N. A. (2002). *Fracasso escolar: um olhar psicopedagógico* (pp.17-57). Porto Alegre: Artmed.
- Coello, S. M. G. (2001). A formação de professores na perspectiva do fracasso escolar. In *VI Congresso estadual paulista sobre formação de educadores: desafios e perspectivas para o século XXI*. Águas de Lindóia. Acesso em dezembro 19, 2003, disponível em http://www.fe.usp.br/psicologia/silvia_escolar.doc
- Cordié, A. (1996). *Os atrasados não existem: psicanálise de crianças com fracasso escolar* (pp.15-22). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família: do modelo grupal à terapia familiar psicanalítica* (pp.25-53). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fernández, A. (1991). *A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família* (2a ed., pp.91-103). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gomes, I. C. (1998). *O sintoma da criança e a dinâmica do casal* (pp.13-38; 73-80). São Paulo: Escuta.
- Kupfer, M. C. (2001). *Educação para o futuro: psicanálise e educação* (2a ed., pp.13-38). São Paulo: Escuta.
- Marquezan, F. F., & Souza, C. R. S. (2000). Fracasso escolar na alfabetização: um olhar a partir da psicopedagogia. *Psicopedagogia on line: educação & saúde mental*. Acesso em dezembro 19, 2003, disponível em: <http://www.picopedagogia.com.br/artigo>
- Pain, S. (1992). *Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem* (4a ed., pp.35-67). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pincus, L., & Dare, C. (1987). *Psicodinâmica da família* (2a ed., pp.68-89). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Salvari, L. F. C. (2003). A aprendizagem e suas dificuldades em uma visão clínica. *Interlocuções: Revista de Psicologia da Unicap*, 3 (1), 44-64.
- Souza, A. S. L. (1995). *Pensando a inibição intelectual: perspectiva psicanalítica e proposta diagnóstica* (pp.35-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Weiss, M. L. L. (1994). *Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica* (2a ed., pp.1-24). Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido em: 30/8/2005

Versão final reapresentada em: 5/1/2006

Aprovado em: 11/4/2006

A vivência do pai no processo de reabilitação da criança com deficiência auditiva

Male genitor emotional experiences in the rehabilitation process of a hearing impairment children

Paula Guimarães Motta **CANHO**¹

Carmen Maria Bueno **NEME**²

Midori Otake **YAMADA**³

Resumo

Este estudo visou investigar as vivências emocionais e mecanismos de defesa de pais de crianças com deficiência auditiva. Foram entrevistados 12 genitores masculinos, de 25 a 38 anos, com escolaridade de primeiro grau incompleto a superior incompleto. Dos entrevistados, sete eram pais de filhos únicos, três, pais pela segunda vez e um pai pela terceira vez da criança com necessidade específica. As respostas foram categorizadas e analisadas com base no referencial psicodinâmico e apresentaram vivências de choque, ansiedade e angústia e o uso de mecanismos de defesa frente ao diagnóstico e implicações da deficiência. As defesas constatadas foram analisadas como reações situacionalmente esperadas, podendo favorecer formas mais realistas de enfrentamento posterior. Sugere-se que, assim como mães, pais vivenciam impacto e dificuldades emocionais frente ao diagnóstico de seus filhos. Diferenças de papéis familiares facilitam ao pai um menor envolvimento na educação da criança, devendo-se valorizar a sua importância no processo de reabilitação.

Palavras-chave: deficiência auditiva; psicologia; figura do pai; família.

Abstract

This study aimed to investigate the emotional experiences and defense mechanisms of hearing impairment children parents. Twelve male genitors aged from 25 to 38 were interviewed. Their school levels were from incomplete elementary school to incomplete superior degree. Among the interviewees, seven have only one child; three of them have two children, and one has three children, one of them with specific needs. The answers were categorized and analyzed according to the psychodynamic referential basement, and they have shown experiences of shock, anxiety and anguish, the use of defense mechanisms facing the diagnosis, and the deficiency implications. The evidenced defenses were analyzed as environmentally expected reactions that can lead parents to more realistic ways for facing later confrontation. It's suggested that, such as mothers, fathers also experience the impact and emotional difficulties concerning their children's diagnosis. The different family roles puts fathers apart from children's education, but their contribution to the rehabilitation process must be recognized.

Key words: hearing impairment; psychology; father figure; family

▼▼▼▼▼

¹ Psicóloga, Especialista em Psicologia Clínica pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo. Rua Silvio Marchioni, n.3-20, 17043-900, Bauru, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: P.G.M. CANHO. E-mail: <pmottac@ig.com.br>.

² Professora Doutora, Departamento de Psicologia, Universidade Estadual Paulista. Bauru, SP, Brasil.

³ Psicóloga, Centro de Pesquisas Audiológicas, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Bauru, SP, Brasil.

O atendimento de famílias de crianças com necessidades especiais, particularmente no caso de deficiência auditiva em fase diagnóstica, permite observar a presença marcante da mãe e modos peculiares com que genitores masculinos e femininos lidam com o diagnóstico e as necessidades de reabilitação do filho.

As mudanças econômico-culturais transformaram significativamente as relações familiares, flexibilizando os papéis de pai e mãe, dada a saída da mulher para o mercado de trabalho, levando o homem a envolver-se mais nos cuidados com os filhos do que nas gerações passadas. Para Gottman e Declaire (1997), "pai envolvido" é o que tem disponibilidade emocional e contribui para a educação e bem-estar da criança, especialmente quanto ao desenvolvimento da sociabilidade e competência escolar.

Os cuidados paternos são necessários para dar sustentação às regras e à autoridade que a mãe implanta, enriquecendo a experiência da criança. O vínculo paterno consolida-se gradualmente após o nascimento da criança por meio da dedicação ao filho e do apoio e da segurança dirigidos à mulher (Maldonado, 1996).

Corneau (1993) ressalta que a ausência da "paternagem adequada" gera confusões quanto à identidade sexual e dificuldades quanto ao manejo da agressividade, auto-afirmação, ambição e curiosidade exploratória dos filhos.

Analisando famílias de crianças com deficiência auditiva, Luterman (1987) verificou um maior distanciamento do pai e a presença marcante da mãe, que, freqüentemente, sente-se culpada pela deficiência do filho e tenta reparar os danos, ocupando o espaço do pai.

De acordo com Horta (2000), a criança com deficiência auditiva apresenta uma agressividade construtiva, compreendendo melhor os limites e regras quando o contato físico faz parte de seu relacionamento com o pai.

Pais, assim como mães, parecem vivenciar ansiedade, angústia e descompensação emocional ao receberem o diagnóstico da deficiência auditiva dos filhos. Suas expectativas, sonhos, planos e atitudes terão que ser revistos (Horta, 2000).

Luterman (1987) assinala os vários sentimentos experienciados no processo de aceitação da deficiência. O choque é a reação inicial frente ao diagnóstico. Os pais buscam manter o controle, mas estão ansiosos e com temores. A raiva surge pela violação das expectativas e frustrações e, reprimida, pode transformar-se em depressão. A culpa acarreta ressentimentos que podem gerar comportamentos passivo-agressivos e superproteção, impeditiva de aprendizagens importantes para a vida adulta.

Na fase diagnóstica, a negação da deficiência pode possibilitar aos pais um tempo necessário para superar o impacto. A aceitação ocorre quando os pais superam seu pesar e aceitam-se novamente como pais (Iervolino, Castiglione & Almeida, 2003).

Para muitos pais, as reações emocionais iniciais são passageiras e estabilizadoras, para outros, podem perdurar por anos ou tornarem-se permanentes.

Estudando os estilos de adaptação dos pais à crise constituída pelo nascimento de uma criança com deficiência auditiva, Gallagher, Cross e Scharfman, citados por Luterman (1987), indicam quatro categorias de estilos. No primeiro, o pai divorcia-se emocionalmente da criança, deixando os cuidados para a mãe. No segundo, ambos rejeitam a criança. No terceiro, os pais fazem da criança o centro de suas vidas e a ela subordinam tudo. No quarto, há suporte mútuo entre os pais e a criança, manutenção da identidade e equilíbrio das necessidades de todos.

A maneira como cada genitor lida com a experiência de ter um filho com deficiência auditiva parece depender dos estilos de enfrentamento e dos mecanismos de defesa mobilizados para tornar suportáveis sua ansiedade e angústia.

De acordo com Neme (1999), a negação parcial da realidade é uma defesa psicológica freqüentemente utilizada frente a diagnósticos de doenças ou conflitos graves. Outras defesas, como a racionalização e o controle, podem também operar nessas situações. A racionalização define-se pelo uso de justificativas para explicar crenças ou atitudes inaceitáveis de outra forma; enquanto o controle consiste numa tentativa exagerada de manejar os acontecimentos ou o ambiente, minimizando a ansiedade e resolvendo os conflitos internos (Eizirik, Kapczinski & Bassols, 2001).

Os modos de reagir, bem como os tipos de defesa mobilizados por diferentes indivíduos, dependem, além de outros fatores, de suas vivências perante a situação específica enfrentada (Neme, 1999). Dada a importância da participação familiar no desenvolvimento e processo de reabilitação da criança, considera-se necessário compreender as vivências emocionais de genitores masculinos diante das necessidades especiais de seus filhos com deficiência auditiva, possibilitando orientações e intervenções facilitadoras de seu maior envolvimento nesse processo.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é investigar as vivências emocionais de genitores masculinos diante do diagnóstico de deficiência auditiva de seus filhos, identificando sentimentos e possíveis mecanismos de defesa utilizados em suas relações com a criança.

Método

Neste estudo, de natureza qualitativa, foram entrevistados doze genitores masculinos, pais de crianças atendidas pela primeira vez no Centro de Pesquisas Audiológicas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) Universidade de São Paulo (USP), Bauru, SP.

Os genitores, conforme ordem de inscrição para consulta audiológica, foram convidados a participar de entrevista individual e informados e esclarecidos sobre os objetivos deste estudo. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas individuais foram gravadas e transcritas. Foram coletados dados de identificação dos participantes em seus prontuários disponíveis no HRAC. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado com 16 questões, visando explorar os seguintes aspectos: os sentimentos iniciais do genitor frente ao diagnóstico; a maneira como lidou com o diagnóstico; as atitudes do pai frente ao diagnóstico da criança; o modo como se dá a comunicação do pai com a criança; a participação do pai no processo de diagnóstico e reabilitação do filho; as expectativas paternas quanto ao desenvolvimento e ao futuro da criança; o relacionamento do pai com a família e a criança com deficiência auditiva. As respostas foram ouvidas, transcritas, cuidadosamente lidas e categorizadas. Foi possível organizar seis grandes categorias de temas centrais, os quais refletiram os aspectos explorados nas

entrevistas. Em cada grande categoria temática, identificaram-se e foram analisados de acordo com o referencial psicodinâmico as vivências emocionais (sentimentos, ansiedades e temores) e os mecanismos de defesa sugeridos nas respostas e falas dos entrevistados.

Resultados e Discussão

Os entrevistados distribuíram-se na faixa etária de 25 a 38 anos, com escolaridade de 1º grau incompleto a superior incompleto, sendo oito pais de crianças com deficiência auditiva congênita e quatro pais de crianças com deficiência auditiva adquirida, de severa a profunda. Em sete casos, as crianças com necessidades especiais eram filhos únicos. Nenhum dos entrevistados tinha outro filho com deficiência (Tabela 1).

Conforme descrição a seguir, as respostas dos entrevistados foram organizadas nas seguintes grandes categorias:

- *Categoria 1 - impacto e enfrentamento*: Incluiu os sentimentos iniciais, pensamentos e atitudes do pai no momento do diagnóstico da criança e enfrentamento da situação.

Os relatos indicam a predominância do “choque” como reação principal diante do diagnóstico, além de outros sentimentos como decepção, susto, dificuldade para acreditar e angústia, expressos por cinco entrevistados. “Foi uma decepção muito grande, um choque” (S1) “...; deu aquele aperto no peito, não queria acreditar” (S11).

Identificou-se a negação como mecanismo de defesa utilizado por sete entrevistados, caracterizado por pensamentos de cura, solução e volta à normalidade. “... chocou, mas é normal, vou fazer tudo para ele escutar, para ser normal” (S3).

Comparando estudos sobre diferentes tipos de necessidades especiais, Brunhara e Petean (1999) concluíram que a negação é uma reação intensa e freqüentemente relatada por pais diante do diagnóstico da deficiência auditiva. A busca da cura pode ser vista como uma necessidade dos pais, normal e esperada, independentemente do tipo de deficiência ou da sua compreensão do diagnóstico.

A repressão, caracterizada pelo afastamento de sentimentos negativos, foi identificada nos relatos de três genitores. “Tem que correr atrás para amenizar, não adianta ficar com sentimento de culpa” (S12).

Tabela 1. Identificação dos genitores participantes.

Sujeito	Idade	Escolaridade	Profissão	Idade da criança	Constelação familiar	Origem da deficiência	Grau da deficiência
S1	38	2º grau	Vendedor	2 a 3 meses	Filho único	Congênita	Severo
S2	25	2º grau	Técnico refrigeração	1 a 1 meses	Filho único	Adquirida	Profundo
S3	28	1º grau incompleto	Cobrador	2 a 6 meses	2º de 2 filhos	Adquirida	Profundo
S4	32	2º grau	Gráfico	2 a 4 meses	3º filho	Congênita	Profundo
S5	26	2º grau	Técnico eletrcista	1 ano	Filho único	Congênita	Severo
S6	24	2º grau	Vendedor	1 ano	Filho único	Congênita	Profundo
S7	30	2º grau	Industriário	10 meses	Filho único	Adquirida	Profundo
S8	27	3º grau incompleto	Vendedor	3 anos	Filha única	Congênita	Severo
S9	35	3º grau incompleto	Projetista	2 a 9 meses	2º de 2 filhos	Congênita	Profundo
S10	36	2º grau	Pedreiro	1 ano	Filho único	Congênita	Profundo
S11	25	1º grau incompleto	Motorista	1 a 8 meses	2º de 2 filhos	Adquirida	Profundo
S12	29	2º grau	Vendedor	4 meses	2º filha /1 irmão	Congênita	Profundo

De acordo com Neme (1999) as defesas funcionam como proteções que visam reduzir a ansiedade gerada pelo aumento de tensão em situações reais ou imaginárias de ameaça, podendo permitir uma pausa necessária para o desencadeamento posterior de esforços de enfrentamento.

O diagnóstico de deficiência auditiva da criança é um acontecimento gerador de ansiedade e ambivalência de sentimentos. Os pais vêem-se diante de uma situação não escolhida e irreversível a ser enfrentada. Nessas situações, podem ser mobilizadas defesas psicológicas mais ou menos adaptativas ou patológicas, facilitando ou não a emergência de um real processo de enfrentamento (Neme, 1999).

A literatura na área da deficiência auditiva apresenta estudos que identificam os mais frequentes sentimentos da mãe frente ao diagnóstico do filho, verificando-se ausência de referências diretas à experiência do pai. Para Buscaglia (1997), as reações iniciais também envolvem o pai e os irmãos, em maior ou menor grau.

Bevilacqua e Formigoni (1998) referem que a reação inicial de choque é geralmente breve, sendo seguida pela negação, a qual serve de escudo para que os pais tentem organizar seus pensamentos e lidar com a crise. Esse processo foi identificado em três participantes deste estudo, conforme relato a seguir. *“No começo fiquei muito chocado com aquilo... sua mulher engravida, você fica esperando um bebe normal, né?”* (10).

Luterman (1984) caracteriza a negação como um estágio positivo no processo de aceitação, pois muitas vezes o fato é aceito cognitivamente, mas negado em nível emocional. Essa reação foi identificada nos relatos de seis genitores, representando metade dos entrevistados. Fazem parte desse estágio a manutenção de esperanças de cura, a minimização da deficiência, expectativas irreais sobre o aparelho auditivo e a dificuldade de conversar sobre o assunto. *“... ele tá fazendo tratamento no melhor lugar, então não é mais um problema. Com o tempo e o tratamento, vamos resolver”* (S10).

Os resultados obtidos neste estudo indicam que o diagnóstico da deficiência parece gerar uma situação crítica de impacto, caracterizada por sentimentos de desconforto como angústia, medo, culpa e vergonha. O “choque” foi a principal reação referida pelos pais diante do diagnóstico, constatando-se a negação de aspectos parciais da realidade como principal defesa psicológica nessa fase.

- Categoria 2 - significado da deficiência auditiva: Essa categoria expressa a visão e a compreensão do pai sobre a deficiência, em termos de realidade ou fantasia. Constata-se a tentativa de minimização da deficiência nos relatos de seis entrevistados. *“... acho que de todas as deficiências, é a melhor, porque é normal! É pior que se não enxergasse nada... acho que não vai atrapalhar em nada”* (S7).

O desejo de ver a deficiência como normal aparece no relato de um pai, transparecendo a visão da

deficiência como anormalidade nos relatos de dois genitores. *"A principio, a gente encara como um problema, um defeito... não é normal"* (S9).

Para dois entrevistados, os comportamentos e personalidade de seus filhos eram vistos como decorrentes da deficiência auditiva. *"A DA deixa a pessoa muita agitada, ela quer falar, mas não compreende"* (S1).

A deficiência foi vista por um entrevistado com um sentido religioso: a criança foi escolhida, cabendo aos pais a missão de cuidar dessa criança. A racionalização parece estar presente, atenuando a angústia frente ao diagnóstico. *"Para mim é algo que determinada pessoa tem que passar. Veio para ela ser daquele jeito, e a gente tem a missão de levar"* (S12).

Semelhantemente, Luterman (1987) encontrou pais com profundo sentimento religioso que viam na deficiência uma missão de vida, utilizando justificativas convincentes para explicar atitudes e pensamentos inaceitáveis de outra forma.

Para Yamada (1998), os pais constroem suas verdades a partir de relações com seus valores, mitos e histórias anteriores. O modo como os pais significam a deficiência auditiva parece ser fundamental na constituição da personalidade da criança.

A maior parte dos entrevistados do presente estudo indicou minimizar o significado da deficiência, parecendo não compreender sua real dimensão ou referindo-se a ela como algo "normal". Terrassi (1993) aponta que a deficiência auditiva não é visível como algumas deficiências físicas, levando ao aumento das reações de frustração e favorecendo sua negação.

A dificuldade de muitos pais em compreender as reais dimensões da deficiência auditiva pode relacionar-se à impossibilidade de avaliar um problema externamente invisível. Segundo Buscaglia (1997), o estresse e a ansiedade diante ao diagnóstico são influenciados pela impossibilidade de se avaliar a situação, possibilitando expectativas irreais quanto ao futuro.

Relatos encontrados neste estudo permitem indicar a existência de minimização da deficiência auditiva dos filhos (negação parcial) por meio de uma significação da deficiência que combina informações realísticas e fantasia. Tal significação pode ser parcialmente justificada pelo desconhecimento quanto às

implicações da deficiência, além de dificuldades iniciais de aceitação.

- *Categoria 3 - envolvimento*: Essa categoria compreende a integração do pai no processo de reabilitação da criança. Relatos de seis entrevistados indicam pouco envolvimento no tratamento, justificado pela falta de tempo e necessidade de trabalhar para sustentar a família. *"No primeiro dia, foi nós dois... depois ela acompanha sozinha, porque eu trabalho"* (S3).

Alguns entrevistados referiram participar esporadicamente de consultas e terapias, mostrando-se confusos quanto às orientações recebidas. Relatos de três genitores indicam escassez de conhecimentos sobre o tratamento, delegando toda a responsabilidade à esposa. *"Lá em (cidade de origem) eu ia, só que não era todas às vezes que eu podia, se passaram orientação foi para ela e não para mim"* (S11).

Por outro lado, seis participantes indicaram maior envolvimento, caracterizado pelo conhecimento e execução das orientações recebidas. *"... você aprende a dar atenção a todo tipo de som que seu filho faz. Toda a tentativa de comunicação tem que ser aproveitada, você vai se policiando e se adaptando a isto"* (S9).

A crise familiar freqüentemente desencadeada pelo diagnóstico de deficiência auditiva pode levar a dificuldades no processo de orientação da família e no sucesso da reabilitação da criança (Nogueira-Martins, Borges & Yazigi, 1996). Nessa direção, Okubo, Rodrigues, Palamin & Motti (2003) assinala que a ansiedade e o temor do fracasso podem levar os pais ao abandono prematuro de programas de reabilitação, resultando em sérios prejuízos para a criança.

A tendência atual de se incluir os genitores masculinos e outros familiares em programas de atendimento de crianças com necessidades específicas, incluindo a deficiência auditiva, associa-se à preocupação com a sobrecarga imposta às mães e ao reconhecimento cada vez maior da importância do pai para o desenvolvimento adequado e integral da criança, conforme indicado por Funck et al. (1998).

O envolvimento dos pais participantes desta pesquisa no processo de reabilitação de seus filhos mostrou variabilidade, possivelmente associada a diferentes posturas culturais quanto aos papéis masculinos e femininos no funcionamento familiar. Alguns genitores apresentaram uma visão conservadora de pai provedor e mãe cuidadora, conforme os relatos de seis partici-

pantes e a fala de um dos participantes. *"O homem não fica em casa o dia inteiro. As coisas que ele faz mais é com ela"* (10).

De acordo com Luterman (1987), a deficiência auditiva de um filho pode exacerbar as diferenças de papéis: a mãe aumenta suas responsabilidades com os cuidados da criança e o pai dedica-se ao provimento de recursos, evitando frustrações. A mãe é geralmente a pessoa da família que mais se envolve nos cuidados dos filhos, sendo freqüentemente quem primeiro percebe a deficiência da criança (Pagnossim & Oliveira, 1998) e quem promove e se responsabiliza pelo uso do AASI.

Dentre os doze participantes deste estudo, sete genitores referiram enfrentar o problema procurando envolver-se na busca de informações e de recursos para a superação das dificuldades de suas crianças, conforme relato ilustrativo a seguir. *"Hoje o que eu faço é procurar os meios possíveis, procurar estar presente diante do problema dele para conhecer mais, para poder ajudá-lo de forma ampla"* (S6).

- *Categoria 4 - Comunicação*: A categoria comunicação verificou as possibilidades, motivações, sentimentos e atitudes do pai em sua comunicação com a criança.

Cinco pais referiram sentirem-se responsáveis pelas dificuldades de comunicação da criança: *"Se não conseguir que ele entenda, acredito que o problema está mais em mim que nele"* (S9).

Para os sete demais entrevistados as dificuldades de comunicação com a criança parecem gerar variados sentimentos e atitudes como: nervosismo (três entrevistados); desistência em comunicar-se com o filho (um pai); persistência (um pai); frustração (dois genitores); insegurança sobre como se comunicar com a criança (dois pais). *"Se ele não entendeu não insisto, mudo de assunto, faço brincadeiras para distrair"* (S1). *"Penso que talvez eu não esteja fazendo a coisa certa, porque ele não escuta"* (S4). *Sinto receio de estar tentando me comunicar com ele como uma sociedade isolada, somente eu e ele"* (S5).

Verificou-se a negação parcial das dificuldades da criança, aparentemente com a função de minimizar essas dificuldades e ressaltar uma condição de normalidade: *"É normal, eu converso com ela como se estivesse ouvindo, sem problema... não é todas as vezes que a gente conversa, que ela vira e olha"* (S12).

A comunicação da criança depende em grande parte das interações com os pais. Segundo Bevilacqua e Formigoni (1998), o aumento da freqüência e qualidade das trocas comunicacionais com a criança pode minimizar as conseqüências da deficiência auditiva. Por outro lado, as confusões emocionais dos pais e a falta de respostas esperadas para a criança podem dificultar o acesso do filho a uma necessária interação auditiva, lingüística e social. A confusão quanto ao diagnóstico e a desinformação dos pais sobre como facilitar sua comunicação com a criança podem dificultar o relacionamento e as trocas afetivas.

Entre os genitores desta pesquisa, constatou-se a vivência de angústia e insegurança referente à questão da comunicação com seus filhos com deficiência auditiva, o que pode ser parcialmente justificado por serem pais de crianças ainda em processo diagnóstico, sem terem recebido orientações profissionais mais específicas. Segundo Bevilacqua e Formigoni (1998), a forma, o momento, a quantidade e o tipo de informações a serem fornecidas pelos profissionais aos pais da criança em reabilitação devem ser cuidadosamente selecionados, evitando gerar confusão ou sentimento de impotência.

- *Categoria 5 - Visão sobre a criança*: Esta categoria incluiu o modo como o pai vê a criança em termos de suas capacidades e dificuldades.

Constatou-se uma tendência em ressaltar as potencialidades e qualidades da criança. Quatro entrevistados descreveram as qualidades da criança e oito referiram-se às potencialidades a serem desenvolvidas pela superação das dificuldades. Dois participantes ressaltaram os limites da criança ao abordarem suas potencialidades.

Nos relatos de três entrevistados, evidenciou-se uma visão aparentemente irreal sobre a criança, quer minimizando sua deficiência, quer referindo-se à deficiência como condição de normalidade, evitando focar possíveis implicações da deficiência para a vida da criança. Os demais entrevistados apresentaram uma visão aparentemente mais realística da condição enfrentada. Três genitores consideraram as potencialidades reais e qualidades da criança; quatro pais abordaram seus limites e três mencionaram suas dificuldades na comunicação.

A presença do controle como mecanismo de defesa revela-se por tentativas de manejar os

acontecimentos com a função de diminuir a ansiedade e regular os conflitos internos (Eizirik et al., 2001). Relatos de pais participantes deste estudo sugerem o uso do mecanismo de controle, conforme ilustração a seguir. *“... se a gente trabalhar direitinho, procurando desenvolver, dando as condições ideais, ele vai ter mais oportunidade que a G. (irmã da criança) que é tida como normal”* (S9).

Visões mais realísticas dos filhos apareceram nos relatos de oito entrevistados e podem ser analisadas de acordo com o apontado por Harrison (1994), ao referir-se ao luto e à necessidade de elaboração da morte do filho idealizado para a aceitação de um outro, estranho pela surdez. Para Harrison, se a dor se prolongar por muito tempo, acabará refletindo-se na criança. Alguns relatos de entrevistados sugerem consideração e aceitação ativa dos limites, além da expectativa de busca de superação. *“Buscar sempre o melhor, ele vai lutar também, correr atrás do possível para ele”* (S2).

Diferentemente, outros três entrevistados indicaram vivências de estágios iniciais de aceitação, com predominância de mecanismos de negação, expressos por meio da minimização da deficiência e desconsideração de suas implicações. *“Essa deficiência, acho que não vai atrapalhar em nada...”* (S7).

Para Harrison (1994), a negação é mobilizada quando há grande dificuldade de aceitar determinada situação, geradora de muita ansiedade. Quando os pais ficam presos aos sentimentos e emoções próprios de estágios iniciais de contato com o problema, a negação torna-se o modo diretor de lidar com a perda, oferecendo alívio temporário, mas não a solução. Ao utilizarem a expressão “normal”, dois entrevistados parecem negar parcialmente possíveis dificuldades ou limites a serem superados por seus filhos. *“Para mim, é um menino normal, eu trato ele como qualquer menino, normal”* (S10).

De acordo como Neme (1999), a negação parcial pode minimizar o impacto de uma situação de estresse, criando condições para enfrentá-la. Porém a manutenção dessa defesa por tempo prolongado pode prejudicar a tomada de decisões necessárias para efetivo enfrentamento. Pais que não conseguem avançar no processo, mantendo mecanismos cuja finalidade é aliviar temores e ansiedades, podem prejudicar o desenvolvimento de uma auto-imagem adequada e da auto-estima da criança, dificultando a superação de dificuldades concretas.

- *Categoria 6 - expectativas*: Essa categoria compreendeu a visão do pai sobre o futuro da criança em termos de potencialidades e dificuldades. Constatou-se, mais uma vez, referências à “normalidade” da criança, claramente expressas nos relatos de três dos participantes e implicitamente contidas nas falas de dois dos participantes, indicando dificuldades de manejo da situação, além de expectativas e desejos quanto ao futuro que, aparentemente, desconsideraram possíveis limitações ou dificuldades a enfrentar.

Os demais genitores (7/12) revelaram suas expectativas de desenvolvimento e adequação social de seus filhos, considerando os limites e as reais possibilidades e abordando as implicações da deficiência para a criança. *“Penso que vai ser difícil, mas espero que se desenvolva da melhor forma possível”* (S5).

As expectativas irreais dos pais podem ser compreendidas pela existência de desejos, ilusões e idealizações anteriores ao nascimento dos filhos. Com o diagnóstico da deficiência, aparecem os sentimentos de desilusão, fracasso e impotência, evocando mecanismos que negam a deficiência e criam expectativas de “normalidade”. *“Eu espero que seja normal, como qualquer outra pessoa, que siga tudo normal...”* (S6).

Para Yamada (1998), a expectativa dos pais insatisfeitos pode fazer com que se relacionem com a criança de modo exigente e controlador, pelo desejo de que a criança seja ouvinte-falante. Para corresponder a essas expectativas, a criança poderá responder de modo pouco satisfatório para si, internalizando uma autoavaliação negativa.

- *Categoria 7 - relacionamento familiar*: Essa categoria compreendeu as relações pai-filho com deficiência e a família.

A maior parte dos entrevistados (7/12) referiu participar da educação do filho com deficiência auditiva, de forma mais ou menos direta ou atuante. Alguns indicaram sua participação, mas enfatizaram outros aspectos, como o relacionamento da criança com os irmãos, aparentemente buscando sua ajuda e envolvimento na reabilitação ou, ainda, demonstrando sua preocupação em não fazer diferença entre os filhos.

Cinco entrevistados revelaram certa ausência na educação da criança, apresentando relatos contraditórios e/ou justificando sua menor participação pela necessidade de trabalhar e prover o sustento da família.

Segundo Carter e McGoldrick (1990), a obrigação do trabalho é uma pauta norteadora do funcionamento das famílias, redefinindo e reforçando seus papéis parentais. Muitas mães sentem-se exageradamente responsáveis pelo cuidado com as crianças, deixando para o pai uma participação menor. A passividade paterna pode resultar da inexperiência em colaborar no tratamento da criança com necessidades especiais. Para Luterman (1987), o pai pode exagerar no trabalho, evitando a criança e a dor de sua mulher. Três entrevistados justificaram seu distanciamento pelo trabalho. *"Eu sou mais distante por causa de trabalhar, mas a gente é sempre junto... Ela entende mais ele"* (S7).

Os demais genitores relataram participar da educação dos filhos, apesar da necessidade de trabalhar. Relatos de oito dos entrevistados indicaram participação e reflexão sobre suas atitudes diante da criança com deficiência auditiva e dos outros filhos. *"... ele tem que saber que aquilo tem limitações, tem um início e um fim"* (S6). *"Da mesma maneira que a gente trata a G., a gente tenta tratar ele..."* (S9).

Os resultados obtidos por meio da análise das respostas dos genitores masculinos participantes deste estudo sugerem reações e vivências emocionais perante a deficiência auditiva de seus filhos, indicativas de angústia e ansiedade, semelhantemente ao encontrado em estudos que verificaram as reações maternas, conforme Luterman (1987), Harrison (1994) e Nogueira Martins et al. (1996). Os relatos dos pais sugeriram a ação de mecanismos de defesa com a função de minimizar o sofrimento psíquico, facilitando a aceitação da deficiência e o manejo de dificuldades. Encontrou-se variação quanto ao tipo e intensidade das defesas utilizadas por diferentes genitores, bem como quanto à sua participação e envolvimento na educação e reabilitação da criança. Alguns dos entrevistados indicaram menor participação e maior dificuldade de comunicação com a criança, justificadas pela necessidade de trabalhar, atribuindo maior importância ao papel da mãe. Alguns dos relatos sugeriram maior aceitação da deficiência e de possíveis limitações a serem superadas, enquanto outros sugeriram sentimentos de culpa e a permanência de reações defensivas mais freqüentemente encontradas em estágios iniciais de descoberta e diagnóstico da deficiência. Os genitores menos defensivos mostraram-se mais realistas, parecendo lidar de forma mais adaptativa com a situação.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo qualitativo permitiram apreender as vivências e os principais mecanismos de defesa de genitores masculinos, pais de crianças com deficiência auditiva, revelando a existência de angústia e ansiedade diante do diagnóstico da deficiência e da reabilitação da criança.

Sentimentos e defesas relatados em pesquisas com mães de crianças com necessidades específicas, incluindo a deficiência auditiva, também parecem ocorrer na vivência de genitores masculinos, embora utilizem justificativas ou racionalizações culturalmente mais aceitas para evitar maior nível de envolvimento com a situação. A negação parcial apareceu como principal defesa psicológica, seguida de repressão de sentimentos e de racionalizações.

Foi possível identificar sete categorias de vivências relacionadas a temas ou aspectos da experiência paterna desses genitores, indicando maiores ou menores níveis de envolvimento na educação e reabilitação do filho; tentativa de comunicação com a criança; aceitação da deficiência e de suas consequências e expectativas realistas de futuro. Alguns dos genitores revelaram melhor manejo das dificuldades e utilização de estratégias de enfrentamento, levando-os a buscar orientação e informações e a realizar reflexões acerca da educação da criança com deficiência auditiva no contexto familiar.

Visto que a manutenção de mecanismos de defesa em estágios subseqüentes ao diagnóstico pode conduzir ao afastamento do pai do processo de reabilitação de seu filho com necessidades específicas, indica-se a necessidade de compreender suas vivências e dificuldades de enfrentamento, maximizando sua participação na educação da criança, especialmente quando ela tiver que lidar com estigmas sociais e dificuldades de socialização.

A vivência paterna constatada neste estudo permite comprovar a presença de reações emocionais e mecanismos de defesa em genitores masculinos, pais de crianças com necessidades especiais, frente ao diagnóstico de deficiência auditiva de seus filhos. Constatou-se a mobilização de defesas e esforços para minimizar sentimentos aparentemente ambivalentes e possíveis conflitos entre expectativas paternas e limites concretamente avaliados. Na experiência do HRAC,

observa-se expressiva participação das mães no processo de reabilitação de seus filhos, bem como as intensas reações emocionais e defesas que manifestam, especialmente na etapa diagnóstica. Na prática, pode-se observar, também, menor participação do pai em todo o processo de reabilitação da criança, além de poucas referências na literatura sobre o impacto da deficiência auditiva nos genitores masculinos. As transformações ocorridas nos papéis familiares e sociais de homens e mulheres e a importância do pai na formação e educação da criança levam à necessidade crescente de se compreender a inserção paterna nas relações e tarefas familiares, especialmente relacionadas à educação e reabilitação de filhos com necessidades especiais.

Espera-se que os resultados obtidos neste estudo auxiliem familiares e profissionais a identificar as reações emocionais e as defesas do pai frente ao diagnóstico de deficiência auditiva de seus filhos. A correta avaliação das dificuldades do pai para lidar com as necessidades específicas e com a reabilitação do filho poderá conduzir a ações familiares e intervenções profissionais que visem fortalecer os recursos de enfrentamento e incrementar a importante participação paterna na educação do filho com necessidades específicas.

Sugere-se a realização de estudos futuros que comparem vivências emocionais e mecanismos de defesa maternos e paternos, bem como pesquisas que busquem clarificar aspectos diretamente ligados à organização familiar, incluindo possíveis implicações relacionadas ao sexo e à ordem de nascimento da criança com necessidades especiais nesta organização.

Referências

Bevilacqua, M. C., & Formigoni, G. M. P. (1998). *Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva*. Carapicuíba: Pró Fono.

Brunhara, F., & Petean, E. B. L. (1999). Mães e filhos especiais: reações, sentimentos e explicações à deficiência da criança. *Paidéia*, 16, 31-40.

Buscaglia, L. (1997). *Os deficientes e seus pais*. Rio de Janeiro: Record.

Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1990). *O ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médica.

Corneau, G. (1993). *Pai ausente, filho carente: o que aconteceu com os homens?* São Paulo: Brasiliense.

Eizirik, C. L., Kapczinski, F., & Bassols, A. M. S. (2001). Noções básicas sobre o funcionamento Humano. In C. L. Eizirik & F. Kapczinski (Orgs.), *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica* (pp.15-28). Porto Alegre: Artmed.

Funcck, M. A. O., Dina, M. Z. M., Borges, A. C. L. C., & Toniolo, I. M. F. (1998). Acompanhamento a familiares de crianças portadoras de perda auditiva: características a considerar. *Pró Fono*, 10, 51-58.

Gottman, J., & Declaire, J. (1997). O papel crucial do pai. In D. Goleman. *Inteligência emocional e a arte de educar nossos filhos* (pp.167-188). Rio de Janeiro: Objetiva.

Harrison, K. M. P. (1994). *A surdez na família: uma análise de depoimentos de pais e mães*. Dissertação não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Horta, C. (2000). *A investigação da relação entre pais e o filho com a deficiência auditiva*. Dissertação não-publicada, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Iervolino, S. M. S., Castiglione, M., & Almeida, K. (2003) A orientação e o aconselhamento no processo de reabilitação auditiva. In K. Almeida & M. C. M. Iorio. *Próteses auditivas* (pp.411-427). São Paulo: Lovise.

Luterman, D. (1984). *Counseling the communicatively disordered and their families*. Boston: Little Brown and Company.

Luterman, D. (1987). *Deafness in the family*. Boston: Little Brown and Company.

Maldonado, M. T. (1996). *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva.

Neme, C. M. B. (1999). *O enfrentamento do câncer ganhos terapêuticos com psicoterapia num serviço de psicooncologia em hospital geral*. Tese não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Nogueira-Martins, M. C. F., Borges, A. C. L. C., & Yazigi, L. (1996). Aconselhamento de pais de crianças deficientes auditivas: aspectos psicológicos. *Pró-Fono*, 18, (1), 19-24.

Okubo, V. L. L., Rodrigues, O. M. P. R., Palamin, M. E. G., & Motti, T. F. G. (2003). O envolvimento da família e da criança na adaptação e uso diário do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). *Pediatria Moderna*, 39, 46-52.

Pagnossim, D. F., & Oliveira, T. M. T. (1998). Comparação das informações que pais de diferentes classes sociais têm sobre audição. *Pró Fono*, 10, (1), 8-16.

Terrasi, E. (1993). *A família do deficiente: aspectos comuns e específicos contidos nos relatos de mães de crianças portadoras de diferentes deficiências*. Dissertação não-publicada, Universidade Federal de São Carlos.

Yamada, M. O. (1998). *A construção da deficiência auditiva na família*. Monografia de Especialização não-publicada, Instituto Bauruense de Psicodrama, Bauru.

Recebido em: 15/3/2005

Versão final reapresentada em: 27/9/2005

Aprovada em: 7/2/2006

Escala de estratégias de leitura para etapa inicial do ensino fundamental

Reading strategy scale for elementary school students

Maria Cristina Rodrigues Azevedo **JOLY**¹

Resumo

Este estudo teve por objetivos verificar evidências de validade e precisão de uma escala de estratégias metacognitivas de leitura para crianças na fase inicial de escolarização. Participaram do presente estudo 1 259 sujeitos com idade entre 9 e 14 anos que freqüentavam regularmente de 2ª (19,80%) a 4ª (50,00%) série do ensino fundamental. Pertenciam à escola particular 39,80% e 61,20% a escolas públicas. Dos participantes, 51,00% eram do sexo masculino. O procedimento utilizado foi a aplicação coletiva do instrumento Escala de Estratégias de Leitura - nível fundamental I. Os resultados revelaram que a escala pode ser considerada fidedigna ($\alpha= 0,73$). A análise fatorial indicou a presença de três fatores - estratégias globais de solução de problemas e de apoio - que explicam 42,12% da variabilidade da escala. Foram eliminados quatro itens por possuírem carga fatorial abaixo de 0,30, contando a nova versão da escala com 13 itens. A Anova indicou diferença muito significativa para utilização das estratégias de leitura por série e o teste "t" de Student para amostras independentes revelou efeito do gênero para a freqüência total de uso da escala de estratégias de leitura, sendo essas evidências de validade de critério.

Palavras-chave: psicometria; validação, leitura; metacognição.

Abstract

This study has aimed the validation of a scale of metacognitive reading strategies for children on their first stage at school. 1.259 students, aged from 9 to 14, took part in this study. All of them attended the elementary school, 39.80% from private and 61.20% from public schools. Among the subjects, 51.00% were male. The Reading Strategies Scale - Primary School 1 was applied in groups. The results showed that the scale can be considered trustworthy ($\alpha= 0.73$). Moreover, the factorial analysis revealed the existence of three factors - global strategies, problem-solving and support - which guarantees this scale variability in 42.12%. Four items were eliminated because they presented scores below 0.30. There are thirteen-items in the new scale. According to the statistic analysis, there was a significant difference among students' grades about using the reading strategies ($f= 3.297$; $p= 0.000$; $\alpha= 0.05$). The "t" Student test for independent samples indicated gender influence in the total frequency of the reading strategies scale use ($t= 5.266$; $p=0.000$), which is a criteria for validation.

Key words: psychometria; validity, reading; metacognition.

A metacognição ou gerenciamento de metas, na perspectiva cognitiva do processamento humano da informação, coordena e monitora as atividades mentais. Para Veenman, Wilhelm e Beishuizem (2004), a metacognição é tanto uma

habilidade geral, característica do desenvolvimento dos indivíduos, quanto específica, por ter características estratégicas em função da tarefa a ser realizada de estar parcialmente relacionada à inteligência.

▼▼▼▼▼

¹ Professora Doutora, Curso de Graduação e Pós-Graduação *stricto sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco. Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, 13251-900, Itatiba, SP, Brasil. E-mail: <crisrina.joly@saofrancisco.edu.br>.

No que tange à leitura, estudos internacionais desenvolvidos por Flavell (1979), Moktari e Reichard (2002) e Ruíz Bolívar (2002) por exemplo, verificaram que há procedimentos metacognitivos que auxiliam a resolução de problemas de compreensão denominados estratégias de leitura, que permitem ao leitor compreender um texto com maior eficácia por possibilitarem o planejamento, a monitoração e a regulação dos próprios processos cognitivos envolvidos nessa tarefa.

Essas estratégias utilizadas para melhorar a compreensão da leitura, segundo González Fernández (1992), possibilitam ao leitor identificar os objetivos da leitura, destacar os aspectos importantes do texto e, especialmente, verificar se está havendo compreensão. Para tanto, o leitor deve utilizar as estratégias para facilitar as atividades de gerenciamento da leitura e providenciar ações corretivas quando se detectar falhas na compreensão. A literatura científica da área revela evidências de relações existentes entre treinamentos de estratégias de leitura e melhor desempenho na habilidade de compreensão (Morles, 1986).

As estratégias de leitura devem ser selecionadas considerando-se a maturidade do leitor, a abordagem e a complexidade do texto, o lugar onde o leitor se encontra na frase ou no texto, o momento da leitura e o seu propósito, a fim de possibilitar ao leitor efetuar um plano para compreender o texto (Kopcke, 1997; 2001). As estratégias mais freqüentemente utilizadas, segundo Pearson e Camperell (2001), foram classificadas em: globais, quando se referem à análise do texto de forma geral; de suporte, quando o leitor usa materiais de referências, grifos, dentre outros, para compreender o texto; de solução de problemas, quando surgem dificuldades de compreensão para o leitor diante de informações presentes no texto.

Rhoder (2002) em seu estudo confirma a possibilidade de ensinar os alunos a usarem deliberadamente estratégias para ler e entender o texto, de forma implícita e explícita. Para tanto, os alunos necessitam conhecer quais estratégias podem usar, como, quando, onde e por quê. Para que isso ocorra é necessário que aprendam as estratégias em situações educacionais, desde o início da escolarização.

Estratégias de leitura e leitores iniciantes

Pinnell, Lyons, DeFord, Bryk e Seltzer (1994) sugerem que quando as crianças estão aprendendo a

ler, adquirem um esquema de operação mental que as ajuda a elaborar um sistema de leitura individual, que contém estratégias de leitura específicas que as crianças iniciantes usam para significar e compreender como elas lêem. Existem muitas evidências, levantadas em pesquisas, que indicam que crianças aprendem usar diferentes estratégias de leitura para dar significado às palavras enquanto desenvolvem competência em leitura (Juel, 1980; McIntyre, 1990; Sulzby, 1985; Taylor, Wade & Yekovich, 1985).

No que se refere ao uso de estratégias de leitura por crianças, Collins (1998), em estudo realizado com doze crianças norte-americanas de cinco a sete anos, identificou oito estratégias utilizadas por elas no início da aprendizagem de leitura. As estratégias indicam como as crianças respondem às figuras e às palavras, como usam a memória e o som. O estudo mostra como professores podem usar os conhecimentos sobre as estratégias mais utilizadas por seus alunos para desenvolver os planos de aula, visando a uma melhor compreensão.

Em um estudo desenvolvido com objetivo de investigar a participação de crianças em um programa de leitura usando vídeo-cassete, observou-se que elas demonstraram uma ampliação no uso de estratégias metacognitivas. Tais estratégias correspondiam aos tipos usados por crianças mais experientes (Juliebo, Malicky & Norman, 1998).

Dois estudos realizados em escolas públicas e privadas brasileiras demonstraram a eficácia de treinamento em uso de estratégias com crianças. Um desses estudos, realizado por Dias, Morais e Oliveira (1995), analisou a relação entre o nível de compreensão de leitura (muita dificuldade, média dificuldade e pouca dificuldade) da criança e o grau de benefício proporcionado pelo uso de estratégia de leitura. As crianças que participaram do programa de ensino de estratégias metacognitivas de leituras melhoraram significativamente a compreensão de textos em relação aos níveis apresentados anteriormente. O mesmo não ocorreu com as crianças do grupo-controle.

Em outro estudo realizado por Ferreira e Dias (2002), as crianças foram divididas em três grupos – dois experimentais e um controle. Um dos

grupos experimentais utilizou a atividade de tomar notas; o outro, estratégia de imagem mental; e o grupo-controle não usou estratégia. A utilização dos dois tipos de estratégias possibilitou um melhor desempenho dos grupos experimentais ao responderem questões inferenciais e literais de compreensão em relação ao grupo-controle. O grupo que usou a estratégia de tomar notas, e que possuía muita dificuldade em compreensão, progrediu mais sobre questões de inferência do que o outro que apresentava menos dificuldade de compreensão.

Considerando-se a revisão da literatura (Brown, Pressley, van Meter & Schuder, 1996; Dembo, 2000; Lorch, Lorch & Klusewitz, 1993; Palincsar & Brown, 1984; Song, 1998; Vicentelli, 2000; Williams, 2002) pode-se constatar que há, por um lado, uma preocupação com o ensino de estratégias de leitura. Por outro, não há instrumentos validados no Brasil que possam avaliar especificamente tais estratégias, considerando-se os diferentes momentos da leitura. Faz-se necessário que instrumentos sejam desenvolvidos para esse fim com as qualidades psicométricas que devem possuir a fim de que sejam consistentes e reconhecidos do ponto de vista científico (Joly & Noronha, 2004).

Um dos graves problemas que se tem enfrentado na avaliação psicológica, segundo Noronha (2002), é a falta de rigor científico dos instrumentos padronizados que são usados no Brasil. No tocante às estratégias de leitura há no Brasil uma escala de avaliação criada por Joly (2004), destinada a verificar a frequência de uso por universitários, que se mostrou com boa precisão ($\alpha = 0,91$) e com evidência de validade de construto obtida por meio de análise fatorial que identificou os fatores de suporte à leitura, global e solução de problemas (Joly, Cantalice & Vendramini). Não se têm descrito na literatura estudos relativos a instrumentos para leitores iniciantes.

Considerando-se, pois, os aspectos anteriormente abordados no tocante à necessidade de instrumentos para avaliar o processo de compreensão em leitura e a importância das estratégias metacognitivas como facilitadoras da compreensão, esse estudo tem por objetivos verificar evidências de validade e precisão de uma escala de estratégias metacognitivas de leitura para crianças na fase inicial de escolarização.

Método

Participantes

Participaram do presente estudo 1 259 sujeitos com idade entre 7 e 14 anos ($IM = 9,31$; $DP = 1,09$); 0,4% tinha sete anos, 89,3% entre oito e dez anos e 10,3% acima de dez anos. Frequentavam regularmente de 2ª (19,8%) a 4ª (50,0%) série do ensino fundamental. Dos alunos que estavam na 2ª ($n = 249$) e 3ª série ($n = 376$), 94,0% tinham entre sete e nove anos; desses, 65,1% com oito anos estavam na 2ª e 47,1% na 3ª série. Na 4ª série ($n = 634$), 95,6% tinham entre 9 e 11 anos. Pertenciam à escola particular 39,8% e 61,2% a escolas públicas de cidades do interior paulista. Dos participantes, 51,0% eram do sexo masculino.

Instrumento

A Escala de Estratégias de Leitura (EELI), nível fundamental I, tem por objetivo avaliar o tipo e a frequência de estratégias metacognitivas que as crianças utilizam, antes, durante e após a leitura de textos informativos. É composta por 17 afirmações do tipo Likert com três pontos (nunca: 0 ponto; algumas vezes: 1 ponto; sempre: 2 pontos), divididas em três categorias, que apontam os três fatores relacionados às estratégias. O fator 1 inclui dez estratégias metacognitivas globais - utilizadas para análise geral do texto (questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 14). O fator 2 inclui quatro estratégias metacognitivas de suporte à leitura - são as denominadas funcionais ou de apoio que envolvem o uso de materiais de referências e/ou anotações (questões 11, 12, 13 e 17). O fator 3 inclui três estratégias metacognitivas de solução de problemas - usadas frente a dificuldades específicas de compreensão (questões 10, 15 e 16). A somatória da pontuação pode ser feita por fator, por momento de leitura e considerando-se todos os itens.

Esse instrumento desenvolvido por Joly (2004) foi baseado em *Reading Strategies I Use: Intermediate* (Hil, Rupti & Norwick, 1998); *Motivations For Reading Questionnaire, Revised Version* (Guthrie & Wigfield, 1999), *Reading Strategy Checklist* (Harp, 2000), *A Questionnaire to Measure Children's Awareness of Strategic Reading Process* (Schmidt, 2000) e *Assessing Students Metacognitive*

Awareness of Reading Strategies (Mokhtari & Reichard, 2002). Optou-se por utilizar como referências esse material americano devido à inexistência de correlatos no Brasil. Não há informações sobre características psicométricas do instrumento, pois essa análise será objeto do presente estudo.

Procedimentos

O instrumento foi aplicado, de forma coletiva, em uma sessão com duração de aproximadamente 30 minutos. Seguindo as instruções do aplicador que leu cada item e esperou que os sujeitos assinalassem a resposta escolhida, os sujeitos assinalaram a frequência com que utilizam as estratégias de leitura quando lêem textos do tipo informativo. As aplicações foram feitas por escola, série e classe, de acordo com agendamento prévio com a direção de cada uma.

Resultados e Discussão

Verificando os pressupostos para efetuar a análise fatorial, o teste de Esfericidade de Bartlett indicou que a matriz de correlação não é uma matriz identidade, portanto existe correlação entre os itens avaliados ($\chi^2[136, n=1259]= 2565,631; p<0,001$), e a medida de adequação da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO=0,865$) revelou que a amostra é adequada para

avaliar as estratégias de leitura utilizadas pelos sujeitos, conferindo validade aos resultados.

A partir da análise fatorial completa, dos valores extraídos do gráfico *scree plot* (Figura 1), do critério de raiz latente que considera significantes apenas os autovalores maiores que um e do número de fatores estabelecidos inicialmente na teoria (Mokhtari & Reichard, 2002), optou-se por considerar quatro fatores que explicavam 41,89% da variância total e três fatores.

Analisando as cargas fatoriais e as comunalidades da matriz inicial de componentes principais com quatro e três fatores (nessa ordem), conforme sugere o gráfico *scree plot* (Figura 1), observou-se que a melhor configuração explicável pela teoria e mais próxima da

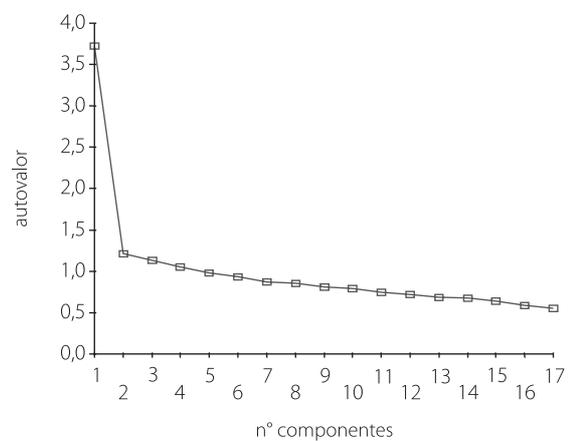


Figura 1. Resultado da análise dos itens pelo método *scree plot*.

Tabela 1. Valor de comunalidade por item nas duas extrações de fatores da escala.

Momento de leitura	Itens	Classificação	
		4 fatores	3 fatores
Antes da leitura	1 Imaginar como será a história lendo o título	0,306	0,306
	2 Dar uma olhada na quantidade de páginas	0,473	0,471
	3 Decidir se vale a pena ler a história	0,370	0,215
	4 Lembrar o que já sei sobre o assunto da história	0,340	0,218
	5 Ver como é a seqüência da história	0,350	0,308
Durante a leitura	6 Parar de ler e pensar sobre a história para ver se estou entendendo	0,266	0,239
	7 Ler novamente partes da história quando não entendo	0,492	0,400
	8 Observar as gravuras para entender melhor	0,475	0,450
	9 Ler de novo uma parte quando me distraio	0,569	0,541
	10 Usar marca-texto para destacar o que acho importante	0,437	0,403
	11 Ler com atenção e devagar para ter certeza que estou entendendo	0,360	0,353
	12 Procurar no dicionário palavras novas	0,473	0,466
	13 Ler em voz alta quando o texto é difícil	0,436	0,255
	14 Lembrar dos principais trechos da história	0,472	0,319
Após a leitura	15 Rer ler o texto várias vezes quando tenho dificuldade para entendê-lo	0,509	0,423
	16 Relembrar os principais pontos da história para verificar se entendi	0,448	0,377
	17 Conversar com meus colegas sobre as histórias para ver se entendi	0,344	0,322

proposta inicial de três categorias seria aprofundar a análise com extração de itens, considerando três fatores que explicam 35,70% da variância total da escala. Apesar de quatro fatores explicarem uma variância total maior (41,89%), os itens apresentavam-se dispersos nos fatores. Além disso, alguns deles apresentavam cargas fatoriais muito parecidas em dois dos três fatores.

Pode-se identificar que houve alteração dos valores das comunalidades para abaixo de 0,30, quando da definição de três fatores para extração, para os itens 3 e 4 relativos a antes da leitura. O item 6 que se refere a durante a leitura continuou com comunalidade inferior a 0,30 e o item 13 passou a ter valor de 0,25. Os demais itens permaneceram iguais ou tiveram alterações pequenas em seus valores (Tabela 1).

Na análise da matriz completa de todos os itens com rotação *varimax*, considerando três fatores, foi possível verificar a confirmação dos itens (3, 4, 6 e 13) indicados para exclusão. Esses apresentaram cargas fatoriais abaixo de 0,30 e se distribuíam em dois fatores, indicando a pouca pertinência do item à escala.

A Tabela 2 apresenta a escala com a extração dos itens indicados (3, 4, 6 e 13) e os demais itens com suas respectivas cargas fatoriais e comunalidades distribuídas pelos três fatores.

Pode-se observar que todos os itens ficaram com valor de comunalidade mínima de 0,287 e máxima de 0,561, indicando que todos pertencem à escala. O

item *Dar uma olhada na quantidade de páginas*, apesar de comunalidade inferior a 0,30, possui a maior carga fatorial da escala. As cargas fatoriais também estão altas, variando de 0,333 a 0,766. Os fatores 1 e 2 ficaram com cinco itens e o fator 3 com três. Tal distribuição, dos fatores 1 e 2, apesar de numericamente desigual em relação ao 3, é aceita pela natureza das estratégias que compõem o fator 3. As estratégias dividiram-se em fator 1 (1, 10, 12, 15 e 17), que conta com as estratégias de apoio à leitura, sendo, pois, denominado de estratégias metacognitivas de suporte à leitura; o fator 2 (7, 9, 11, 14 e 16) concentrou os itens relativos a estratégias usadas para resolver problemas de compreensão e foi denominado de estratégias metacognitivas de solução de problemas; e o fator 3 (2, 5 e 8) agrupou as estratégias utilizadas para uma análise geral do texto e passou a ser identificado como estratégias metacognitivas globais de leitura.

Assim, pode-se considerar que os 13 itens que passaram a compor a Escala de Estratégias de Leitura foram os que revelaram ter uma representatividade maior no instrumento em função não somente de seus valores de comunalidade e carga fatorial, mas também porque os três fatores identificados pela análise fatorial com rotação *varimax* explicam 42,12% da variância da escala, assinalando um aumento nesse valor após a extração de quatro itens.

Identificou-se que os fatores estão correlacionados entre si e com o total. Verificaram-se também correlação significativa entre os momentos de leitura e uma correlação alta entre os momentos de leitura e cada fator. Esses índices também justificam a escolha do método de extração com rotação *varimax* e a organização dos itens nos três fatores (Tabela 3).

No geral, considerando-se a análise fatorial realizada e a presença dos três fatores determinada pelo valor da carga fatorial e do índice de comunalidade, alguns itens foram classificados de modo diferente da organização teórica inicialmente proposta e descrita na caracterização do instrumento no presente estudo (Tabela 4).

Pode-se observar que os itens extraídos referiam-se a estratégias globais utilizadas antes e durante a leitura. Houve, além disso, uma redefinição da classificação por tipo (Tabela 4). Considerando-se que os leitores iniciantes precisam das estratégias mais

Tabela 2. Itens distribuídos por fatores com valor de carga fatorial e comunalidade.

Momento de leitura	Itens	Fatores			Comunalidade
Antes		Fator 1	Fator 2	Fator 3	0,323
	1	0,560			0,561
	2			0,737	0,287
	5			0,333	0,467
	6				0,250
Durante	7		0,670	-	0,453
	8			0,660	0,589
	9		0,766		0,464
	10	0,676			0,328
	11		0,536		0,504
	12	0,689			0,323
	14		0,366		0,419
Após	15	0,543			0,386
	16		0,385		0,377
	17	0,488			0,323

Tabela 3. Correlação entre as estratégias de leitura por momento de leitura, fator e escore total.

Estratégias		Momento de leitura			Fator			Total
		Antes	Durante	Após	Suporte	Solução	Geral	
Momento de leitura	Antes	1	0,381*	0,386*	0,481*	0,331*	0,785*	0,639*
	Durante	-	1	0,597*	0,730*	0,829*	0,431*	0,873*
Fator	Após	-	-	1	0,782*	0,630*	0,309*	0,786*
	Suporte	-	-	-	1	0,472*	0,276*	0,822*
	Solução	-	-	-	-	1	0,283*	0,770*
	Geral	-	-	-	-	-	1	0,567*

*Correlação de Pearson significativa a $p < 0,001$.**Tabela 4.** Classificação teórica e fatorial dos itens por momento de leitura.

Momento de leitura	Itens	Classificação	
		Teórica	Fatorial
Antes	1 Imaginar como será a história lendo o título	global	suporte
	2 Dar uma olhada na quantidade de páginas	global	global
	3 Decidir se vale a pena ler a história	global	extraído
	4 Lembrar o que já sei sobre o assunto da história	global	extraído
	5 Ver como é a seqüência da história	global	global
Durante	6 Parar de ler e pensar sobre a história para ver se estou entendendo	global	extraído
	7 Ler novamente partes da história quando não entendo	global	sol. problema
	8 Observar as gravuras para entender melhor	global	global
	9 Ler de novo uma parte quando me distraio	global	sol. problema
	10 Usar marca texto para destacar o que acho importante	sol. problema	suporte
	11 Ler com atenção e devagar para ter certeza que estou entendendo	suporte	sol. problema
	12 Procurar no dicionário palavras novas	suporte	suporte
	13 Ler em voz alta quando o texto é difícil	suporte	extraído
	14 Lembrar dos principais trechos da história	global	sol. problema
	Após	15 Rer ler o texto várias vezes quando tenho dificuldade para entendê-lo	sol. problema
16 Relembrar os principais pontos da história para verificar se entendi		sol. problema	sol. problema
17 Conversar com meus colegas sobre as histórias para ver se entendi		suporte	suporte

Sol.= solucionar.

como apoio e recurso para resolver problemas de compreensão, é de se esperar que os itens do instrumento em análise para as crianças que freqüentam de 2ª a 4ª série do ensino fundamental refiram-se, em maior número, às estratégias desse tipo (Dias et al. 1995; Ferreira & Dias, 2002; Pearson & Camperell, 2001).

Faz-se necessário também ressaltar que devido à ausência de instrumentos de avaliação de estratégias de leitura no Brasil, a categorização das estratégias de leitura desse instrumento baseou-se, principalmente, no modelo americano desenvolvido por Mokhtari e Reichard (2002). Portanto, é possível levantar a hipótese de uma não adequação dessas categorias à amostra brasileira utilizada para esse trabalho. Cabe lembrar que

tal estudo contou com 1 259 sujeitos, sendo 39,8% pertencentes à escola particular e 61,2% a escolas públicas, o que significa uma boa representatividade de sujeitos por item do instrumento (Pasquali, 1999).

Em relação à fidedignidade do instrumento final, o coeficiente Alpha de Crombach indicou uma boa precisão do instrumento ($\alpha = 0,73$). Na análise de confiabilidade de *Guttman split-half* o coeficiente apresentado (0,73) também confirma a precisão do instrumento, sendo a correlação entre as metades de 0,60 (metade 1 com 7 itens = 0,50 e metade 2 com 6 itens = 0,65).

A Anova por idade e série indicou diferença muito significativa para utilização das estratégias de

leitura por série ($f(2, 1256) = 3,297; p = 0,000; \alpha = 0,05$). Para a idade não se constataram diferenças significativas ($f(6, 1252) = 1,108; p = 0,314; \alpha = 0,05$) neste estudo.

O teste "t" de Student para amostras independentes revelou efeito do gênero para a frequência total de uso da escala de estratégias de leitura ($t(1258) = 5,266; p = 0,000$), lembrando-se que houve homogeneidade quanto ao número de participantes por gênero (51% do gênero masculino e 49% do feminino). As meninas ($M = 21,58; DP = 5,29$) revelaram maior uso das estratégias que os meninos ($M = 19,96; DP = 5,54$). Não se identificou referência a esse resultado na literatura científica pertinente.

Considerações Finais

É relevante considerar que a análise fatorial da escala e a determinação dos três fatores equivalem à estrutura do instrumento (MARS) desenvolvido por Mokhtari e Reichard (2002) e à Escala de Estratégias de Leitura - formato universitário (Joly, Cantalice & Vendramini, 2004) - e consistem em uma evidência de validade de construto. Além disso, a identificação do efeito das variáveis gênero e série escolar freqüentada pelo participante são evidências de validade de critério da escala de acordo com os padrões de testagem psicológica e educacional estabelecidos pela *American Educational Research Association* (AERA, APA & NCME, 1999). Faz-se necessário investigar, em estudos futuros, a relação da escala com rendimento acadêmico, o que pode vir a fortalecer tal evidência.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados para verificar outras relações das estratégias de leitura, como, por exemplo, com desempenho em compreensão, vocabulário, inteligência, motivação, dentre outros, considerando-se a importância e a amplitude da leitura como habilidade. Além disso, é essencial que instrumentos com qualidades psicométricas sejam acrescidos aos já disponíveis para avaliação psicológica, especialmente no contexto da Psicologia Escolar e Educacional.

Referências

AERA, APA, & NCME. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: American Educational Research Association.

- Brown, R., Pressley, M., Van Meter, P., & Shuder, T. (1996). A quasi-experimental validation of transactional strategies instruction with low-achievement second-grade readers. *Journal of Educational Psychology, 88* (1), 18-37.
- Collins, M. (1998). Young children's reading strategies. *Australian Journal of Language and Literacy, 2* (1), 55-64.
- Dembo, M. H. (2000). *Motivation and learning strategies for college success: a self-management approach*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Dias, M. G. B. B., Morais, E. P. M., & Oliveira, M. C. N. P. (1995). Dificuldades na compreensão de textos: uma tentativa de remediação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 47* (1), 13-24.
- Ferreira, S. P. A., & Dias, M. G. B. B. (2002). Compreensão de leitura: estratégias de tomar notas e da imagem mental. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 18* (1), 51-62.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist, 34* (10), 906-911.
- González Fernández, A. (1992). *Estrategias metacognitivas en la lectura*. Madrid: Universidad Complutense.
- Guthrie, J., & Wigfield (1999). How motivation fits into a science of reading. *Scientific Studies of Reading, 3* (3), 199-295.
- Harp, B. (2000). *The handbook of literacy assessment and evaluation* (2nd ed.). Norwood: Christopher-Gordon Publishers.
- Hill, B. C., Ruptic, C., & Norwick, L. (1998) *Classroom based assessment*. Norwood: Christopher-Gordon Publishers.
- Joly, M. C. R. A. (2004). *Escala de Estratégias de Leitura-nível fundamental I*. Relatório de pesquisa. Itatiba: Universidade São Francisco.
- Joly, M. C. R. A., Cantalice, L. M., & Vendramini, C. M. M. (2004). Evidências de validade de uma escala de estratégias de leitura para universitários. *Interação em Psicologia, 8* (2), 261-270.
- Joly, M. C. R. A., & Noronha, A. P. P. (no prelo, 2006). Reflexões sobre a construção de instrumentos psicológicos informatizados. In A. P. P. Noronha, A. A. A. Santos & F. F. Sisto (Orgs.).
- Juel, C. (1980). Comparison of word identification strategies with varying context, word type and reader skill. *Reading Research Quarterly, 15* (3), 358-376.
- Juliebo, M., Malicky, G. V., & Norman, C. (1998). Metacognition of young readers in an early intervention. *Journal of Research in Reading, 21* (1), 12-24.
- Kopcke Filho, H. (1997). Estratégias para desenvolver a metacognição e a compreensão de textos teóricos na universidade. *Psicologia Escolar e Educacional, 1* (2 e 3), 59-67.
- Kopcke Filho, H. (2001). *Estratégias em compreensão da leitura: conhecimento e uso por professores de língua portuguesa*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo.
- Lorch, R. F., Lorch, E. P., & Klusewitz, M. A. (1993). College student's conditional knowledge about reading. *Journal of Educational Psychology, 85* (2), 239-252.

- McIntyre, E. (1990). Young children's reading strategies as they read self-selected books in school. *Early Childhood Research Quarterly*, 5 (2), 265-277.
- Mohktari, K., & Reichard C. A. (2002). Assessing student's metacognitive awareness of reading strategies. *Journal of Educational Psychology*, 94 (2), 249-259.
- Morles, A. (1986). Entrenamiento en el uso de estrategias para comprender la lectura. *Lectura y Vida*, 7 (1), 15-20.
- Noronha, A. P. P. (2002). Os problemas mais graves e mais frequentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 135-142.
- Palincsar, A., & Brown, A. (1984). Reciprocal teaching of comprehension monitoring activities. *Cognition and Instruction*, 1 (2), 117-175.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP.
- Pearson, P. D., & Camperell, K. (2001). Comprehension of text structures. In R. B. Ruddell, M. R. Ruddell & H. Singer (Orgs.), *Theoretical Models and Processes of Reading* (pp.448-468). Newark: International Reading Association.
- Pinnell, G., Lyons, C., DeFord, D., Bryk, A., & Seltzer, M. (1994). Comparing instructional models for the literacy education of high-risk graders. *Reading Research Quarterly*, 29 (1), 9-39.
- Rhoder, C. (2002). Mindful reading: strategy training traht facilitates transfer. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 45, 498-512.
- Ruíz Bolívar, C. (2002). Mediación de Estratégias Metacognitivas em Tareas Divergentes y Transferencia Recíproca. *Investigación y Postgrado*, 17, 2. Acessado em agosto 12, 2005, disponível em <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?>
- Schmidt, M. C. (2000). A questionnaire to measure children's awareness of strategic reading process. In S. J. Barrentine. *Reading Assessment* (pp.189-198). Newark: IRA.
- Song, M. (1998). Teaching reading strategies in an ongoing EFL university reading classroom. *Asian Journal of English Language Teaching*, 8 (1), 41-54.
- Sulzby, E. (1985). Children's emergent reading of favourite storybooks: a developmental study. *Reading Research Quarterly*, 20 (4), 458-481.
- Taylor, N., Wade, M., & Yekovich, F. (1985) The effects on text manipulation and multile reading strategies of good and poor readers. *Reading Research Quarterly*, 20 (4), 566-574.
- Veenman, M. V. J., Wilhelm, P., & Beishuizen, J. J. (2004). The relation between intellectual and metacognitive skills from a developmental perspective. *Learning and Instruction*, 14 (1), 89-109.
- Vicentelli, H. (1999). Problemática de la lectura en estudiantes universitarios. *Psicologia Escolare Educacional*, 3 (3), 195-202.
- Williams, J. P. (2002). Reading comprehension strategies and teacher preparation. In A. E. Farstrup & S. J. Samuels (Orgs.), *What research has to say about reading instruction* (3rd ed., pp.243-260). Newark: International Reading Association.

Recebido em: 29/6/2005

Versão final reapresentada em: 28/11/2005

Aprovado em: 30/12/2005

Equoterapia: suas repercussões nas relações familiares da criança com atraso de desenvolvimento por prematuridade

Therapeutic riding: repercussion on family relations of children with prematureness development delay

Juliana Fonsêca de Queiroz **MARCELINO**^{1,3}

Zélia Maria de **MELO**^{2,3}

Resumo

A pesquisa tem como objeto de estudo crianças que apresentam atraso de desenvolvimento global devido à prematuridade e que estão em atendimento interdisciplinar em equoterapia, abordagem terapêutica que tem como recurso o cavalo e seu ambiente. O trabalho foi realizado com duas crianças do Núcleo de Equoterapia do Caxangá Golf & Country Club, suas respectivas famílias e profissionais que as acompanham. As técnicas utilizadas foram: observação das crianças nas sessões; entrevista com pais, terapeutas da instituição e outros cuidadores. Evidenciou-se a necessidade do vínculo da criança com o animal para seu envolvimento, bem como da família, no processo terapêutico. Constataram-se a necessidade da interação entre a criança, a equipe e outros praticantes no processo de socialização, e a adequação dos estímulos do ambiente equoterápico pela equipe interdisciplinar e pela família. Percebeu-se melhora da criança no aspecto socioafetivo, repercutindo nas relações familiares.

Palavras-chave: família; socioafetividade; equoterapia; criança prematura.

Abstract

This research was focused on studying children that have a neuropsychomotor development delay due to prematurity, and have being attended by an interdisciplinary therapy called therapeutic riding, a therapeutical approach that has the horse and its environment as primordial resources. The study was carried through two children from Caxangá Golf & Country Club Nucleus of Equine therapy, their respective families and professionals, who accompany these children in the therapeutical process. The techniques used during the research were the children's sessions observation; interviews with parents and therapists from the institution and other "caretakers". According to this study, the straight vinculum between child and animal is very important for the children and their family's involvement to the therapeutic process. Also the child, the team and other practitioners interaction in the socialization process is important, as well as the stimulation adequacy of the equine therapy environment by the interdisciplinary team and the family. There have been a child's social-affective improvement aspect that reflects on the family relations.

Key words: family; socio-affectiveness; equine therapy; premature child.

A pesquisa teve como objetivo geral compreender as repercussões do tratamento equoterápico e seus

elementos intervenientes no desenvolvimento socioafetivo da criança com atraso global por

▼▼▼▼▼

¹ Professora, Curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pernambuco. Rua Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária, 50750-901, Recife, PE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.F.QUEIROZ E-mail: <julifons@yahoo.com.br>.

² Professora Doutora, Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

³ Membro do Laboratório de Interação Social e Familiar. Recife, PE, Brasil.

prematuridade; e como objetivos específicos verificar a interação da criança com o cavalo e o grupo envolvido no ambiente equoterápico; compreender a intervenção dos profissionais da equoterapia como elemento facilitador desse processo; investigar as relações socioafetivas da criança na equoterapia por meio da percepção dos técnicos envolvidos no processo; analisar a percepção da família quanto à possível contribuição da equoterapia no desenvolvimento da criança; analisar as repercussões do processo equoterápico nas dificuldades interativas entre a família e a criança.

De acordo com a Teoria Sistêmica, base da terapia familiar desde a década de 50, o sistema familiar é um sistema aberto que se comunica com o meio exterior e por isso influencia o meio e por ele é influenciado (Bertalanffy, 1993). Os subsistemas influenciam um ao outro. O que acontece com um repercute no outro. Maldonado (1997) utiliza o termo “família grávida” ao enfatizar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar. Então, tal gestação é compartilhada, não é solitária; a gravidez é uma experiência que pertence à família como um todo. E como um sistema, as partes são vistas no todo e o todo nas partes. Assim, a ênfase é dada ao grupo em detrimento do indivíduo.

Os sentimentos e significados relacionados à gestação e ao nascimento interferem na educação do novo membro da família. Segundo Tondo (1998), a família funciona como grupo intermediário entre sujeito e macrocontexto, no primeiro momento da vida.

Muitas são as exigências sociais quanto aos papéis familiares. Hoje ainda permanece o discurso de que o casamento na conotação de união estável, ideal e completo é aquele que gera um filho e o faz com perfeição, com cobranças bem maiores para a mulher. Segundo Maldonado (1997, p.16), “desde muitos séculos a fecundidade é tida como bênção divina, ao passo que a infertilidade é tida como castigo”. Além disso, existe a responsabilidade social de procriar, perpetuar a espécie e dar continuidade à história familiar.

Quando pensamos em perpetuar nossa família, estão inclusos os desejos relacionados às possibilidades de crescimento do filho: capacidade de gerar, desenvolvimento intelectual, ascensão profissional, *status* social. Na gestação há um temor relacionado à “perfeição” do bebê. Segundo Brazelton (1994, p.19), “a contracepção e

a escolha tornaram maior a responsabilidade para fazer com que o bebê seja perfeito em todos os aspectos.” Percebe-se que nele a família concentra grandes expectativas.

Problemas durante a gestação e a antecipação do nascimento do bebê podem desencadear, nos pais, o sentimento de frustração. Maldonado (1997, p.26) traz uma citação de uma mãe que se encontrava em tal situação: “o neném estragou tudo, desmanchou o sonho do parto perfeito, da maternidade feliz”. É uma situação de crise que precisa ser elaborada para que as relações afetivas, especialmente a relação mãe-bebê, não sejam comprometidas.

Outro ponto importante a ser discorrido é a respeito da separação entre a família e o bebê prematuro, de risco, uma vez que ele não vai para casa com sua família após seu nascimento, como planejado, ou melhor, idealizado. De acordo com Maldonado (1997), em casos de crianças que nascem com problemas graves ou com malformações, a separação após o parto torna-se particularmente penosa. Tal colocação pode ser ratificada pelo relato da mãe de uma criança com necessidades especiais, logo após o nascimento de sua filha: “eu me sentia repleta de amor e queria proteger e amparar minha filha, tê-la sempre no meu colo por achá-la tão indefesa” (Falkas, 1994, p.17).

De acordo com Vasconcellos (2003), pela perspectiva sistêmica, um comportamento adaptativo às variações do meio exibe uma *auto-regulação* importante para garantir a estabilização do sistema. A família pode apresentar vários mecanismos para garantir sua sobrevivência.

Faz-se necessário refletirmos a respeito da importância da relação afetiva com os pais e o bebê. Segundo Quintas (2000), na família o afeto indica o grau de harmonia ou de desarmonia que poderá compor a dinâmica daquele grupo; as interações funcionam, pois, como mola propulsora para o desenvolvimento dos seus membros. Bowlby (1998) acredita que as formas de comportamento de apego e os laços afetivos dele decorrentes se perpetuam por toda a vida, não se limitando à infância. Há, portanto, que se considerar, diante da importância das relações afetivas para o desenvolvimento, como elas se desenvolvem durante uma gestação marcada de incertezas no sistema familiar.

Assim, é fundamental a preparação da família que, muitas vezes, acha que após o nascimento tudo estará tranquilo, mas se depara com a frustração diante de uma criança com ritmo diferente e com marcantes diferenças dentro de uma visão social. Vale, portanto, um questionamento sobre a prematuridade e suas conseqüências para a criança e sua família.

As conseqüências da prematuridade no desenvolvimento

No Brasil, a cada ano, cerca de 11% dos recém-nascidos chegam ao mundo prematuramente. Dentre eles, muitos morrem logo no início da vida, dependente de fatores como a idade gestacional e o baixo peso no nascimento (Bordin, Linhares & Jorge, 2001). No caso da sobrevivência, há uma possibilidade de atraso no desenvolvimento. O índice elevado relacionado a doenças e à morte se deve, dentre diversos fatores, à imaturidade dos sistemas respiratório, circulatório e nervoso, dentre outros (Falcão, 1999; Martins Filho, 1996).

Segundo Hernandez (1996), os recém-nascidos pré-termo apresentam idade gestacional abaixo de 37 semanas. Dentro desse grupo, existe uma classificação relacionada à idade gestacional: a prematuridade extrema corresponde a uma gestação inferior a 30 semanas; a moderada, a uma gestação de 31 a 34 semanas e a limítrofe, a uma gestação de 35 a 36 semanas (Leone, Ramos & Vaz, 2002).

Quanto às dificuldades que a criança prematura enfrenta, conforme Hernandez (1996), destacam-se a alta sensibilidade à informação sensorial e a incapacidade de evitar sua entrada, por falta de controle inibitório, causando inadequações na reação do bebê.

Sublinhando Barbosa, Lopes, Magalhães e Paixão (1999), há uma complexidade de fatores que podem influenciar o desenvolvimento infantil. Quanto maior o número de fatores de risco - dentre eles, grau de prematuridade (idade gestacional), baixo peso e intercorrências clínicas -, mais a criança está vulnerável a problemas no desenvolvimento. Outros fatores são o afastamento dos pais e a estimulação excessiva no período neonatal (Martins Filho, 1996). Percebe-se, assim, a importância do acompanhamento dos pais na fase de hospitalização do bebê recém-nascido pré-termo, principalmente por ser o ambiente hospitalar e,

especialmente, de UTI inadequados para a evolução do bebê.

Conforme Brazelton (1994), o bebê prematuro tende a desenvolver-se num ritmo mais lento, devido à dificuldade de organizar um sistema nervoso tão frágil. É uma criança que, por ter dificuldades de lidar com os estímulos, pode não se envolver em brincadeiras, não interagir adequadamente e vir a apresentar dificuldades também no aprendizado (Pierce, 2000). Afora a possibilidade de atraso no desenvolvimento global da criança, os pais preocupam-se com fatores relacionados à sobrevivência do filho, especialmente nos primeiros meses de vida. Após essa fase, principalmente em casos de atrasos mais severos, a criança pode enfrentar estigma social por desenvolver-se "fora dos padrões", situação com a qual muitos pais têm dificuldade de lidar. Portanto, um nascimento prematuro acarreta uma série de complicações para o bebê e, extensivamente, para o contexto familiar.

De acordo com Rojas e Sternbach (1994), o discurso familiar contém os enunciados identificatórios que situam a criança no mundo. É nessa relação eu-outro introduzida pela família que irá se constituir a identidade, isto é, a partir do outro, da diferença. Portanto, a constituição da identidade está relacionada aos grupos de pertencimento.

É preciso criar oportunidades para que a criança com atraso por prematuridade amplie seu campo de relações interpessoais e passe a pertencer a outros grupos, além do familiar. Desde o nascimento da criança, é importante que a família seja orientada pela equipe de saúde quanto aos tratamentos necessários ao seu desenvolvimento global. As terapias objetivam favorecer o desenvolvimento de aquisições e devem ser indicadas de acordo com as carências e possibilidades da criança, ou seja, devem ocorrer num ritmo apropriado.

Magalhães et al. (1999) esclarecem que o programa de acompanhamento dessas crianças deve prosseguir após os dois anos de idade, já que os distúrbios da prematuridade se fazem sentir, também, para além dessa faixa etária.

A equoterapia e o processo de socialização

A equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma

abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsiossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou de necessidades especiais (Ande, 1999).

De acordo com Dias e Medeiros (2002), o cavalo possui três andaduras naturais: passo, trote e galope. Dentre essas, a mais utilizada na equoterapia é o passo, sua andadura natural que se caracteriza por ser ritmada, cadenciada e em quatro tempos, ou seja, ouvem-se quatro batidas distintas, nítidas e compassadas que correspondem ao pousar do animal. É a andadura mais freqüente por conta da riqueza dos movimentos tridimensionais (Dias & Medeiros, 2002).

Para Spink (1993), o movimento causado pelo passo se assemelha ao da marcha humana, pois o dorso do cavalo realiza um movimento tridimensional: para frente e para trás; para um lado e para outro; para cima e para baixo. Isso requer do praticante reações de equilíbrio e de retificação postural para que possa se manter sobre ele. Esse movimento é transmitido ao cérebro do praticante pelas inúmeras terminações nervosas aferentes. O cérebro, por sua vez, manda informações ao corpo para que novos ajustes motores sejam realizados por meio do comportamento adaptativo, que é resultante também dos estímulos sensoriais da equoterapia.

São inúmeros os estímulos relacionados ao cavalo. Seu ambiente é natural, diferenciado da área urbana, constituído por picadeiro (piso em terra) e área exterior onde podem ser encontrados outros animais, plantas, árvores, baias, etc. Há uma riqueza de informações proprioceptivas e cinestésicas, sensações de posição do corpo e de movimento durante o contato físico entre o praticante (como é chamado o paciente da equoterapia) e o animal (Lallery, 1992). Essas informações propiciam uma nova imagem do corpo do praticante e, quando associadas à abordagem dos terapeutas, segundo Lallery (1992), favorecem o desenvolvimento do eu.

Conforme Spink (1993), o animal atua não apenas como um espelho, onde são projetadas as dificuldades, progressos e vitórias, mas também como um novo estímulo que propicia novas percepções e vivências, atribuição de novos significados. Por meio da relação com o cavalo, a criança pode aprender a controlar suas emoções iniciais, como o medo, enfrentando o desafio

de montá-lo e, sentada numa posição superior, direcioná-lo. Cavalgar um animal dócil, porém de porte avançado, leva o praticante a experimentar sentimentos de liberdade, independência e capacidade: sentimentos esses importantes para a aquisição da autoconfiança, realização e auto-estima.

Método

O Núcleo de Equoterapia do Caxangá Golf & Country Club, local onde foi realizada a pesquisa, é formado por uma equipe interdisciplinar composta por profissionais especialistas no trato com o animal: veterinário, tratador, auxiliar-guia (responsável pela condução do animal durante as sessões) e o equitador (profissional que detém conhecimento sobre o animal e acompanha os praticantes em conjunto com a equipe durante as sessões). Os terapeutas são das seguintes áreas: Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicopedagogia. Em geral, dois profissionais acompanham lateralmente o praticante durante a sessão, mas, se necessário, um dos terapeutas monta com ele.

Na chegada do praticante, a equipe solicita laudo médico, exames relacionados ao diagnóstico ou possível diagnóstico e autorização médica para constatação da ausência de contra-indicações à equoterapia. É realizada anamnese com os responsáveis pela criança e uma avaliação física para, em seguida, serem discutidas, em reunião de equipe, as indicações do cavalo e dos profissionais para acompanhar a criança de acordo com suas necessidades. Há, periodicamente, reavaliações, e, sendo necessária alguma mudança, ela é trabalhada com a criança antecipadamente. As reuniões de equipe são realizadas para estudo de casos, discussões científicas e administrativas. A equipe também troca informações com as famílias para a compreensão do contexto do dia-a-dia do praticante, bem como para orientações relacionadas aos cuidados da família com a criança.

Os participantes da pesquisa foram duas crianças com atraso de desenvolvimento por prematuridade - em variadas aquisições (sensório-motoras, cognitivas, emocionais e sociais) - que estavam em processo terapêutico no núcleo há mais de um ano, com idades, na época, entre três e quatro anos e que são apresen-

tadas no texto com nomes fictícios, assim como os outros participantes. Participaram do processo seus familiares (dois para cada criança) e/ou outros responsáveis (uma babá, no caso de Larissa) e profissionais da instituição (três para cada criança) envolvidos no atendimento.

A idéia inicial era fazer a relação entre a equoterapia e a prematuridade. Os sujeitos foram escolhidos por apresentarem faixa etária e período de início na equoterapia aproximados. Outro fator foi a semelhança entre elas quanto às reações aos estímulos durante as sessões, dado observado numa pesquisa-piloto. Essa defensividade é relatada por Hernandez (1996), que destaca, nesses casos, a alta sensibilidade à informação sensorial, caracterizada pela aversão a alguns estímulos do ambiente, tais como sons, brilho, iluminação, texturas e toque (contato corporal).

Tal aversão dificulta a exploração do ambiente pela criança, tornando-a pobre, bem como a relação com as pessoas, o que dificulta o desenvolvimento socioafetivo e impede o surgimento de demais aquisições. Além disso, esse processo é intersectado pela vivência familiar que, na situação de prematuridade extrema, sofre ameaça de comprometimento da afetividade. Por essas características foram priorizados os aspectos socioafetivos na pesquisa.

Os dados necessários para a pesquisa foram coletados por meio de: 1) observação sistemática da criança durante seu atendimento na equoterapia durante um período de seis meses (duração, em média, da pesquisa de campo) e dos responsáveis enquanto acompanham a criança; 2) entrevistas semi-estruturadas com os familiares, a babá de uma das crianças e os profissionais que acompanham o seu desenvolvimento na equoterapia. O material foi registrado por meio de gravação e, posteriormente, transcrito. Foi utilizado um roteiro com perguntas disparadoras para a coleta de informações. Após os procedimentos referidos, os dados colhidos foram analisados, discutidos e relacionados à literatura consultada.

Para atender aos objetivos da pesquisa, foi realizada análise qualitativa dos dados obtidos nas entrevistas, observações e sistematização de tais informações.

Pela compreensão de Bogdan e Biklen (1994, p.49) a respeito da pesquisa qualitativa,

Ao recolher dados descritivos, os investigadores qualitativos abordam o mundo de forma minuciosa A abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a idéia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo.

Segundo esses autores, a observação participante e a entrevista em profundidade são as estratégias mais representativas da investigação qualitativa. O registro das observações dos sujeitos na equoterapia foi realizado por meio de notas de campo, compreendidas como: "relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha ..." (Bogdan & Biklen, 1994, p.150). As observações seguiram um roteiro que continha os aspectos mais importantes a serem analisados, de acordo com os objetivos da pesquisa, seguindo uma ordem de início, meio e fim das sessões: afastamento da criança dos responsáveis e sua aproximação dos terapeutas e do cavalo (vivências de apego e desapego); reação aos movimentos do animal e estímulos oferecidos; comunicação com o animal, terapeutas e outras pessoas do ambiente (colegas da equoterapia e suas famílias); comportamento lúdico; despedida do cavalo e dos terapeutas e retorno à família; comportamento dos responsáveis durante a sessão, na espera de suas crianças.

Procedimentos

No caso de Alice, as entrevistadas foram a avó materna e a mãe adotiva (tia materna), pois, devido ao falecimento da mãe biológica no processo da gravidez, elas são as principais responsáveis pela criança. No caso de Larissa, foram seus pais biológicos. Nesse segundo caso, houve também a realização da entrevista com a babá, com quem a criança tem um vínculo significativo por permanecer grande parte do tempo em sua companhia. Seus cuidados interferem no desenvolvimento de Larissa e, por isso, ela foi elemento essencial na coleta e análise de dados. Serão apresentados sucintamente alguns dos dados analisados, selecionados por serem uns dos mais significativos, de acordo com os objetivos da pesquisa (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Casos clínicos.

Casos clínicos	Crianças	
	Alice	Larissa
Peso ao nascer	905g	595g
Idade gestacional / Classificação da prematuridade	26 semanas / extrema	25 semanas / extrema
Período de hospitalização	Cerca de 4 meses	Cerca de 4 meses
Causa da prematuridade	Adoecimento da mãe	Problemas do útero materno
Idade (período da pesquisa)	4 anos	3 anos e meio
Idade (entrada na equoterapia)	1 ano e 9 meses	1 ano e 9 meses

Tabela 2. Acompanhamento terapêutico na equoterapia.

	Caso Alice	Caso Larissa
Profissionais entrevistados	Fonoaudióloga, psicóloga e psicopedagoga	Fisioterapeuta, psicóloga e terapeuta ocupacional
Atividades desenvolvidas (durante a montaria)	Estórias; faz-de-conta simples; fatos do dia-a-dia; visita à casa do cavalo (baía); cantos, danças, o bater palmas; jogo de bola	Interação e cuidados com o animal; jogo de bola com o colega da sessão; faz-de-conta simples; cantos; exercícios para melhora da coordenação motora ampla e fina por meio do lúdico

Resultados

Os resultados apresentados, colhidos dos responsáveis, foram confirmados pelo comportamento familiar durante as observações das sessões, bem como pelos relatos da equipe.

Quanto às relações familiares, no caso de Alice, após a morte de sua mãe biológica (Bruna), primogênita da família, há uma mudança de papéis, de forma que sua tia materna, solteira, que ocupava o segundo lugar de nascimento, assume o lugar de primogênita, bem como a maternidade da criança, embora sua avó materna tenha almejado cuidar da criança. Há uma reorganização familiar após a perda de um membro que, segundo os relatos, desempenhava um papel de destaque no favorecimento da unidade familiar. Observou-se que Alice parece ser uma extensão de Bruna para os membros da família e, após o enterro de sua mãe, quando a criança ainda estava na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ela passou a ser o centro das atenções. O pai biológico que namorava Bruna durante a gestação se ausentou após sua morte e, atualmente, não tem vínculo com a criança. No caso de Larissa, o pai é bastante presente, observando-se cumplicidade do casal desde a gestação.

Nos dois casos foram detectados os seguintes aspectos nas relações: reorganização familiar pela prematuridade; intensificação dos laços, que pode ocorrer no sistema familiar impactado por um evento estressor; tomada de decisões conjunta; mobilização da família para o estímulo ao desenvolvimento da criança, bem como atribuição de importância ao afeto, verbalizado como um propulsor para esse processo de evolução, tal qual a citação de Quintas (2000). As visitas familiares durante a hospitalização das crianças, bastante constantes segundo relatos, foram fundamentais para a minimização dos efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento, como referenciado por Martins Filho (1996).

Os sentimentos relatados pelas famílias relacionados à prematuridade são bastante semelhantes nos dois casos: fazem referência à dor pela situação de separação das filhas pela hospitalização, tal qual citado pelo pai de Larissa: "A gente não tinha nem acesso a ela", lembrando Maldonado (1997), quando descreve tal separação como penosa.

Surgem nesse período sentimentos ambivalentes quanto ao investimento afetivo: se preparar para a morte da criança ou crer em sua sobrevivência? A avó de Alice refere dúvida quanto à preparação do enxoval;

nas duas entrevistas percebe-se a brincadeira da família com os fatos ocorridos como meio de amenizar recordações de momentos de estresse; relato da ansiedade para levar as filhas para casa, bem como as incertezas quanto aos cuidados dirigidos a seres tão frágeis; as crenças relacionadas às religiões das famílias são citadas e percebidas como bases fundamentais no enfrentamento das dificuldades; os pais de Larissa fazem comparações com outras crianças, demonstrando por meio desse comportamento dificuldade com as diferenças. Também o fazem a tia e a avó de Alice, porém mais significativamente no início do desenvolvimento da criança.

Quanto ao desenvolvimento dos sujeitos da pesquisa, as queixas familiares cruzam com os aspectos mais trabalhados pelos profissionais da equoterapia. A área da linguagem é alvo de maior ansiedade para a família de Alice, assim como a aquisição da marcha, no caso dos pais de Larissa. Seu atraso motor, de fato, é mais significativo do que o de Alice, que já consegue andar. A superproteção pode interferir negativamente no surgimento das aquisições, pois, muitas vezes, o julgamento da criança como frágil impede sua exploração do mundo rumo à independência, sentimento traduzido por Falkas (1994) quando descreve seu bebê como indefeso. O assunto surgiu espontaneamente nas entrevistas. A mãe adotiva de Alice refere evitar tal comportamento; os pais de Larissa também se posicionam dessa forma, porém sua babá sente dificuldades e verbaliza que, apesar de tentar, não consegue deixar de superproteger a criança.

De modo semelhante, as famílias expressam a importância do *feedback* da evolução da criança para a continuidade de seus investimentos. Valorizam a participação e a unidade familiar, assim como a realização das terapias necessárias, porém evitam sobrecarga e excesso de estímulos. Reclamam da dificuldade em conciliar as atenções para com a criança e a responsabilidade com o trabalho.

A respeito da evolução dessas crianças por meio da equoterapia, percebemos que ela funciona como um *feedback* positivo para a família em relação ao seu investimento. Esse, representado pelas atitudes familiares, funciona como *output* do sistema e o desenvolvimento da criança funciona como *input*. Esse "balanço" mostra à família que as mudanças ocorridas

no sistema familiar, diante das consequências da prematuridade, "valeram a pena". Foram mudanças qualitativas em seu funcionamento. A relação entre *inputs* e *outputs* promove a *auto-regulação*. Por meio das informações sobre a conduta familiar passada, o sistema se torna capaz de ajustar sua conduta futura. Bertalanffy (1993) e Vasconcellos (2003) descrevem bem esses conceitos.

Ainda fazendo referência a Vasconcellos (2003), a retroalimentação ou *feedback* é negativo quando a família tenta minimizar os desvios do sistema, ou seja, quando percebe que está conduzindo erroneamente. Isso é comum quando a família tenta "acertar" quanto à educação das crianças. Por exemplo, quando é introduzido o assunto sobre regras e limites, a babá de Larissa diz perceber que precisa modificar sua conduta de superproteção à criança por lhe ser prejudicial, algo já referido pelos pais.

Ainda sobre a equoterapia, no caso de Alice predomina a presença da mãe adotiva nas sessões. Já no caso de Larissa, a presença do pai. Quanto às expectativas, a mãe adotiva e a avó de Alice referem à sua entrada na equoterapia como "um marco". Os pais de Larissa referem evolução, mas aquém das expectativas. Isso parece se explicar por dois motivos, dentre outros: 1) Larissa tem um comprometimento global maior; 2) as dificuldades de seus responsáveis no enfrentamento das diferenças são maiores, de acordo com a entrevista e o relato da equipe de equoterapia. Todos reconhecem a equoterapia como um espaço voltado à evolução da criança; procuram, segundo a mãe adotiva de Alice, "tudo o que pudesse, ou melhor, possa somar...". A credibilidade na abordagem terapêutica e no trabalho da equipe parece ser fundamental para que o processo equoterápico seja adequado. A própria equipe cita que esse investimento familiar é fundamental. Pelos dados colhidos com os responsáveis, pôde-se perceber que a equoterapia funciona como um espaço de vivência do apego e desapego, pois há o momento de afastar-se e o de reaproximar-se da família, bem como permite a formação de novos vínculos, favorecendo o desenvolvimento da identidade. Segundo a equipe e os cuidadores, a adaptação ao processo terapêutico dependente da relação entre criança, cavalo, equipe e ludicidade.

Considerações Finais

Por meio da realização deste trabalho, pudemos perceber as dificuldades que a família enfrenta diante da prematuridade e da necessidade de lidar com a possibilidade de morte e atraso no desenvolvimento, marcando diferenças em relação ao padrão “normal” e, assim, social. Observou-se que o sistema familiar precisou reorganizar-se em consequência do problema existente.

Retomando os conceitos de Vasconcellos (2003), compreende-se o fato de que as famílias em estudo utilizaram diversos meios de auto-regulação para a estabilização do sistema, tais como: 1) a inclusão de toda a família no processo terapêutico das crianças; 2) a crença religiosa como alicerce; 3) a intensificação dos laços afetivos entre os membros; 4) o suporte de profissionais diversos para orientar como proceder; 5) as expectativas quanto ao desenvolvimento das crianças; 6) a própria evolução das crianças.

Por meio das observações de algumas sessões das crianças - Alice e Larissa -, bem como das entrevistas, percebeu-se a sua evolução quanto à interação com o cavalo e o grupo envolvido no ambiente equoterápico. Inicialmente demonstravam angústia no contato com o animal e com os estímulos decorrentes de sua marcha. Atualmente elas sentem prazer em estar nesse espaço e anseiam pelo momento da terapia. Segundo relatos dos responsáveis, as crianças falam sobre os cavalos em casa, sentem saudade e, ao chegarem na equoterapia, expressam alegria ao vê-los. São comportamentos que nos fazem acreditar que exista um laço afetivo entre a criança e o animal construído no decorrer do tratamento.

As características relacionadas à socioafetividade e arroladas pela equipe que acompanha Larissa foram as mesmas referenciadas pelo grupo que acompanha Alice: equoterapia como espaço de exploração e descoberta; ambiente rico de possibilidades, evocando o desenvolvimento de potencialidades, com um diferencial pela relação de domínio sobre o animal; relação com pessoas nas sessões; presença de regras sociais na equoterapia que favorece o desenvolvimento do comportamento da criança no meio social; relação com o cavalo; aceitação incondicional; jogo de limite e continuidade entre o corpo da criança e o do cavalo.

Enquanto encerra seu corpo e inicia o do cavalo, a criança tem a sensação de que a marcha do cavalo, que tem semelhança com a marcha humana, é também a sua marcha. Há uma sintonia nessa ritmação. Esse momento faz-nos lembrar da sensação simbiótica mãe-bebê durante a gestação e nascimento.

Segundo relato da psicóloga entrevistada, a equoterapia surge como uma oportunidade de reviver os traumas de UTI, dadas algumas semelhanças: separação física da mãe e oferta de estímulos. Apesar das possíveis semelhanças, a criança encontra-se num outro momento de vida, mais amadurecida e mais preparada para lidar com o novo contexto. Além disso, como espaço terapêutico, a equoterapia é realizada por uma equipe cujo objetivo é organizar as informações que chegam à criança. É, portanto, oferecida ao praticante a oportunidade de reelaborar os traumas da UTI e ressignificar os estímulos do ambiente. As crianças em foco têm desenvolvido a capacidade de aceitar ou negar informações que lhe são oferecidas, ou seja, de realizar escolhas, o que é bastante significativo.

Observamos que as duas famílias conseguem perceber que a equoterapia favoreceu o desenvolvimento das crianças, porém suas expectativas interferem nesse olhar. Foi comum nos relatos dos responsáveis o comentário sobre o prazer, a motivação das crianças pela frequência à equoterapia, o que facilita esse processo, bem como o aprendizado relacionado ao afastamento entre criança e família no momento da sessão.

Observando-se as fases relacionadas ao comportamento de apego e desapego, pois inicialmente as crianças ofereciam resistência para se afastarem da família, verifica-se que, por meio do vínculo afetivo com o cavalo, foi “superada” a distância da família, embora ainda fosse necessário vê-la constantemente. Atualmente conseguem afastar-se sem angústia. Aspecto que é favorecido pela família e pela equipe que trabalhou as relações de lealdade e confiança necessárias para um distanciamento sossegado.

Portanto, a equoterapia funciona também como espaço social que permite idas e vindas, instalando, por vezes, “angústia” para a criança e sua família, sentimento esse que, no contexto, é fundamental para o amadurecimento emocional da criança. Lembrando Vasconcellos (2003), os graus de “permeabilidade” das

fronteiras do sistema aberto o tornam mais ou menos susceptível às influências de seu ambiente. As trocas permitidas pelas famílias participantes da pesquisa favoreceram, portanto, o desenvolvimento de Alice e Larissa, bem como o crescimento de cada família como um todo.

Por meio da melhora na socioafetividade, essas famílias podem se fazer compreender e serem compreendidas pelas crianças. A criança já não é mais percebida como um ser frágil e indefeso, pois está a caminho da independência do círculo familiar, em direção à ampliação do círculo social, o que representa seu crescimento como sujeito.

Um dos pontos mais significativos da pesquisa relaciona-se com a possibilidade de conhecermos as singularidades dos casos clínicos. A equoterapia poderia beneficiar seus praticantes de diferentes formas, tal como encontramos na revisão teórica, porém, nunca saberíamos quão profundas podem ser essas mudanças para a criança e para o contexto familiar, se antes não conhecêssemos um pouco de sua história. Também não poderíamos compreender a relação entre essas famílias e a equoterapia. Isso faz com que o estudo qualitativo seja diferenciado na medida em que podemos aprofundar nossos conhecimentos acerca dos fatos experienciados. A equoterapia beneficia cada praticante de forma singular, de acordo com sua história, que é única.

Referências

- Associação Nacional de Equoterapia. (1999). *Fundamentos básicos sobre equoterapia*. In Coletânea de trabalhos do I Congresso Brasileiro de Equoterapia. Brasília: Associação Nacional de Equoterapia.
- Bertalanffy, L. V. (1993). *Teoria general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bordin, M. B. M., Linhares, M. B. M., & Jorge, S. M. (2001). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (1), 49-57.
- Bowlby, J. (1998). *Perda: tristeza e depressão* (Vol. 3, 2. ed.). São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- Brazelton, T. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dias, E., & Medeiros, M. (2002). *Equoterapia: bases e fundamentos*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Falcão, M. (1999). Seguimento do recém-nascido de risco. In J. Fazio et al. (Coords.), *Cuidados intensivos no período neonatal* (Seção 15, pp.333-338). São Paulo: Sarvier.
- Falkas, Y. M. (1994). *Portas entreabertas: crescendo com os limites de minha filha*. São Paulo: Plexus.
- Hernandez, A. M. (1996). Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In C. R. F. Andrade. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco* (Vol.1, cap.3, pp.43-97). São Paulo: Lovise.
- Lallery, H. (1992). *A equitação terapêutica*. Brasília: Associação Nacional de Equoterapia.
- Leone, C. R., Ramos, J. L. A., & Vaz, F. A. C. O. (2002). Recém-nascido pré-termo. In E. Marcondes, et al. *Pediatria básica: pediatria geral e neonatal* (9a ed., cap.8, pp.348-352). São Paulo: Sarvier.
- Magalhães, L. C., Barbosa, V. M., Lopes, K. C., & Paixão, M. L. (1999). Estudo longitudinal do desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo: avaliação na idade pré-escolar. *Revista Brasileira de Neurologia*, 35 (4), 87-93.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério* (14a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Martins Filho, J. (1996). Prematuridade. In F. Figueira, O. Ferreira & J. Alves. *Pediatria: Instituto Materno Infantil de Pernambuco* (2a ed., cap.5, pp.139-144). Rio de Janeiro: Medsi.
- Pierce, D. O. (2000). Potencial da recreação com objetos para lactentes e crianças na primeira infância em risco de atraso no desenvolvimento. In L. D. Parham & L. S. Fazio. *A Recreação na terapia ocupacional pediátrica* (cap.6, pp.86-111). São Paulo: Santos.
- Quintas, F. (2000). *A mulher e a família no final do século XX*. Recife: FJN, Editora Massangana.
- Rojas, M. C., & Sternbach, S. (1994). *Entre dos siglos: una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Spink, J. (1993). *Developmental riding therapy: a team approach to assessment and treatment*. Texas: Therapy Skill Builders.
- Tondo, C. T. (1998). Teoria sistêmica. In Y. S. Souza & M. L. T. Nunes (Orgs.), *Família, organização e aprendizagem: ensaios temáticos em psicologia*. Porto Alegre: PUCRS.
- Vasconcellos, M. J. E. (2003). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência* (2. ed.). Campinas: Papiрус.

Recebido em: 9/9/2005

Versão final reapresentada em: 31/3/2006

Aprovada em: 9/5/2006

Da diversidade na passagem para a quinta série do ensino fundamental

Diversity in the transition from fourth to fifth grade in grade school

Laíssa **ESCHILETTI PRATI**¹

Marisa Faermann **EIZIRIK**²

Resumo

Este estudo investiga a constituição de subjetividades da diversidade de práticas que surgem na passagem da quarta para a quinta série do ensino fundamental. Acompanharam-se duas turmas de quarta série e três turmas de quinta série em duas escolas públicas da rede estadual de ensino de Porto Alegre. As vivências de cerca de 150 alunos, 50 pais e 25 professores que convivem nesse momento da escolaridade foram acompanhadas durante um ano. A realidade escolar é compreendida como um poliedro de faces complementares e ambivalentes em interação, possibilitando a criação de um campo polifônico. A passagem da quarta para a quinta série do ensino fundamental surge como um momento emblemático que envolve mudanças principalmente nas funções que esses personagens assumem. Nesse espaço surgem forças multiformes que impulsionam novas práticas para a constituição de subjetividades.

Palavras-chave: diversidade; ensino fundamental; transição.

Abstract

This study investigates the subjectivity constitution through the diverse practices of the passage from elementary to high school. Two fourth grade classes from the elementary school, and three first grade classes from high school from two public schools in Porto Alegre, RS had been observed. Fifty fathers, about 150 students and 25 teachers, all of them involved in this special process, have contributed with their experiences for one whole year. The school reality is considered a complementary and ambivalent faces of a polyhedron in interaction, that allows the polyphonic practices creation. The elementary to high school passage arises an emblematic moment that involves important changes on the characters' roles. At this moment, multiform straight impel new practices for the subjectivity constitution.

Key words: diversity; elementary education; transition.

Este estudo tem o objetivo de rastrear os efeitos das práticas que constituem os sujeitos na passagem da quarta para a quinta série do ensino fundamental. A intenção de capturar práticas que se engendram no ingresso em uma outra estrutura de funcionamento

didático-pedagógica possibilita o acesso a um momento visibilizador da complexidade do mundo escolar. Foi necessário escolher algumas estratégias de contato com a multiplicidade desse momento específico, apresentado pela literatura como um espaço de intran-

▼▼▼▼▼

¹ Psicóloga, Mestre. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2600, Térreo, Santana, 90035-007, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.F. ELZIRIK. E-mail: <meizerik.ez@terra.com.br>.

qüilidade e descontinuidade (Leite, 1993; Neves & Almeida, 1996; Rangel, 2001; Rosa & Proença, 2003).

Esse texto, portanto, apresenta uma aproximação com a diversidade que se reflete nas subjetividades dos que convivem nesse espaço escolar. Entendendo subjetividade como um processo provisório, busca-se capturar a relação consigo mesmo que se estabelece por meio de uma série de procedimentos propostos e prescritos aos indivíduos em todas as civilizações, para fixar, manter ou transformar sua identidade (Eizirik, 1997). Professores, pais e alunos interferem no processo de construção de subjetividade que ocorre no ambiente escolar. Ao investigar as relações entre esses grupos, torna-se evidente a presença de múltiplos olhares e a impossibilidade de capturar todos os movimentos que aí se encadeiam. Na interação entre grupos distintos, percebe-se o acionamento de diversas forças que tensionam os fios que constituem o cotidiano escolar. O contato com o dia-a-dia escolar permite acompanhar uma vida dinâmica, em tensão.

Partiu-se em busca do contato com fluxos, alterações e possibilidades que surgem nessa passagem. A tentativa de capturar as práticas que compõem esse momento específico da escolaridade permitiu o acesso ao *poli*. Esse termo tem sua origem no grego – *polýs* –, e significa “muito”. É utilizado, neste texto, como referência à multiplicidade de movimentos, sentidos e sons que tecem a complexidade do mundo escolar. A passagem da quarta para a quinta série serviu como um visibilizador das práticas que se articulam e se sobrepõem ao longo de toda a dinâmica escolar.

As práticas são entendidas como tendo características polimórficas, polifônicas e polissêmicas. O polimorfismo indica a capacidade de os jogos de poder e saber apresentarem-se sob muitas formas, contendo os mesmos elementos em sua composição. A polifonia, apresentando várias melodias independentes, marca os fluxos, indica ritmos, define espaços e possibilidades, construindo a complexidade escolar. E a polissemia permite o acesso aos discursos que se engendram em redes de significados diversos e salienta que uma palavra carrega várias possibilidades de interpretação, de acordo com o momento no qual irrompe.

Múltiplos sentidos, sons e formas constroem um fluxo que atravessa e liga a quarta e a quinta série. Quando as práticas nessa passagem são captadas por

meio dos seus vários sentidos e intensidades surge uma realidade multifacetada, um espaço de combate e tensão, caracterizado por lutas e por uma vivência escolar com muitas faces.

Com apoio nas idéias de Foucault (2003), entende-se esse momento de passagem como “um ‘poliedro de inteligibilidade’, cujo número de faces não é previamente definido e nunca pode ser considerado como legitimamente concluído” (p.340). É preciso enfatizar que quanto mais se decompõe a passagem da quarta para a quinta série mais é possível ver as conexões que aí se constituem.

A possibilidade de decompor e recompor a realidade escolar indica que o “poli” pode ser identificado nas formas de apreender a realidade escolar. O processo de compreender essas múltiplas faces encadeia, transforma e cria diversas possibilidades de entendimento da passagem e das práticas que lá se engendram. Foi preciso escolher leituras, selecionar dados e construir histórias. Outras leituras são possíveis. Essa é a riqueza de um poliedro: sempre desencadear outras possibilidades de compreensão da realidade.

Nesse trabalho, buscou-se uma escola onde a complexidade de sons, movimentos, sentimentos, olhares e expectativas se articulam e constituem a vida escolar. Tempos e espaços, diferentes sentidos e direções produzem os jogos que são vivenciados no cotidiano da quarta e quinta séries. Optou-se, então, por fazer alguns pinçamentos sobre essa complexidade. Na pinça se encontra uma prática que não ocorre sozinha. Faz-se um *zoom* para capturar um movimento que ocorre aos turbilhões. Um detalhe da complexidade será ampliado para que a riqueza do movimento seja capturada. O foco está em momentos que se relacionam com outros e que possibilitam diversas leituras. Pára-se o tempo para salientar um processo que só se percebe estando conectado com o fluxo presente nas práticas escolares.

Observando os “lugares de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão” presentes nas séries investigadas, pode-se identificar o surgimento de práticas diferentes na vivência da passagem entre essas (Foucault, 2003, p.338). Eizirik (2001) apresenta a escola como um espaço de trocas afetivas e intelectuais, um espaço de socialização, desenvolvimento de potencialidades e de aprendizagem de regras culturais. Na passagem da

quarta para a quinta série evidenciam-se práticas que permitem o desenvolvimento de recursos pessoais até então não acionados. Elementos novos e antigos se rearranjam, compondo uma nova paisagem no dia-a-dia escolar.

Com a intenção de compreender por que a passagem da quarta para a quinta série é apresentada pela literatura como “um momento de dificuldades, não alegrias, e fragilidade no desempenho escolar” (Rangel, 2001, p.64), tentou-se capturar os elementos que aí se articulam, já que são capazes de acionar novas práticas em professores, pais e alunos. Soma-se a isso a sensação descrita pelos alunos, professores e pais de que algo diferente irá acontecer a partir da quinta série.

O que muda nessa passagem? Pais, professores e alunos se fazem presentes, tanto na quarta quanto na quinta série. A instituição escolar permanece a mesma. Porém a passagem da quarta para a quinta série se configura como um momento no qual novos elementos complexificam as práticas adotadas por professores, pais e alunos. A passagem é descrita como uma época de transformações e desafios, especialmente para o aluno. Segundo Bossa (2000), entrar para a quinta série, ao mesmo tempo em que simboliza o desejo de crescer, de lutar por uma nova identidade e expectativa social, faz com que o aluno tenha que lidar com a dor que esse crescimento pode trazer. Embasando-se nas informações dadas pelos professores e pais de alunos da quarta série, cria-se uma atmosfera de preocupações em torno da passagem da quarta para a quinta série. Pais, professores e alunos acabam precisando encontrar outras formas de conviver. Esse movimento permite a participação diferenciada, no seu cotidiano, de todos os segmentos que a compõem (Neves & Almeida, 1996).

Método

Esse estudo foi realizado por meio de observação participante (Taylor & Rogdan, 1996) do cotidiano de duas escolas da rede estadual³ de ensino de Porto Alegre que estão diretamente relacionadas com a passagem da quarta para a quinta série. Ao longo de um ano, somaram-se 220 horas de observação, conversas formais

e informais e participação em eventos e reuniões. Nesse período, o objetivo principal foi manter o contato com os diversos personagens que se relacionam com esse momento da vida escolar (alunos, professores, pais, diretores, supervisores e orientadores educacionais). Diversos espaços foram acompanhados: salas de aula, salas dos professores, pátio e corredores. Durante esse período de contato com a escola buscou-se responder a uma pergunta principal: quais os efeitos das práticas que constituem os sujeitos na passagem da quarta para a quinta série do ensino fundamental?

Um total de 150 alunos (com idade variando entre 9 e 14 anos), 50 pais e 25 professores (de quarta e quinta séries) compuseram os participantes desse estudo. Duas turmas de quarta e três turmas de quinta séries foram os focos principais das observações nas quais as práticas foram observadas e compreendidas no seu contexto. Optou-se por não construir categorias de análise, mas escolher frases-chave que indicam alguns fios constituintes da realidade escolar. São práticas que irrompem na quarta e na quinta série, porém assumem significados diferentes conforme o momento em que surgem. Mensagens contraditórias puderam ser percebidas convivendo nos mesmos espaços, salientando ainda mais a complexidade da vida escolar.

Procedimentos

Após o período de coleta de dados e de sua organização, buscou-se encontrar uma forma de lidar com os dados que permitisse o acesso à complexidade que enriquece o campo escolar. Construiu-se, portanto, um quadro com falas (caleidoscópio de práticas) que indicam algumas possibilidades de acesso ao *poli* que constitui a vida escolar: situações que se complementam, se contradizem e se fortalecem; falas de pais, professores, alunos e demais personagens escolares que permitem o acesso ao processo criador e inventivo que produz as subjetividades dos que convivem nesse momento escolar. Algumas frases apareceram apenas uma vez durante a coleta de dados, mas indicaram movimentos e possibilidades que compunham a passagem e por isso foram escolhidas. As próprias palavras

▼▼▼▼▼

▪ A rede municipal não se divide em séries. Está organizada em ciclos de aprendizagem, o que descaracteriza a passagem estudada.

apresentadas no cotidiano escolar servem como fios condutores da análise que segue. Algumas falas foram aproximadas por indicarem o mesmo movimento, outras foram distanciadas por servirem de referência a outras possibilidades.

Resultados

Apresentam-se a seguir algumas linhas que constituem a complexidade do cotidiano escolar e falas e diálogos que criam um terreno flexível e fértil para a articulação de novos jogos e estratégias de subjetivação.

“Será que a quinta série é mais difícil?”

Já na quarta série se percebe uma preocupação com o que vai acontecer na série seguinte. Colocações como: “Será que a quinta série é mais difícil?,” feita por uma aluna ou “Eu me preocupo bastante com o que vai acontecer. Minha filha está na quarta e já fico pensando como vai ser o próximo ano”, feita por uma mãe demonstram uma apreensão com relação ao ingresso na nova organização escolar. Os professores de quinta série também se mostram preocupados com os alunos dessa série, como indicado na frase: “Eu sou professora de área e não tenho a mínima visão de currículo. É difícil a gente enxergar a faixa etária deles e não sei se atendo as expectativas deles”.

Os alunos de quarta série, quando conversam sobre a quinta, indicam sentimentos ambivalentes frente aos desafios que irão enfrentar. Frases desde “Eu estou louca que chegue a quinta série!” até “Vai ser muito ruim. Vai ter coisas novas e eu não vou saber.” são ouvidas na quarta série. Viu-se a composição de um contínuo de expectativas relacionadas diretamente ao que é apresentado pelos discursos de professores, pais e outros alunos – que já tiveram contato com pessoas que convivem na quinta série. Falas de alunos referiam que ter vários professores e várias matérias iria exigir mais responsabilidade deles. Essa expectativa era confirmada, principalmente, pela falas dos professores da quarta série: “Pessoal, vou dar uma revisada bem rápida. Vocês têm que começar a se preparar para a quinta série! Na quinta não vai ser essa moleza! Vocês sabem muito bem disso!”. Também se ouviam frases como “Lá [na quinta série] não tem essa de ficar passando a mão por cima [do aluno] como no currículo”.

“Vir para escola a gente gosta, não gostamos de vir para a aula! É diferente, muito diferente!”

Para os alunos de quarta série a escola é uma unidade (um espaço único). Vir para a aula e para a escola é a mesma coisa. Entretanto, os alunos de quinta série percebem a escola e a aula de maneiras distintas. Cada um desses espaços assume um significado próprio.

Até a quarta série, o aluno está sempre sendo cuidado pelo seu professor, que é o responsável por tudo que ele fizer. A situação descrita a seguir enfatiza essa vigilância constante dos alunos. Na sala de professores, eles comentavam o que tinha acontecido com duas alunas da quarta: “Deu o maior bafafá, ontem, com os pais. Duas meninas saíram do colégio na hora do recreio e ficaram matando aula na praça aqui perto! Deu a maior confusão!”. Alguém, provavelmente a professora da turma, percebendo a ausência das meninas, procurou localizá-las e acionou os pais. Pais e professores conversaram sobre a atitude e combinaram as conseqüências diante do comportamento das alunas: suspensão de três dias.

Essa prática se modifica na quinta. Os alunos percebem que é possível ficar na escola sem um adulto responsável por eles. É bastante freqüente a combinação de encontrar amigos no turno inverso da aula ou permanecer na escola durante períodos vagos. Ao longo do ano, os espaços aula e escola passam a ser avaliados de formas distintas pelos alunos da quinta série. Vários deles diziam: “Vir para escola a gente gosta, não gostamos de vir para a aula! É diferente, muito diferente!”. Ao perceberem claramente a possibilidade de não existir uma pessoa responsável por seus atos em todos os minutos, a escola passa a dar conta de outras expectativas que não só a de estar em sala de aula aprendendo. Uma professora de quinta série chegou a verbalizar: “Parece que eles vêm para um clube social, encontrar amigos”.

“Eles fazem qualquer coisa para ficar fora da sala de aula. Nós não. Nós temos que estudar!”

A diferenciação entre o espaço da escola e o da sala de aula gera diferenças na forma como os alunos percebem as atividades propostas pelos professores.

Como para os alunos da quarta todas as atividades que acontecem na escola fazem parte da aula, a aula de educação física e atividades fora da sala de aula são consideradas atividades livres. Um aluno da quarta, baseado em informações de alunos da quinta série, afirma: *"Parece que todos jogam vôlei. A educação física é toda organizada, não é essa de largar a bola e cada um faz o que quer"*. Vários alunos, ainda na quarta série, se mostram preocupados, pois, ao perceberem que a educação física na quinta série é coordenada pelo professor, têm a impressão de não existir mais tempo no qual cada um possa agir de acordo com o que deseja. Seguindo a lógica criada pelos alunos da quarta série, na aula de educação física a sala de aula se transfere para o pátio e o professor coordena o espaço e define os ritmos. Os alunos seguem orientações e executam as atividades para aprender como se joga.

Esse sentimento muda ao se falar com os alunos da quinta série. Acredita-se que, por entenderem que podem circular na escola sem a tutela constante de um professor, os alunos de quinta série percebem que o professor tem controle sobre a sala de aula e sobre a aprendizagem. Nos outros espaços (pátio e corredor), os alunos têm maior autonomia. A fala de uma aluna de quinta série, enquanto observava um grupo da quarta série ensaiando para uma apresentação no dia das mães, evidencia essa compreensão: *"Eles fazem qualquer coisa para ficar fora da sala de aula. Nós não. Nós temos que estudar!"*. Os alunos de quarta série sentiam-se em atividade de aula, mas os alunos de quinta entendiam isso como não aula. A diferença entre os espaços de pátio e sala de aula é ainda enfatizada pelas solicitações para ter aula no pátio que poucas vezes são atendidas pelos professores de quinta série. O espaço fora da sala de aula passa a ser, para os alunos de quinta série, um lugar onde se encontram amigos. Ao solicitarem aula na rua, sentem-se mais à vontade para conversar e agir de forma mais espontânea.

Raramente os professores de quinta série organizavam atividades fora da sala de aula, prática que acontecia bastante na quarta. Os professores de geografia e ciências organizaram um passeio para os alunos de quinta série: um filme que integrava esses conteúdos. Comentavam que as crianças não aproveitaram nada do filme, só conversavam, comiam e passeavam como se tivessem ido ao *shopping*.

Afirmaram se arrepender de fazer atividades desse tipo: *"Tem que ficar em sala de aula mesmo!"*

"Quando a gente tiver cansado de um professor vem outro!"

Durante toda a quarta série, era bastante enfatizado pelos professores que a existência de períodos poderia ser um fator que dificultasse a organização dos alunos. Os alunos, entretanto, conseguiam ver pontos positivos e negativos nessa prática. Baseados em experiências pessoais ou de colegas, os alunos de quarta série diziam: *"Eu acho que eu não vou me acostumar. Por exemplo, se uma [professora] se chama de Carolina e a outra de Andréia. Eu vou acabar chamando a Andréia de Carolina. Tu vai versó!"* ou *"Não vai encher o saco. Quando a gente tiver cansado do professor vem outro. E se ele nos mandar para a direção a gente pode ficar mais tempo na rua. Vamos pro pátio brincar"*.

A troca de períodos, de uma forma geral, era vista como um desafio a ser enfrentado pelos alunos. Os professores preocupavam-se com a dificuldade de organização do material se os alunos saíssem da sala na troca de períodos e organizaram-se para que isso não acontecesse. Um professor esperava em sala até a chegada do seguinte. O espaço para respirar, esperado por alguns alunos, era reduzido. Uma forma de romper com a regra era pedir para beber água ou ir ao banheiro. Muitos autorizavam a saída e os alunos tinham seus minutinhos de folga. Era, também, aí que os alunos tinham espaço para emprestar, ou pedir emprestado, material para amigos das outras turmas.

A preocupação com saber os nomes dos professores foi rapidamente substituída por saber qual a matéria desenvolvida por esse professor. Surgiram então *"o soro [sic] de história"* e *"a sora de geografia"*. Os professores também escolhiam características dos alunos para identificá-los. Ao longo do ano, essa angústia foi diminuindo e os nomes foram sendo identificados.

"Ninguém merece!"

Essa frase foi ouvida na quarta e quinta série, dita por professores e alunos. O interessante foi perceber os diversos significados atribuídos a ela. Em alguns

momentos, aproximava os envolvidos no discurso, em outros, afastava-os. Julgamentos ou risos a circundavam.

Uma vez que essa frase chamou atenção foi quando a professora de quarta série, após ter tirado um aluno de sala de aula, disse com tom de *“não agüento mais estar aqui”*. O aluno havia desrespeitado sua ordem e *“ninguém merece”* aturar alunos que não seguem combinações. O aluno chegou a retrucar que *“ninguém merece é ser injustiçado”*, mas essa fala não foi valorizada por colegas e pela professora.

Na segunda semana de aula da quinta série essa frase voltou a aparecer. A vice-diretora estava ocupando um período de matemática (já que a escola não tinha ainda professora responsável por essa matéria). No início do período, percebeu que os alunos não paravam de conversar e disse que não iria aturar se os alunos tivessem a mesma atitude que tiveram na aula anterior (quando gritavam para ela sair de sala). Afirmou que tinha conversado com a diretora e que chegaram à conclusão que *“ninguém merece”* passar por aquilo novamente.

Essa mesma frase também apareceu assumindo outros significados. Num outro momento, uma professora vinha rodeada de alunos no corredor entre a sala de aula e a sala dos professores. Conversavam sobre namorados e estratégias das meninas para saber o que os meninos andavam fazendo. Quando uma aluna estava quase *“dependurada”* no pescoço da professora, para falar ao seu ouvido, essa, sorrindo, disse: *“Ninguém merece!”*. Alunos e professora riram e continuaram conversando até a porta da sala dos professores.

Numa outra oportunidade, uma aluna utilizou a mesma frase: a professora tentava fazer um grupo de alunos parar de conversar e se envolver com a atividade proposta. Após várias tentativas a menina disse: *“Ninguém merece, né sora!”*.

“Não acho que tu estás mostrando que tens condições de ir pra quinta”

No final do ano, as professoras de quarta série mostravam-se preocupadas em preparar os alunos para a série seguinte. Elas apresentavam a quinta como uma série na qual os alunos seriam bastante cobrados por professores menos tolerantes e mais distantes do que elas. A preocupação estava em desenvolver os conteúdos considerados pré-requisitos para frequentar

a quinta. A forma de verificação mais utilizada era a prova - mesmo a denominando *“trabalhinho”* -, prática que se disseminaria na quinta série. Uma professora verbalizou: *“Eu tenho um horror de coisas para corrigir! Tive que verificar como eles estão no conteúdo em função da quinta série”*.

Outra preocupação era preparar os alunos para acompanhar os ritmos dos diversos professores. Conversavam que teriam que estar preparados para entrar no ritmo de cada um – salientando que, no geral, seria mais rápido do que o da quarta série. O segundo semestre da quarta série pareceu ser fundamental para a preparação para a série seguinte. Qualquer aluno que não parecesse comprometido com as atividades acabava ouvindo frases do tipo: *“Não acho que tu estás mostrando que tens condições de ir pra quinta”*.

“Agora a professora é como uma mãe!”

A partir dos inúmeros cuidados e alertas em relação à nova organização do ensino, os alunos acabam construindo a visão de que *“Agora a professora é como uma mãe. E depois não vai mais ser assim”*. Já começam a se preparar para lidar com professores que não estarão disponíveis para eles. Os professores de quinta série confirmam esse discurso por meio de colocações como: *“Essa é uma grande diferença na quinta. Nós não temos tempo de sentar do lado de cada aluno para ajudá-los a fazer a atividade. Eles têm que ir sozinhos”*.

Muitos professores enfatizavam que *“Aula não é lazer, é obrigação!”*. Indicavam que o espaço de sala de aula é o lugar onde os alunos devem estar disponíveis para aprender e não se envolver com conversas com os colegas sobre assuntos que não se relacionam diretamente com o que está sendo estudado. As professoras de quarta série muitas vezes perguntavam sobre as vidas particulares dos alunos, prática que aconteceu raramente na quinta série. Essa alteração nas práticas acaba tornando verdadeira a frase dita por professoras de quinta série: *“O que é probleminha na quarta dobra de tamanho na quinta”*.

A diferença de expectativa entre esses dois grupos de professores faz com que os professores de quinta cobrem um maior comprometimento dos alunos. Isso dá a impressão de confirmar as colocações de que os professores de quinta série seriam mais

exigentes. Com objetivos diferentes, os professores percebem-se lidando com um grupo imaturo, não preparado para a série. Frases como: *“Tu dá uma virada para o quadro e dali a pouco tem um grupo batendo figurinha!”* e *“Eles são muito pequenos, e nós com outra cabeça querendo ir mais longe”* demonstram que os professores não sentem que suas aulas prendem a atenção dos alunos ou não se sentem valorizados por eles.

“Ele está sempre fazendo isso. Sempre matando aula, sora!”

Um maior sentimento de liberdade, vivido pelos alunos no espaço escolar, acaba invadindo a sala de aula. Os alunos sugerem alterações para os professores e correm o risco de não serem atendidos. Já na primeira semana de aula, essas práticas podiam ser percebidas. Durante o segundo dia de aula de português, alguns alunos foram até a professora, dizendo: *“Sora, espera! Não começa a aula ainda que faltam muitos colegas. Não escreve nada ainda!”*. A professora os tranquilizou afirmando que daria tempo para os colegas chegarem, mas que eles já deveriam ir abrindo seu material e se organizando.

O espaço fora da aula parece ser mais valorizado pelos alunos da quinta série. Sentindo-se com maior autonomia, os alunos sentem-se, inclusive, com a possibilidade de optar por esse novo espaço. Surge a possibilidade de “matar” as aulas que não são consideradas importantes pelos alunos, como demonstra a situação a seguir. No final do terceiro período, um aluno (A) começa a guardar seu material e a professora (P) pergunta: P: *O que é isso, não tem mais aula?* A: *Tem, mas de artes e inglês. Eu vou embora.* P: *Mas é importante que tu fiques, são matérias como as outras.* A: *É muito chato, vou sair.* Outro colega: *Ele está sempre fazendo isso, sempre matando aula, sora. Nem liga!*

“Soro, vale nota?”

No meio do primeiro semestre da quinta série, os períodos ainda eram fator de preocupação para os alunos. Existia uma tensão para conseguir terminar as atividades no tempo previsto pelo professor. A partir do momento em que os alunos sentiram-se capazes de dar conta da atividade no tempo estabelecido, come-

çaram a dirigir sua atenção para a negociação dos aspectos a serem avaliados. Preocupavam-se com as notas de provas e trabalhos, como indicado na situação que segue.

Os alunos completavam um questionário. Faltando 15 minutos para o final do período, uma aluna perguntou: A: *E se eu não conseguir acabar hoje?* P: *Tem que acabar hoje.* A: *Vale nota?* P: (Confirmou, com a cabeça, que sim); A: *Muito? Quanto? Cinquenta? Dez?* P: *Não. Vale cinco – um ponto para cada questão.* A: *Porque não vale dez? Dois pontos para cada.* P: *Não. Estou reservando mais pontos para uma surpresinha para vocês.* A: *É prova, né?* P: (Confirmou que sim). A: *Soro, o senhor costuma fazer prova surpresa?* P: *Não.* A: *Óbvio, se um trabalhinho assim já é difícil, imagina se ele faz prova sem avisar!*

“Os pais abandonam os filhos nesse momento importante!”

Os pais, mesmo preocupados em acompanhar os alunos sem ter um professor como referência, preparavam-se para dar mais autonomia para os filhos quanto à vida escolar. É esperado que pais de filhos pré-adolescentes ajam diferentemente do que pais de crianças menores. Há uma preocupação dos pais em não invadir a vida de seus filhos, que começam a tomar conta de si. As práticas da escola, ao mesmo tempo em que valorizam essa atitude, passam a mensagem de que gostariam de ter os pais mais presentes na escola. Os pais mostram-se com vontade de participar da vida dos filhos, mas percebem que atrapalham se ficarem muito presentes na escola. Acabam se afastando, o que não quer dizer que se distanciem dos filhos.

Até a quarta série, os pais eram considerados colaboradores ativos na aprendizagem dos alunos. Seguidamente, reuniões de pais eram convocadas e era solicitada a ajuda dos pais na educação dos filhos. A fala da professora de quarta série, num desses encontros, ilustra essa parceria: *“Gostaria de solicitar a ajuda de vocês nos temas que tenho passado para seus filhos. Não é uma ajuda igual a que se dava na primeira série, mas eles estão precisando da supervisão de vocês”*.

Essa supervisão, solicitada na quarta série, é vista de forma negativa pelos professores de quinta série. Nessa série, poucos professores enviam temas para casa,

preferindo realizar atividades em sala de aula. A colocação de que *“os pais acabam fazendo os temas pelos alunos”* indica que o que antes poderia ser visto como ajuda agora atrapalha o crescimento do aluno. Os pais são convidados a assumirem um novo papel na aprendizagem dos filhos. A parceria dos pais aparece, na quinta série, quando são convocados a comparecerem para receber o boletim e entender os motivos que justificam as notas de seu filho.

Os pais, no início do ano, tentavam encontrar uma forma de acompanhar seus filhos ao mesmo tempo em que tentavam permitir que esses se aventurassem no mundo da aprendizagem com maior autonomia. O que definia esses limites, na maioria das vezes, era o relacionamento entre pais e professores. Alguns pais tentavam vir conversar com professores e normalmente eram atendidos. Se os pais queriam informações sobre as opções metodológicas do professor, isso era explicado. Porém, se os pais vinham justificar alguma atitude do aluno (como esquecer um tema ou trabalho), o professor ouvia a justificativa e dizia que iria retomar com o aluno. O que antes era resolvido somente entre professor e pai, agora passa a ter o aluno como personagem principal. Não basta o pai avisar que está ciente, o aluno precisa assumir a responsabilidade por seus atos. Dessa forma, quando os pais percebiam que sua ida na escola não iria resolver o problema, diziam para os filhos retomarem diretamente com os professores, justificando e assumindo seus atos, e acabavam saindo de cena.

Em diversas reuniões de professores se ouviam frases como *“A família abandona o aluno nesse momento difícil”*, indicando que os professores esperavam alguma atitude dos pais. Porém os pais não estão tão despreocupados com seus filhos. A fala de uma mãe *“Agora minha filha está na quinta série! Tens que ver como ela está preparada para essa série. Está superbem adaptada!”* pode indicar que os pais acompanham os filhos, porém, ao sentirem que os professores querem estimular uma maior autonomia, tentam fazer esse acompanhamento à distância, afastando-se do contato com o professor.

Discussão

Por meio dessas frases acessamos alguns aspectos da complexidade do cotidiano escolar.

Segundo Morin (2004), a origem epistemológica da palavra complexidade diz respeito *“ao que é tecido junto”*. Portanto existe complexidade *“quando os componentes que constituem um todo são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo e entre o todo e as partes”* (p.14).

Ao entrar na quinta série, o espaço escolar assume vários significados. A troca de períodos, os pais não sendo os responsáveis pelo aproveitamento dos filhos, e, conseqüentemente, uma maior apropriação do processo de aprendizagem pelos alunos são algumas alterações que compõem esse momento escolar. Essas mudanças se refletem nas práticas compondo novas exigências e novos desafios.

A quinta série não é necessariamente uma série mais difícil, mas uma série na qual alunos e pais são desafiados a corresponderem com expectativas diferentes. O convívio entre alunos e professores com formação específica gera um campo de estranhamento e criação que logo é compreendido e vivenciado pelos personagens da passagem como um campo de desafio e crescimento.

Uma primeira mudança necessária diz respeito aos sentimentos que se relacionam à quinta série. A experiência de dividir o conhecimento em áreas de ensino gera a sensação de que a quinta série exige mais dos alunos e que é preciso um empenho muito maior para superá-la. Os alunos percebem que a brincadeira fica do lado de fora da sala de aula e que o envolvimento e interesse pelo estudo são cobrados como obrigação.

Os sentimentos com relação à escola e à sala de aula passam a ser diferentes. Estuda-se na sala de aula e se brinca fora dela. Na escola, além de se ter aulas, surge o espaço para amigos, namoros e brincadeiras sem a supervisão de um professor. Mudam as relações de poder. Sem o professor em sala de aula é possível criar outras regras de convivência entre os colegas. Os alunos tomam conta de territórios antes inexistentes para eles (como o corredor na hora de troca de períodos).

Os alunos, que sempre puderam perceber pontos positivos e negativos com relação a ter vários professores, percebem que a relação com eles não é tão complicada assim. Os professores procuram desenvolver um determinado conteúdo, e a relação se dá por meio dele. Isso fica mais evidenciado pelo fato de que o professor tem seu nome substituído pela matéria que ministra (sora de matemática, soro de história).

Leonço (1997) afirma que a vida dos adolescentes na quinta série é uma gangorra oscilante, devido às mudanças de atitudes; a experimentação de alterações de humor e o contato com diferentes professores permitem ao aluno construir novas formas de relação com o conhecimento, sentindo-se responsável por sua ação. Com esse movimento, surge “um sujeito que, pelo menos afetivamente, já começa a demonstrar ‘reformulações’ diante do seu grupo familiar e escolar” (p.294).

No grupo de professores se identificam concepções diferentes de aprendizagem ao compararmos o grupo responsável pela quarta série com o grupo responsável pela quinta. Contradições entre os professores sobre como o aluno deve agir capacitam o aluno a encontrar recursos em si para atingir os diferentes objetivos propostos pelos professores. Recursos pessoais que refletem nas atitudes dos pais e dos professores. A professora facilita o acesso ao conteúdo, exige que o aluno compreenda o que está sendo discutido ou estimula a criação, porém não age como a cuidadora do processo. A principal responsabilidade do grupo de professores é com o ensino. O aluno já deve possuir uma forma de estudar que permita a aprendizagem (com ou sem o auxílio dos pais).

Medos e angústias que os alunos de quarta série constroem sobre a quinta se alteram no momento em que se dão conta que poderão encontrar formas de viver nessa nova organização escolar. Para os alunos o ingresso na quinta série não configura uma ruptura. Muitos aspectos permanecem iguais e os que mudam são percebidos como esperados e naturais desse momento de escolaridade. Eles citam duas alterações principais: a forma de avaliação e a comparação entre as turmas de quinta série.

A avaliação em grupo (sistemática até a quarta série) perde seu espaço. Há uma preferência por provas (orais ou escritas) que permitem ao professor acompanhar o desenvolvimento de cada aluno. Como não é possível sentar ao lado de cada aluno para ver o que estão aprendendo, a prova permite ao professor saber que pontos retomar e como agir com eles, em particular. O fato de os professores compararem as turmas (por circularem nas três turmas observadas) gerava nos alunos um sentimento de injustiça. Apesar de o professor avaliar individualmente os alunos, na execução da aula, o ritmo era determinado pelo grupo.

Os professores insistiam que os alunos deveriam se responsabilizar por seus estudos, suas notas e seus trabalhos. Esse espaço de autonomia gera tanto a preocupação com a nota quanto a possibilidade de matar as aulas que não despertam interesse.

Essas reformulações podem indicar a necessidade de contato entre professor e pais. A possibilidade dos alunos assumirem as responsabilidades por seus atos pode desencadear um processo no qual os alunos decidem sozinhos que atitudes terão na escola. Assim, os pais não ficam sabendo o que está acontecendo e os professores ficam sem apoio frente às atitudes que estão adotando. Isso desencadeia uma busca por apoio simultaneamente em paradoxo com a mensagem de autonomia dada fortemente pela escola.

Com relação aos pais não foi percebido um movimento de abandono dos filhos, e sim a constituição de um espaço possibilitador de crescimento, de experimentação do novo. Os pais assumem um espaço diferenciado, cuidando do desenvolvimento global do filho. Os papéis de pais e professores ficam mais evidenciados e essa alteração modifica as relações entre estes e os alunos.

Conclusão

A visibilização de algumas faces do poliedro que compõe a vida escolar de uma instituição específica nos indica que a ruptura entre a quarta e a quinta série, na prática, não é tão evidente assim. Os professores mudam (e talvez daí venha a sensação de perder o controle), constituem um campo mais heterogêneo que se intercala diante dos alunos. Os pais perdem o espaço que vinham assumindo com relação à escola e encontram outras formas de acompanhar seus filhos. Os alunos percebem-se com maior autonomia para encontrar recursos pessoais a fim de corresponder às expectativas de seus professores, pais e amigos.

Sem pretender qualquer generalização, os resultados aqui descritos se referem a uma realidade bem específica, recortada e delimitada, por se tratar de uma pesquisa qualitativa. Todavia os aspectos levantados, trazendo à tona alguns elementos que marcam a passagem da quarta para a quinta série - que costumam ficar tão invisível, tão acomodados em meio ao turbilhão

de eventos que acontecem na escola - e traçando alguns registros sobre as marcas que se imprimem nos alunos e, por meio e a partir destes, em seus professores e pais, parecem ser um instrumento valioso para descortinar algo dessa massa quase invisível que concorre para formar a subjetividade dos protagonistas do processo escolar.

Mais uma vez constatam-se a riqueza e a complexidade da escola, sua importância como um dos principais agentes do processo civilizatório e de como são infundáveis as problematizações que podem ser feitas sobre esse campo, trazendo sempre renovadas e insuspeitadas possibilidades de análise e investigação.

Referências

- Bossa, R. (2000). *A Passagem da quarta para a quinta série do ensino fundamental na percepção do aluno, de seus pais e de seus professores*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade São Marcos, São Paulo.
- Eizirik, M. (1997). Ética e cuidado de si: movimentos da subjetividade. *Educação, Subjetividade e Poder*, 4 (4), 36-43.
- Eizirik, M. (2001). *Educação e escola: a aventura institucional*. Porto Alegre: AGE.
- Foucault, M. (2003). *Ditos e escritos: estratégia, poder-saber* (Vol. 4, pp.338-340). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Leite, S. (1993). A passagem para a quinta série: um projeto de intervenção. *Caderno de Pesquisa*, 84, 31-42.
- Leonço, V. C. (1997). Séries Intermediárias: o aluno em transição. *Ciências e Letras*, 20, 291-298.
- Morin, E. (2004). *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento* (9a ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Neves, M., & Almeida, S. (1996). O fracasso escolar na quinta série, na perspectiva de alunos repetentes, seus pais e professores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 12 (2), 147-156.
- Rangel, Z. A. (2001). *O processo de transição da unidocência para a pluridocência em classes de quarta para a quinta série do ensino fundamental: olhando a realidade e apontando caminhos*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Rosa, D., & Proença, E. (2003). A passagem da quarta para a quinta série: rupturas no sistema educativo e possibilidades de intervenção. In Maraschin; Freitas & Carvalho (Orgs.), *Psicologia e Educação: multiversos sentidos, olhares e experiências* (pp.213-224). Porto Alegre: UFRGS.
- Taylor, S. J., & Rogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

Recebido em: 24/1/2005

Versão final reapresentada em: 1/9/2005

Aprovado em: 18/10/2005

A violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar¹

Domestic violence and the interdisciplinary comprehension challenge

Anamaria Silva **NEVES**²

Geraldo **ROMANELLI**³

Resumo

O presente artigo pretende tecer uma reflexão teórica acerca da temática família, especificamente a família que apresenta a violência doméstica, com a violência física de pais e mães contra filhos. Apoiamo-nos na leitura psicodinâmica e em conceitos da Antropologia para a compreensão da amplitude que os conceitos família e violência adquirem na análise das organizações familiares. Ao recorrer a áreas distintas do conhecimento, construímos um saber dinâmico, enriquecedor e que amplia o campo de abordagem do objeto de estudo. A interdisciplinaridade edifica um arranjo teórico questionador, complementar e complexo que faz do pesquisador um elo fundamental entre a teoria, a crítica e a análise da pesquisa.

Palavras-chave: interdisciplinaridade; família; violência doméstica.

Abstract

The present research intends a theoretical reflection about the family theme, specifically in regards to the family in which domestic violence occurs with physical violence of fathers and mothers towards their children. We support our study on the psychodynamic reading and anthropological notions to comprehend the scope of family concepts and violence acquired in the family organizations analysis. Distinct areas of knowledge have composed a dynamic and rich comprehension, which broadens the approach of the object to be studied. Interdisciplinary edifies a theoretic, complementary and complex arrangement that makes the researcher a fundamental link among theory, critic and research analysis.

Key words: *Interdisciplinarity; family; domestic violence.*

As histórias de Graciliano Ramos (2000), escritas no livro de memórias *Infância*, versam sobre as descobertas do seu mundo infantil. O imaginário e as fantasias imperam sobre a realidade hostil de um

mundo misterioso e excludente. As dolorosas vivências do autor revelam não somente o espaço individual e subjetivo da infância: submergimos nas profundezas da organização familiar representada com maestria pelo

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da tese de A.S. NEVES, intitulada "A violência física de pais e mães contra filhos: cenário, história e subjetividades". Universidade de São Paulo, 2005.

² Professora Doutora, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia. Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Campus Umuarama, 38400-920, Uberlândia, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.S. NEVES. E-mail: <anamaria@umuarama.ufu.br>.

³ Professor Doutor, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

autor ao caracterizar os personagens, as cenas e os afetos circundantes. Partimos da escrita refinada e essencialmente humana de Graciliano para caminhar pelo mundo científico que teoriza a família e suas estratégias de organização.

O literário abre-alas das versões de sofrimento e de angústia da infância serve como inspiração para as histórias ouvidas e interpretadas neste estudo. Histórias singulares mas que refletem fenômenos da *subjetividade*, comuns ao desenvolvimento humano e à organização familiar. A família é o *cenário* das versões controversas sobre amor e agressão, confiança e abuso, respeito e invasão, legitimadas em *histórias* de vida protagonizadas por personagens oriundos das camadas populares da sociedade ao longo das gerações. As histórias das famílias apelam para as reminiscências das dores sentidas, e as lembranças evocadas não se limitam às interlocuções do sujeito consigo mesmo, mas incluem as versões compostas pelas gerações que o antecederam.

A Antropologia, que propõe “o estudo do homem inteiro”, leva em consideração as diferentes dimensões do ser humano que vive em sociedade, é “a ciência do homem por excelência e envolve a todos nós” (Laplantine, 1988, p.33).

A reflexão do homem sobre o homem, a natureza que o cerca e a sociedade da qual ele faz parte são antigas, mas apenas no final do século XVIII, segundo Laplantine (1988), um saber científico começa a despontar, fundando a “ciência do homem”, a Antropologia. O homem passa a ser objeto de conhecimento, e o “espírito científico” antes aplicado pela Física ou pela Biologia passa a ser aplicado ao próprio homem. O homem, sujeito que se apropria do conhecimento, passa a ser objeto de estudo da ciência.

O autor distingue cinco áreas principais da Antropologia, que, apesar de distintas, mantêm estreita relação entre si: a Antropologia Biológica, a Antropologia Pré-histórica, a Antropologia Lingüística, a Antropologia Social e Cultural (ou Etnologia) e a Antropologia Psicológica. Essa última com ênfase na compreensão dos comportamentos conscientes e inconscientes do ser humano com vistas à apreensão da totalidade do sujeito, confirmando que a dimensão psicológica permanece indissociável do campo de estudo da Antropologia.

A Psicanálise, com Freud, descobre o inconsciente como expressão manifesta do *pathos*, e assim ela nasce e se desenvolve a partir da investigação do psiquismo e inerente à noção de Psicopatologia. O fenômeno do sofrimento humano, sob a perspectiva do sofrimento psíquico, alicerça-se na Psicopatologia Fundamental, termo criado há mais de vinte anos pelo psicanalista francês Pierre Fédida. Em contraste com a Psicopatologia Geral, a Psicopatologia Fundamental se interessa pelo sofrimento singular e pela forma como ele se apresenta constituindo um sujeito - assujeitado pelo *pathos*. *Pathos*, que além de significar sofrimento, origina ainda as palavras paixão e passividade. O *pathos* passa pelo corpo mas vem de fora, fazendo-o padecer (Berlinck, 2000).

O desafio do estudo interdisciplinar que ora se apresenta inclui a compreensão dos aspectos sociais e a produção de subjetividade dos sujeitos, das famílias e das diferentes gerações das famílias que convivem com a violência doméstica praticada por pais e mães contra seus filhos. Séve (1989, p.448) relembra um trecho de Marx, extraído de *Correspondance*: “a história social dos homens nunca é senão a história de seu desenvolvimento individual”. Segundo Séve, as inquietações que movem a ciência, a pesquisa e os confrontos teóricos têm aproximado a Psicanálise dos preceitos marxistas e, nesse sentido, acoplamos ao discurso marxista a fala freudiana de 1921, do texto *Psicologia de Grupo e a Análise do Ego*, que afirma: “temos que concluir que a psicologia dos grupos é a mais antiga psicologia humana” (Freud, 1976, p.156). Marx que pensa o indivíduo e Freud que assimila o grupo. Pretensões visíveis e anseios inerentes ao entendimento clínico e comunitário permitem transparecer o quanto a interdisciplinaridade é fonte de pesquisa inerente ao conhecimento produzido nas ciências humanas.

Família: conceitos e arranjos

Muitas vezes pressenti, em minhas insônias do mundo inteiro, que eu também arrasto a condenação daquela casa mítica num mundo feliz onde morríamos todas as noites. G.G. Márquez. Viver para contar.

Na autobiografia do escritor colombiano Gabriel García Márquez, de 75 anos, a casa referida é aquela na qual ele passou a sua infância com a avó, as tias religiosas

e os homens contadores de histórias de guerra, casa onde cada santo tinha um quarto e cada quarto tinha um morto. Os cenários que acolhem os diferentes modelos familiares e que arrastam infinitas histórias e dramas na vida dos sujeitos de toda a humanidade refletem as características oscilantes que a família engloba.

A exemplo do que vinha ocorrendo na década de 1970, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela redução relativa do modelo tradicional de família nuclear (constituída por marido, esposa e filhos) e pelo aumento proporcional do número de famílias chefiadas por mulheres e por unidades domésticas unipessoais. A evolução dos diferentes tipos de unidades domésticas mostra a significativa redução do tamanho das famílias, com número médio menor de pessoas e de filhos (BGE, 2001).

As relações atualmente conhecidas que unem rede de parentesco, unidade doméstica/residencial e grupo conjugal tiveram estruturas diferenciadas nas diversas sociedades e em momentos históricos específicos (Bruschini, 1997), confirmando que a mutabilidade e a não-naturalidade são especificidades do estudo da família.

A família é uma unidade dinâmica, um grupo social, um espaço de convivência fundamental ao desenvolvimento dos seus membros; contudo possui características e funções próprias, que são historicamente questionadas e redefinidas. A família não comporta uma definição unívoca, primordialmente centrada em parâmetros excludentes. É justamente o saber produzido por diversas disciplinas que auxilia a pensar o conceito e o significado contextualizado do substantivo família.

A família é um grupo primordial no âmbito do desenvolvimento de sujeitos psíquicos singulares, bem como na formação ideológica dos cidadãos que a compõem. Ideologia que, de acordo com Guareschi (1999), tanto serve para sustentar relações justas e éticas como serve para alimentar relações assimétricas, de dominação.

A amplitude do conceito de família nos impele à busca de recortes que delimitem os horizontes de discussão. A definição de Osório (1996, p.16) clareia e, concomitantemente, apresenta elementos introdutórios sobre as variáveis que envolvem a conceituação:

Família é a unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais-aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consangüinidade (irmãos) - e que, a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.

A origem etimológica da palavra família denota conotações instigantes quanto às suas derivações sociais. Família, do vocábulo latino *famulus*, significa servo ou escravo, do que se entende que primitivamente a família era considerada um conjunto de servos ou criados de uma pessoa. Dessa forma, as origens do termo traduzem as origens da tipologia relacional estabelecida, ou, como Osório (1996) repara, a raiz etimológica refere-se à natureza possessiva dos vínculos familiares entre os povos primitivos. O autor considera que as concepções de poder e posse estão vinculadas às origens da família e à sua constituição grupal.

Lasch (1991), em seu livro *Refúgio num mundo sem coração*, tenta recuperar os percalços da família no último século. O autor pontua que, com a selvageria crescente do mundo dos negócios e da política, o homem procura refúgio na família; entretanto ela aparece gradativamente mais frágil e incapaz de acolher esse sujeito carente. Afirma que a família contemporânea é produto da ação humana e do controle social e não de *forças* sociais abstratas. Lasch fala sobre a sociedade moderna e o controle social antes relegado às famílias ou aos indivíduos, afirmando que o Estado controla o corpo, o espírito e a vida privada dos sujeitos. Se alguns críticos apontaram Lasch como um admirador da família burguesa ou um nostálgico defensor da família patriarcal, entendemos que o autor imprime o diálogo crítico com a Antropologia, a Psicanálise e a Sociologia e, sem recorrer a versões ortodoxas sobre as relações familiares, promove um debate instigante, apontando a família como agente de socialização que reproduz padrões culturais no indivíduo.

Bourdieu (1996) apresenta a família como principal *sujeito* das estratégias de reprodução, não apenas biológica, mas reprodução das relações sociais. O autor diz que a família é produto do trabalho de instituição que tem como objetivo instituir, de forma adequada e

duradoura, em seus membros, sentimentos que assegurem a integração, condição de perpetuar a unidade familiar. A família precisa se afirmar como corpo que luta para existir mediante relações de força econômica e simbólica.

Se Lasch resgata aspectos catastróficos e pouco otimistas da família, com foco na família norte-americana, Bourdieu especifica ainda características de existência e estruturação da família atual. Romanelli (2003) retoma Bourdieu e acrescenta que na análise de estratégias é importante criar a dimensão da temporalidade, já que os integrantes da família percorrem as trajetórias de vida de forma diversa dos demais. A partir daí, a análise do ciclo de vida familiar permite acompanhar o movimento dos membros da família e as posições sociais que são ocupadas nesse processo.

A discussão aponta para a família como uma construção social, um grupo ativo na formação e transformação dos padrões culturais e afetivos. Biasoli-Alves e Simionato-Tozo (1998) ressaltam que a família, seja como conceito, seja como grupo primário, apresenta alterações ao longo dos diferentes momentos históricos e nas diversas culturas em que está inserida. A família, ao ser transformada, assimila, modifica e devolve à sociedade os elementos processados em seu interior que, por sua vez, os modifica. A diversidade dos arranjos familiares descritos nas diferentes culturas e em distintos períodos nos permite observar a importância da família na orientação dos filhos, em particular.

Na busca por definições de família, alguns autores recorrem ainda aos conteúdos míticos como referência primária. Osório (1996), focalizando a antropogênese, afirma que as mitologias, ao criar o homem, situam-no em condição relacional no seio familiar e, nesse sentido, resgata a versão mitológica greco-romana da criação do universo e dos seus habitantes.

A versão bíblica, com Eva e Adão e a expulsão do paraíso, representa, simbolicamente, o repúdio do pai aos filhos. Os irmãos Caim e Abel espelham a rivalidade entre os irmãos. O mito de Édipo, que envolve a punição, a culpa, o desejo e o emaranhado afetivo, amplia a compreensão do ciclo afetivo da vida familiar. As propriedades da família conferem-lhe, mitologicamente, a condição de reduto do nascimento do relacionamento

humano. Relação que, de acordo com Guareschi (1999), é definida pela existência das pessoas em relação a outras, ordenação que se faz intrínseca, ou, em latim, *ordo ad aliquid*. A família, originária das relações humanas, é entendida como grupo primordial.

Familiar, familiarizado, em família, da família e de família são conotações dispersas de um lugar simbolicamente definido, um reduto onde se encenam romances trágicos, dramáticos, aventureiros, felizes e contraditórios, com personagens amados e odiados, simultaneamente, no reduto do composto familiar. Se a família se constitui uma representação, é também um grupo de convivência que se organiza de acordo com diferentes arranjos e se apresenta em distintas versões. Faz-se mister a evocação dos *cenários* que não apenas a historicizam, mas que a compõem: a casa, a domesticidade, a intimidade e a produção da violência doméstica nessa conjunção.

Violência doméstica: o desafio da compreensão

Pensar a violência implica considerar as bases e o desenvolvimento histórico que determinam as formas que ela assume ao longo da organização das sociedades. Raggio (1992), psicanalista, propõe “concentrar nossa atenção no bosque antes que nas folhas” (p.26). O autor explica que o ser humano necessita da agressividade para viver, mas a violência institucional e sistemática é um fenômeno que nasce com as sociedades de classe e penetra no processo de exploração do homem pelo homem por meio de mecanismos de repressão. Raggio argumenta que a ordem capitalista reproduz a violência assim como reproduz o capital e, para isso, reproduz sujeitos ideologicamente violentos que, por fim, produzem e consomem a violência.

As raízes histórico-sociais da violência, *o bosque*, e o inconsciente individual, *as folhas*, formado por fantasias edípicas, desejos e alicerçado por um superego de características variantes são processos inerentes ao sujeito social. A análise do sujeito e a análise da família consistem em inserirmos a discussão do homem como um sujeito em que a história e a violência imprimiram suas marcas.

A prerrogativa de que o tema violência doméstica está relacionado à violência geral que impera na

nossa sociedade foi um dos eixos principais na determinação da condução teórica a ser seguida. A pesquisa bibliográfica demonstrou como a questão da violência se faz presente nas variadas áreas do conhecimento - História, Sociologia, Antropologia, Economia, Psicologia - e, via de regra, sustenta propostas plausíveis que norteiam as discussões e embasam definições e reflexões sobre a especificidade da violência doméstica.

Enfatizemos a agressão. A palavra *agredidi*, de origem latina, significa abordar, avançar e, nesse sentido, o oposto da agressão não é paz ou amizade, mas o isolamento ou inexistência de qualquer tipo de contato. Segundo May (1972), quando a capacidade de se colocar no mundo diante do outro, de reivindicar posições, direitos - a exemplo do que ocorre com as minorias - e todas as formas de expressão se tornam inoperantes, a agressão emerge como forma de reação. O autor postula que há dois tipos básicos de agressão: a destrutiva e a construtiva. Ao explicar acerca da segunda, retoma as histórias de homens públicos para enfocar formas de direcionar aspectos agressivos do ser em prol de causas nobres como o abolicionismo. É importante frisar que a agressão construtiva inclui o confronto com o outro sem causar-lhe dano. Anthony Storr, citado por May (1972), compara o ato de lutar e o ato de fazer amor nos humanos e pontua que as brigas entre amantes terminam, com frequência, em relações sexuais, com uma estranha relação entre combatente e amante como componentes de uma mesma fábula. Para May é fundamental reiterar aspectos positivos da agressão e considerar que os aspectos negativos são expostos em demasia por causa da culpa e da ansiedade incrustadas nos ataques movidos contra o outro. O autor conclui que as atividades humanas mesclam formas positivas e negativas de agressão.

Quando a agressão se torna ineficaz, impera a *violência*, como explosão primária predominantemente física. A violência seria um caminho de descarga tensional na busca por um senso de significação do sujeito. Segundo Gerald Chrzanowski, citado por May (1972), a agressão está associada a um objeto ao qual é direcionada a fúria, por assim dizer. Na violência, a relação com o objeto é danificada.

A maneira como o sujeito é capaz de interpretar o mundo à sua volta parece decisiva na disposição para rivalizar com o outro. A violência seria, assim,

... uma organização dos poderes da pessoa a fim de provar o seu próprio poder, a fim de estabelecer o valor do eu ... mas ao unir os diferentes elementos do eu, omite a racionalidade (May, 1972, p.153).

O autor segue dizendo que violência e comunicação são excludentes e que quando uma pessoa tem um acesso de cólera a capacidade de fala é bloqueada e a energia é transferida para os músculos, no preparo primitivo para o ataque e a luta. Significa que foram desfeitas e desorganizadas as possibilidades de comunicação e entram em cena a agressão e a violência. A linguagem, quando utilizada para despertar emoções de origem agressiva das pessoas, pode ser tão violenta quanto a força física, de forma que a incapacidade de comunicar-se denuncia a deterioração dos vínculos entre as pessoas.

O tema dos *maus tratos* contra crianças e adolescentes, como uma questão social, é recente e atravessou diferentes níveis no último século. Apesar do progresso gradativo no estudo da violência ou maus tratos contra a criança, algumas questões permanecem. Explosões emocionais contra os que estão mais próximos e mais indefesos definem a *síndrome do pequeno poder*, em que o mais forte exerce o seu *pequeno poder* sobre um mais fraco (Guerra, 1998). A autora descreve como a violência doméstica, como violência intersubjetiva, consiste na violência interpessoal, com abuso do poder disciplinador, ocasionando um processo de vitimização e imposição de maus tratos.

Na cena da violência doméstica existem três formas de desempenhar o papel no enredo familiar: como vítima, ator e/ou testemunha (Koller, 2000). O autor da infração, o sujeito que transgride não somente as normas sociais mas invade a intimidade e a organização afetiva e corpórea do outro, utiliza-se da persuasão e do controle para manter o outro na condição de dominado e subjugado. O desafio é que a violência doméstica nem sempre é claramente identificável e a vítima, inerte, assujeitada, sofre mas tem dificuldade de encontrar alternativas de ajuda, seja pela ameaça sofrida, seja pela ausência de elementos norteadores de auxílio, como a escola, a creche e os vizinhos, no caso de crianças vitimizadas.

Belsky e Vondra (1989), em estudos sobre a etiologia dos maus tratos praticados por pais e mães contra as suas crianças, propõem um modelo de estudo

sobre os determinantes parentais, ou seja, eles criticam os modelos psiquiátricos e aqueles exclusivamente fundados em explicações do ambiente e sugerem um modelo geral dos determinantes do funcionamento parental. Sob essa perspectiva são consideradas as características individuais dos pais, das mães e dos filhos (personalidade parental e características das crianças), características sociais (o contexto que envolve as relações conjugais, a rede social, o trabalho), e, por fim, fatores circunstanciais (a pobreza, descontentamento com o emprego, ignorância sobre o desenvolvimento infantil). Cada elemento citado deve ser analisado com igualdade de prevalência, o que significa que para cada caso devem ser avaliados os elementos e as características que apresentam na família estudada.

Bringiotti (2000) postula que as definições sobre maus tratos infantis devem englobar tanto aspectos teóricos, como uma definição operacional, com vistas a facilitar a identificação do fenômeno. A autora seleciona a seguinte definição de maus tratos infantis:

Qualquer dano físico ou psicológico não acidental contra uma criança menor de dezesseis ou dezoito anos - segundo o regime de cada país - praticado por seus pais ou cuidadores e que ocorre como resultado de ações físicas, sexuais ou emocionais de omissão ou comissão e que ameaçam o desenvolvimento normal tanto físico quanto psicológico da criança (Bringiotti, 2000 apud Fuster e Ochoa, 1993, p.35, tradução nossa).

Guerra (1998) diferencia quatro tipos de violência doméstica:

a) *Violência sexual*: envolve atos hetero ou homossexuais entre o adulto e uma criança ou adolescente e tem por finalidade estimular sexualmente essa criança ou adolescente para obter estimulação sexual para si ou para outrem;

b) *Violência psicológica*: ocorre nas ocasiões em que o adulto ameaça e deprecia a criança provocando-lhe sofrimento mental;

c) *Negligência*: representa a falha ou omissão dos pais ou responsáveis em prover as satisfações físicas e emocionais dos filhos, desde que a falha não seja mero resultado das condições de vida que estão fora do seu domínio;

d) *Violência física*: a autora realiza um apanhado teórico e, em âmbito nacional, oferece um espectro que

inclui nomenclaturas como síndrome, violência, abuso-vitimização física.

A afirmação de que o cenário da violência doméstica é um desalento à crença na família que, em quatro paredes, se ama e se respeita não pretende excluir o afeto amoroso e incondicional. A intenção é ainda incluir uma outra realidade vigente nas famílias estudadas: a coexistência de investimento afetivo e a ruptura de vínculos ao longo das gerações.

A violência doméstica aparece em todas as camadas sociais em diferentes momentos históricos, mas nas camadas populares ela se torna pública em virtude da denúncia e do decorrente acompanhamento ou intervenção dos órgãos públicos. As camadas altas da sociedade mantêm o anonimato e *compram* a discricção através dos atendimentos particulares, quando o fazem.

O tema violência doméstica é contundente em dois âmbitos principais, desde sua definição, em que os limites que vão do *tapinha* ao espancamento são controversos, até os parâmetros éticos e pedagógicos sobre castigos e punições físicas, que agregam pesquisadores de diferentes influências. Quiçá existam outras formas de se pensar a violência física que incluam ainda o entendimento do uso do corpo, esse corpo violento que usurpa o lugar do outro mas que também tenta se aproximar do outro, marcar o outro e não apenas machucá-lo.

A interdisciplinaridade é buscada no sentido de revisitar as abrangências que delineiam a violência física sem a frenética compulsão da categorização do tipo de violência ou do atendimento à denúncia registrada nos prontuários das instituições de atenção à infância. Fica premente a reflexão sobre as estratégias familiares na educação dos filhos, estratégias que incluem há séculos a punição física. O olhar se ajusta sobre a família agressora denunciada que recebe atenção e análise sem rotulações reducionistas.

A interdisciplinaridade nos apresenta uma nova relação com o conhecimento e a construção coletiva do saber (Fazenda, 1998). Por disciplina, entende-se um ramo do saber, do conhecimento, que também está imerso numa noção de conduta, valores, de relacionamentos. Conforme Etges (1995), a verdadeira interdisciplinaridade possibilita mediação a comunicação entre os cientistas e a partir disso estabelece uma linguagem

comum entre diferentes campos. Não há o surgimento de uma nova teoria, mas a compreensão do que o outro faz, bem como a descoberta de novas estratégias tanto na própria ciência como na ciência do outro. A interdisciplinaridade não objetiva unificar as diversas ciências e sim levar à compreensão dessas de uma forma crítica e criativa.

É preciso desconstruir o conceito e pesquisar a família, o que implica questionar fórmulas prontas de análise e descobrir as sutilezas dos discursos dos personagens que compõem os agrupamentos familiares. A atenção e o investimento de pesquisadores sobre as organizações familiares alertam para a prevenção do abandono de crianças, da institucionalização infantil e do rompimento de relações afetivas desgastadas, mas, na maior parte dos episódios verificados, passíveis de serem reconstruídas e trabalhadas.

A Antropologia auxilia a compreender a família não como bem de consumo descartável, reposto por instituições secundárias às quais é delegado o papel da maternagem e educação básica, e sim como instituição primária, incondicionalmente importante na construção de identidades, valores, afetos e cidadania. Marcílio (1997) nos aviva a memória e lembra que o Brasil revela a cruel realidade de ter sido o último país a abandonar as Rodas dos Expostos – dispositivos utilizados no Brasil no período que vai do século XVIII até 1950, com o objetivo caritativo e religioso de abrigar crianças e recém-nascidos abandonados por seus familiares – referendando, na atualidade, a herança impregnada no movimento compulsivo da institucionalização como recurso imediato frente aos desajustes familiares.

Lembre-mos de autores como Becker (1998), que comenta a tragédia que envolve a ruptura dos vínculos familiares e pondera sobre as alternativas oficiais - como a concessão da guarda, tutela e adoção - como soluções cabíveis mas trágicas na história dos personagens envolvidos. Ou ainda Vicente (1998, p.54), ao postular que a institucionalização infantil tem gerado, historicamente, crianças analfabetas com falta de perspectivas de vida autônoma e independente:

As milhares de famílias sem terra, sem casa, sem trabalho, sem alimento enfrentam situações diárias que ameaçam não só seus corpos - território último do despossuído - mas, simultaneamente, seus vínculos e subjetividades.

Abordar a família, considerando as peculiaridades que o termo pressupõe, significa repensá-la na ordenação do passado, do presente e do futuro, numa perspectiva circular, estrutural, dialeticamente efetivada na relativização de parâmetros ditos universais. Por fim, nosso estudo qualifica a *subjetividade* e questões de cunho sociocultural e psicanalítico enquanto complementares na compreensão dos romances familiares.

Referências

- Becker, M. J. (1998). A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. In S. M. Kaloustian (Org.), *Família brasileira: a base de tudo* (pp.60-76). São Paulo: Cortez.
- Belsky, J., & Vondra, J. (1999). Lessons from child abuse: the determinants of parenting. In D. Cicchetti & V. Carlson, (Eds.), *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York: Cambridge University.
- Berlinck, M. T. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Biasoli-Alves, Z. M. M., & Simionato-Tozo, S. M. P. (1998). O cotidiano e as relações familiares em duas gerações. *Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia*, 8, 137-149.
- Bourdieu, P. (1996). *Razões práticas sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus.
- Bringiotti, M. I. (2000). *La escuela ante los niños maltratados* (pp.15-76). Buenos Aires: Paidós.
- Bruschini, C. (1997). Teoria crítica da família. In M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra (Orgs.), *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento* (2a ed., pp.49-79). São Paulo: Cortez.
- Etges, N. G. (1995). Ciência, interdisciplinaridade e educação. In A. P. Jantsch & L. Bianchetti (Orgs.), *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Vozes.
- Fazenda, I. C. (1998). *Didática e interdisciplinaridade*. Campinas: Papirus.
- Freud, S. (1976). *Psicologia de grupo e análise do ego* (pp.139-171). Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Guareschi, P. A. (1999). Relações comunitárias: relações de dominação. In R. H. F. Campos (Org.), *Psicologia social e comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes.
- Gerra, V. (1998). *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2001). *Síntese de indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Koller, S. H. (2000). *Violência doméstica: uma visão ecológica. Violência doméstica*. Brasília: Unicef.

- Lasch, C. (1991). *Refúgio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada?* Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Laplantine, F. (1988). *O campo e a abordagem antropológicas. Aprender antropologia* (pp.13-33). São Paulo: Brasiliense.
- Marcilio, M. L. (1997). A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil: 1726-1950. In M. C. Freitas (Org.), *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez.
- Márquez, G. G. (2003). *Viver para contar*. São Paulo: Record.
- May, R. (1972). *Poder e inocência: uma análise das fontes de violência*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Osório, L. C. (1996). *Família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Raggio, V. (1992). Concepção materialista da história, psicanálise e violência. In R. Amoretti (Org.), *Psicanálise e Violência: metapsicologia-clínica-cultura*. Petrópolis: Vozes.
- Ramos, G. (2000). *Infância*. São Paulo: Record.
- Romanelli, G. (2003). Questões teóricas e metodológicas nas pesquisas sobre família e escola. *Itinerários de pesquisa: perspectivas qualitativas em sociologia da educação* (pp.245-263). Rio de Janeiro: DP & A.
- Séve, L. (1989). A personalidade em gestação. In P. Silveira & B. Doray. *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Vértice.
- Vicente, C. M. (1998). O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In S. M. Kaloustian (Org.), *Família brasileira: a base de tudo* (pp.47-59). São Paulo: Cortez.

Recebido em: 12/9/2005

Versão final reapresentada em: 6/1/2006

Aprovado em: 19/6/2006

Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental

Therapeutic relationship scope and function in behaviorial therapy

Gasparina Louredo de Bessa **BRAGA**¹

Luc **VANDENBERGHE**²

Resumo

Durante muito tempo os efeitos da terapia comportamental foram atribuídos à correta aplicação de técnicas para tratamento de transtornos específicos, sendo colocada em segundo plano a relação entre cliente e terapeuta. Tendências mais recentes vêm enfatizando as implicações diretas dos aspectos interpessoais do contexto terapêutico para a eficácia da terapia. Este trabalho propõe algumas reflexões práticas que permitem discutir o papel da relação terapêutica em duas funções básicas: como facilitadora da intervenção e como instrumento terapêutico em si. É proposta uma compreensão do relacionamento curativo como uma via de mão dupla na qual o terapeuta influencia o cliente por meio do impacto que o cliente tem sobre ele. É um tipo de relação da qual nem cliente nem terapeuta pode sair sem ser transformado.

Palavras-chave: psicoterapia analítica; terapeuta; terapia comportamental.

Abstract

The behavioral therapy results had been attributed for a long time to the right application of its techniques, giving sparse attention to the client-therapist relationship. More recent tendencies have emphasized that interpersonal aspects of the therapeutic context directly affect the therapy outcome. The present paper, reflecting on clinical practice, discusses two basic functions of the therapeutic relation : as a intervention and a therapeutic instrument itself. The curative relationship is analyzed as a two-way road where the therapist influences the client through the impact the client has on the therapist. Neither client nor therapist passes through this experience without being transformed.

Key words: *analytical psychotherapy; therapist; behavior therapy.*

Existe um entendimento do processo terapêutico como um conjunto deliberado de intervenções do terapeuta, sendo o resultado da terapia dependente das suas habilidades, e os fatores relevantes nesse processo a escolha correta das técnicas e o treino do terapeuta no

seu manejo. Silveira e Kerbauy (2000) apontam que tal pressuposto levou uma geração de terapeutas comportamentais a referirem a si próprios com expressões do tipo 'engenheiros comportamentais', indicando uma atitude profissional estreitamente mecanicista.

▼▼▼▼▼

¹ Psicóloga, Consultório particular. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: <euligab@ig.com.br>.

² Professor Doutor, Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Universidade Católica de Goiás. Av. Universitária, 1410, St. Universitário, 74000-000, Goiânia, GO, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L. VANDENBERGHE. E-mail: <luc.vandenberghe@gmail.com>.

Terapia versus técnica

Um dos momentos mais importantes no desenvolvimento da pesquisa empírica sobre a psicoterapia foi um artigo de Eysenck (1952) que documentou que simplesmente não havia indicações da eficácia dos tratamentos da época. Como eram derivados de teorias sem garantias de objetividade e na ausência de experimentos necessários para se obter resultados fidedignos, esse autor propôs uma alternativa às terapias, baseada no conhecimento científico em Psicologia.

Eysenck (1959) delineou duas vias de tratamento: procedimentos de extinção e processos de treinamento, e, para diferenciá-las das psicoterapias, as denominou de terapia comportamental. Atribuiu pouca importância para a relação interpessoal entre cliente e terapeuta. O psicólogo necessitava apenas ter habilidades para planejar e executar um programa comportamental. As teorias sobre a relação terapêutica não eram organizadas em postulados verificáveis e podiam ser desconsideradas. Com essas idéias de Eysenck, as décadas de 50 e 60, anos do pioneirismo da terapia comportamental clássica, constituem o auge do pensamento mecanicista no seio do movimento.

A partir da década de 70, procedimentos estatísticos sofisticados foram desenvolvidos visando esclarecer a eficácia das técnicas. Demonstraram uma equiparidade entre os métodos psicoterápicos mais diversos e freqüentemente também com tratamentos placebo (Luborsky et al., 2002). Esses dados apontaram que as técnicas não eram os únicos fatores relevantes e que havia necessidade de uma discussão acerca de outros fatores que interferem no processo terapêutico. Enquanto o estudo empírico dos fatores específicos (definidos como ações intencionais do terapeuta, a aplicação de procedimentos visando mudanças definidas) não perdeu sua importância (Chambless & Ollendick, 2001), prestava-se cada vez mais atenção aos fatores inespecíficos, que são referentes a qualidades inerentes em uma relação humana construtiva, tais como auto-revelação mútua e aceitação. Essa evolução ficou conhecida como a 'virada relacional' na comunidade científica preocupada com questões empíricas referentes à eficácia da terapia (Norcross, 2002).

Eysenck (1994) evoluiu para um modelo de interação entre a aplicação de técnica e a relação

terapêutica. Ele defendeu a idéia de que as variáveis inespecíficas (contexto interpessoal comum a diferentes abordagens terapêuticas) interagem com as variáveis específicas (técnicas), levando ao êxito da terapia. A relação terapêutica pode providenciar um contexto que torna eficazes as intervenções específicas, por revesti-las de credibilidade ou por evocar atitudes colaborativas ou pró-terapêuticas no cliente.

Esse amadurecimento contextualista é um complemento enriquecedor para o mecanicismo original de Eysenck. É coerente com a visão comportamental que acredita que os problemas psicológicos não são causados por fatores subjacentes, mas que são respostas adquiridas por meio da inserção do indivíduo no seu contexto. Tal visão constitui o fundamento para a compreensão da relação terapeuta-cliente no processo de mudança terapêutica.

Enquanto na terapia comportamental clássica (neopavloviana com uma visão altamente mecanicista), a relação terapêutica recebeu pouca consideração, as terapias da segunda geração, conhecidas como as cognitivo-comportamentais, enfatizaram a necessidade de construir uma relação terapêutica de natureza colaborativa, uma vez que esse é o contexto mais propício a uma terapia produtiva (Shinohara, 2000). A posição típica da terapia cognitivo-comportamental ao propósito da relação terapêutica, em consonância com as idéias de Eysenck, considera a importância de uma relação terapêutica que otimize a eficácia das técnicas usadas.

A relação terapêutica em si

A primeira onda da terapia comportamental incorporou uma revolta contra o subjetivismo e a ineficácia da psicoterapia. A segunda onda, com sua valorização do ser humano racional, era uma tentativa de complementar o modelo da terapia comportamental clássica, ressentida como muito mecanicista, porém preservando os ganhos da atitude objetiva e o foco técnico da primeira geração.

A terapia comportamental da terceira geração, geralmente referida como Análise Clínica do Comportamento (Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993), tenta resgatar a subjetividade do cliente e do terapeuta no contexto da relação interpessoal que constitui o processo

psicoterapêutico. A *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP), desenvolvida por Kohlenberg e Tsai (1987), constitui-se uma proposta sistematizada do ponto de vista teórico e prático para análise da relação terapêutica. Tal proposta tornou-se um dos marcadores da Análise Clínica do Comportamento, colocando as variáveis acima chamadas de inespecíficas em primeiro plano no processo terapêutico. Essa abordagem supõe que o problema do cliente trazido para a terapia irá aparecer na relação terapêutica, podendo assim ser trabalhado ao vivo.

Os comportamentos ocorridos durante a sessão são classificados a fim de apontar classes funcionais constituídas dos problemas do cliente para facilitar a identificação de comportamentos clinicamente relevantes. Os comportamentos-alvo da psicoterapia são chamados de comportamentos clinicamente relevantes (CCR) e classificados da seguinte forma: CCR1 - comportamentos problemáticos que devem ser enfraquecidos ao longo da terapia uma vez que impossibilitam a ocorrência de repertórios efetivos; CCR2 - comportamentos que fazem parte do progresso do cliente ocorrido nas sessões de terapia, e que apresentam uma baixa probabilidade de ocorrerem no início do tratamento; CCR3 - interpretações que o próprio cliente faz de seu comportamento em relação ao terapeuta ou à situação terapêutica. Os CCR3 mais produtivos correspondem à aprendizagem da análise funcional pelo cliente.

O terapeuta observa CCR, constrói um ambiente terapêutico favorável à evocação de CCR, reforça os progressos, observa os efeitos potenciais do seu próprio comportamento em relação aos CCR do cliente e fornece interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente (Kohlenberg & Tsai, 2001). O terapeuta dessa abordagem escolhe táticas terapêuticas pelas contingências da relação suscitada entre ele (terapeuta) e seu cliente e não por sua orientação teórica, o que explica a integração de procedimentos oriundos de diferentes orientações teóricas.

Considerando que os comportamentos ocorrem devido às contingências de reforço experimentadas nos relacionamentos passados (de acordo com a história de aprendizagem do indivíduo), as mudanças terapêuticas também envolvem contingências de reforço que ocorrem no relacionamento entre o terapeuta e o

cliente. É enfatizada a relação entre contexto e sentido. O cliente, o terapeuta e a relação entre os dois só serão compreendidos a partir do seu contexto. Do mesmo modo que essa abordagem busca explicação dos problemas comportamentais nas relações entre o indivíduo que se comporta e o meio ambiente no qual está inserido, acredita-se que as condições para tratar tais problemas também estejam nessas relações.

O termo 'tratar' ganha assim um novo sentido, mais afastado do modelo médico. Pois, como ressalta Banaco (1997), não há porque chamar um comportamento de patológico se todo comportamento é selecionado e mantido pelas relações que o indivíduo estabelece com seu ambiente, assim sendo, a resposta é sempre adaptativa. É incompatível com essa posição teórica a normatividade da saúde mental já que não está dentro do indivíduo, mas entre ele e seu ambiente, a causa de seu comportamento. Porém, faz-se necessário entrar em contato com a subjetividade do cliente porque a análise de seus sentimentos possibilita ao terapeuta levantar hipóteses sobre as contingências que afetam o comportamento do cliente, tanto dentro da sessão como em seu ambiente natural (Kohlenberg & Tsai, 1987).

É reconhecida a dificuldade de se entender os eventos privados do cliente, sendo sempre um processo de inferência por parte do terapeuta, baseado na análise do comportamento verbal e na observação de respostas colaterais públicas que denotam estados emocionais. A FAP considera que demonstrações espontâneas de sentimentos ao que acontece durante a sessão - ou, com outras palavras, reagir emocionalmente nas sessões de psicoterapia - providenciam indicativos mais fidedignos de contato com variáveis importantes do que o relato verbal (Brandão, 2000). Assim sendo, a observação de sentimentos é pré-requisito básico para a compreensão da relação entre cliente e terapeuta.

O controle verbal sobre o comportamento, oriundo da análise racional, resolve muitos problemas, mas é fria e por isso tem um efeito de alienação. A mudança terapêutica profunda passa pela aprendizagem a partir de experiências reais na relação terapêutica. Se o cliente emite o comportamento problemático dentro do contexto da relação terapêutica é porque esta guarda uma similaridade funcional com o ambiente de sua vida diária. A história do cliente é descoberta e

assuntos como confiança, valia ou dependência poderão ser conhecidos através do que acontece na relação terapêutica.

Segundo Banaco (1997), o que diferencia a relação terapêutica das relações do cotidiano é o que Skinner (1953) denomina de audiência não punitiva, na qual o terapeuta compreende os comportamentos do cliente sem julgá-lo, o que torna a relação terapêutica íntima. Intimidade diz respeito ao compartilhar de sentimentos, ao abrir-se para o outro. Surge quando as pessoas se comunicam abertamente, deixando claro o que pensam e o que querem, dividindo além do carinho, as experiências e os segredos, mostrando-se o que se é, mesmo nos medos, inseguranças e defeitos. O compartilhar de sofrimento e o compartilhar de sentimentos positivos de amor, proximidade, esperança, alegria e orgulho são indicativos da intimidade na relação.

Vandenberghe e Reis (2004) verificaram, em entrevistas com 20 ex-clientes de uma clínica-escola de psicologia, que a maioria dos participantes que viveriam a discussão na sessão sobre acontecimentos traumáticos com um envolvimento emocional fortíssimo teve uma melhora mais significativa do que qualquer um que relatou menor grau de envolvimento. Todos que relataram ter tido uma mudança ótima em suas vidas a partir da terapia relataram que tinham se envolvido de maneira muito intensa nesse trabalho. Porém, muitos clientes evitam revelar seus sentimentos porque foram punidos por isso no passado.

A FAP (Kohlenberg & Tsai, 2001) utiliza o *setting* terapêutico para promover uma relação íntima de intensa troca e envolvimento. O terapeuta pode construir um clima de confiança, respeito e honestidade em que a revelação de sentimentos por parte do terapeuta pode abrir caminhos para o cliente. As emoções que são evocadas pela psicoterapia podem ser dolorosas. Portanto, o papel do terapeuta é bloquear a esquiva, até que essas respostas diminuam em intensidade. Se o cliente tolerar e tentar entender suas reações emocionais em vez de esquivar-se delas, é possível promover o desenvolvimento de outros repertórios pela possibilidade de ter contato com reforçadores distanciados até então pela evitação.

Entende-se que quando o trabalho de bloqueio da esquiva (mesmo tendo um efeito punitivo) é feito

dentro de contexto relacional de intimidade, o cliente terá mais condições para suportar suas frustrações, tornando-se mais forte na sua condição de ser humano. De outro lado, o reforço natural na relação terapêutica - definido como a consequência que o próprio CCR2 do cliente causa quando é emitido -, sendo o mais próximo possível do comportamento (no tempo e no espaço), garante um maior efeito. As consequências naturais mais próximas, no caso, são os efeitos que o comportamento do cliente tem sobre a pessoa do terapeuta. Tais processos exigem que o terapeuta se permita ser afetado como pessoa pelo comportamento do cliente.

Partindo do pressuposto que a psicoterapia é um processo complexo que acontece em um contexto interpessoal no qual terapeuta e cliente interagem em um trabalho que visa uma transformação profunda, a pessoa do terapeuta não está ílesa no processo. Brandão (2000) aponta que ser psicoterapeuta é um exercício diário de crescer e fazer crescer. Da mesma forma que a relação terapêutica mexe com o cliente, o terapeuta também é tocado pela relação. Sendo a relação terapêutica uma contingência de determinação recíproca, a atenção do terapeuta deverá também estar dirigida aos seus próprios sentimentos. Isto é, aos sentimentos que o cliente provoca nele.

Como comenta Zamignani (2000), o cliente é o ambiente imediato do terapeuta, que seleciona e mantém parte de seu repertório. Banaco (1993) enfatiza a importância de discriminação de emoções como raiva, ansiedade, pena, admiração e inveja que podem aparecer durante a sessão. Os sentimentos do terapeuta dão pistas para se compreender as contingências que atuam na relação. Na FAP (Kohlenberg & Tsai, 2001), a análise funcional das emoções evocadas pelo comportamento do cliente é uma das principais estratégias para ter acesso às contingências relevantes da sua vida e pode ajudar diretamente na conscientização do cliente sobre o impacto que seus comportamentos têm sobre as pessoas com quem interage.

Considerando esse leque de possibilidades, o presente trabalho teve como objetivo ilustrar a diversidade de funções que a relação terapêutica pode ter, traçando assim algo do campo que a relação terapêutica ocupa na terapia comportamental.

Método

Participantes

São discutidos dados provenientes de três clientes atendidas pela primeira autora no sistema de terapia individual e de co-terapia, tendo, nesse último, dois terapeutas estagiários atendido alternadamente, enquanto um assumia o lugar de terapeuta, o outro ficava como co-terapeuta.

As clientes são sra. "A", de 48 anos, casada e mãe de duas filhas adolescentes, auxiliar de escritório; sra. "B", de 22 anos, solteira, auxiliar de contabilidade, com formação superior incompleta, e sra. "C", de 33 anos, casada pela terceira vez, mãe de dois filhos adolescentes, com formação superior incompleta.

Procedimentos

Transcrições de diálogos de sessões terapêuticas foram selecionadas para ilustrarem diferentes papéis da relação terapêutica durante esses três tratamentos e são apresentadas e comentadas a seguir.

Resultados

Relação terapêutica como:

1) Contexto facilitador da intervenção

O papel da relação terapêutica não punitiva no sentido apontado por Skinner (1953) pode ser ilustrado por falas das clientes. Trata-se de uma relação que viabiliza uma crescente vivência de reações emocionais fortes entre cliente e terapeuta. "Aqui me sinto à vontade para falar de meus problemas, falo de coisas que nunca tive coragem de contar para ninguém," ou "É interessante, aqui falo coisas que tenho vergonha até de mim mesma...".

Senhora "A" raramente conseguia expressar seus sentimentos e quando os expressava era pouca assertiva. Tal dificuldade estava relacionada com sua história de vida (abandono pelos pais e criação repressiva pela tia que a adotou) e causava problemas em todos os setores de sua vida cotidiana. No contexto clínico ela se

comportava de forma similar; nas primeiras sessões não conseguia falar de seus reais problemas e se recusava a fazer as tarefas. Após várias sessões em que aparecia sem ter feito as tarefas, a terapeuta comentou a dificuldade e a sra. "A" respondeu: "Eu não gosto de fazer isto" (demonstrando impaciência e esfregando uma mão na outra). A terapeuta repetiu: "Não gosta?" (olhando para a cliente e sorrindo em um gesto de aceitação). Quando a cliente responde: "Eu acho difícil escrever" a terapeuta diz: "É, escrever não é fácil mesmo. Eu também tenho muita dificuldade com escrita. Quando escrevemos nos expomos para os outros e deixamos registrada a nossa marca. Às vezes é difícil para mim revelar para os outros quem eu sou..." (terapeuta se vulnerabilizou).

Cliente: "Fico pensando que o que eu escrever não vai ter sentido para vocês".

Nesse momento a cliente compartilhou o que sentia (CCR2), mostrou que sua dificuldade era entrar em contato com o estímulo aversivo - sentir-se inútil, sem sentido, rejeitada e, portanto, novamente mal amada. A terapeuta afirmou que qualquer coisa que ela escrevesse ajudaria muito no andamento do trabalho. Após várias sessões em que a terapeuta mostrou cuidados e contato corporal, a cliente passou a trazer tarefas, cujos conteúdos possibilitaram à terapeuta gradativamente encorajar a cliente a entrar em contato com as recordações dolorosas de abandono e maus tratos que tanto queria "apagar de sua vida".

2) Estratégia de intervenção em si

Senhora "B" apresentava dificuldade em manter relacionamentos amorosos, queixava-se que sempre todos a abandonavam logo nos primeiros meses, e que só se aproximavam dela por questões sexuais. Durante as sessões terapêuticas falava sem parar, respondia questões indo além das perguntas (contando histórias longas), mudava espontaneamente de assunto, dificultando as intervenções da terapeuta.

No final das sessões a terapeuta sentia-se cansada e irritada. A atenção a esse sentimento levou a terapeuta a orientar a cliente a observar seu comportamento enquanto estava com as pessoas, o conteúdo de seus assuntos e o impacto que causava. Em uma sessão posterior, a cliente falou: "Você me pediu para observar meu comportamento, notei que falo muito, lá em casa todos falam muito e ao mesmo tempo...". Contou uma

infinidade de histórias, mudando de assunto, fugindo da atividade proposta. Isto é, manteve o padrão comportamental (CCR1) mesmo após entender o problema, e a terapeuta perguntou: “Será que este falar muito que você descreveu acontece da mesma forma que está acontecendo agora comigo?” A cliente olha assustada e sorri: “É, eu falo muito aqui também, né”. Terapeuta: “Você começou a responder, mas logo mudou de assunto, falou um monte de coisas, interessantes mas que não estavam dentro do assunto proposto; tentei sinalizar, dar pistas, mas você não olhava para mim, em meu rosto, em meus olhos”. Cliente: “É as vezes não dou muita atenção para as pessoas...”. Terapeuta: “Agora que estamos refletindo o efeito de seu comportamento, o que acha que eu estava sentindo enquanto falava?” (uso da relação terapêutica). Cliente: “Acho que estava enjoada de me ver falar”. Terapeuta: “Verdade, não senti prazer. Fiquei cansada. Deu até vontade de não estar aqui. Será que este comportamento seu causa esta mesma sensação nas outras pessoas com que convive lá fora?” (terapeuta compartilhou os efeitos que a cliente tem sobre ela e ofereceu uma interpretação). ...

Cliente (meio que paralisada): “Acho que sim, esse pode ser um dos motivos (pensa). Uma vez eu e o [X] conversávamos e por um momento ele pôs a mão no ouvido e saiu sem dar atenção, fiquei sem entender, achei que não gostava de mim...”

Compartilhando seus sentimentos, a terapeuta possibilitou à cliente vivenciar sentimentos de rejeição como consequência do seu comportamento. Precisava de uma vivência intensa e genuína, ao vivo, dentro de uma relação verdadeira para a cliente entender seu impacto sobre os outros.

3) Via de mão dupla

Sra. “C” havia tido vários relacionamentos amorosos infundados. Sempre era ela quem os finalizava, sofria muito e logo se envolvia em outra relação.

Na sessão terapêutica a cliente se comportava de modo ambivalente, queixava-se de sentimento de inadequação, solidão, vazio, medo. Apresentava discurso vanglorioso, estava sempre tentando humilhar a terapeuta, usava roupas extravagantes e sedutoras, deixava claro que estava ali mais para ajudar as terapeutas e afirmava que as pessoas com quem convivia sempre se apaixonavam por ela, inclusive as do sexo feminino. Já havia passado por vários trata-

mentos psiquiátricos e psicoterapêuticos, sempre os abandonava e culpava os profissionais (de assédio sexual, incompetência ou desequilíbrio).

A cliente atrasava e faltava muito. O processo terapêutico não evoluía. Veio o período das férias e ela não compareceu para a sessão de encerramento. A terapeuta ligou deixando recado, mas não houve retorno; aguardou algum tempo, depois ligou convidando-a a comparecer. A cliente demonstrou querer muito continuar com a terapia, declarava estar sofrendo. A terapeuta então questionou: “Pensei que não queria mais fazer terapia, que não estivesse gostando, você não veio na sessão de encerramento do semestre, não ligou como havíamos combinado, me senti até incomodada em estar ligando para você...” (terapeuta compartilhou sentimentos): Cliente: “Fiquei pensando que vocês não queriam mais me atender.” (CCR2: expôs sua vulnerabilidade). Terapeuta: “O que foi feito para que pensasse assim?”. Cliente: “Não sei, achei que tinha cansado de mim, que ia me abandonar”. Terapeuta: “Você pensou que eu iria te abandonar e me abandonou primeiro”. Cliente: “É, acho que foi isso”.

Terapeuta: “Isto acontece com muita frequência. É assim que você reage em seus outros relacionamentos?”. Cliente: “Sim, com todos. Sofro muito e acabo sempre me distanciando das pessoas. Não sei pedir ajuda”. Terapeuta: “O que é pedir ajuda?”. Cliente: “É ser humilhada”. Terapeuta: “É, deve ser muito difícil pedir ajuda para mim, uma terapeuta que ainda é só uma estagiária, não inspira muita confiança e que, como você mesma fez questão de deixar claro em algumas sessões, está precisando de ajuda tanto quanto você” (terapeuta se vulnerabilizou). Cliente (chorando): “Na verdade não é isto. Acho que todos vão me abandonar e meu mundo vai desabar”. Terapeuta: “Então parece que funciona assim, para não entrar em contato com este sentimento, se comporta de forma contrária, usa um discurso elaborado se vangloriando; tenta humilhar as pessoas e quando pensa que elas podem te abandonar, foge delas” (compartilhou a análise funcional). Cliente (chorando muito): “Gostaria que me dissesse o que fazer para não me sentir assim” (depositou confiança na terapeuta - CCR2). Terapeuta: “Não existe receita pronta, podemos tentar encontrar algumas saídas juntas, acho que você começou bem tomando consciência destas questões, mas é necessário ter clareza que agindo desta forma você provoca o afastamento real das pessoas, como

já estava acontecendo comigo..." (terapeuta validou comportamento e interpretou).

A partir deste momento, houve mais envolvimento e entrega de ambos os lados. Uma semana posterior a cliente ligou: "Esta semana estou com muitos problemas, preciso de sua ajuda, seria possível fazer uma sessão extra comigo?" (CCR 2). Esta experiência possibilitou à terapeuta compreender o impacto de seus sentimentos na relação terapêutica. A forma da cliente se comportar na sessão provocou na terapeuta uma rejeição (velada) que aos poucos foi se configurando em um quadro relacional funcionalmente parecido como a situação vivida pela cliente com seus pais - "... acho que gosto deles, mas ao mesmo tempo sinto ódio por eles. ... ela dizia que me amava, mas nunca me botava no colo, nunca me fez um afago, ... Meu pai me colocava no colo, mas falava: sua avó não presta, é suicida, sua mãe é igual a ela e você é igual a sua mãe". Neste contexto de ambivalência e invalidação de sentimentos a cliente desenvolveu táticas de vida disfuncionais. A relação terapêutica evocava esses comportamentos, uma vez que a terapeuta falava que queria ajudar a cliente, mas a sentia como uma ameaça e se mantinha numa posição de defesa, afastada com receio de que ela pudesse lhe prejudicar profissionalmente.

Ter vivenciado a situação de ambivalência no contexto clínico fez eclodir sentimentos negativos na cliente e na terapeuta. A análise funcional da relação terapêutica estabelecida até aquele momento viabilizou reflexões, revisão de sentimentos e de estratégias terapêuticas. Entendeu-se que para que a terapeuta pudesse continuar ajudando, teria que se vulnerabilizar e se deixar ser tocada pela cliente, em vez de fugir do efeito aversivo do comportamento da cliente sobre ela. A reflexão sobre seus sentimentos em relação à cliente possibilitou à terapeuta entrar em contato e trabalhar suas próprias dificuldades de enfrentamento de seus medos.

Considerações Finais

A FAP propõe o entendimento de que o efeito da terapia é resultado do que ocorre dentro da relação terapêutica. Ao deparar-se com o sofrimento 'real' e único de cada cliente, bem como com a confiança depositada,

muitos sentimentos, lembranças e reverências são evocados na terapeuta. Esse contexto emocional afeta a relação terapêutica. A conscientização, a aceitação e, por que não?, o compartilhar dessas emoções com os clientes viabilizam um processo de determinação recíproca, no qual terapeuta e cliente são mutuamente tocados pelos efeitos da interação e possibilitam uma aceitação genuína, ao mesmo tempo mobilizando movimentos de inquietude e busca pela mudança e pelo saber frente ao inusitado.

A relação terapêutica, além de um lugar de colaboração, um contexto favorecedor e propício para a aplicação de intervenções terapêuticas, como foi destacado no fragmento de sessão com a sra. "A", constituiu-se um instrumento privilegiado de intervenção que provocou mudanças na vida de ambos os envolvidos na relação, como pode ser percebido nos fragmentos de sessão com as sras. "B" e "C". Ficou claro que para poder ajudar seus clientes, o terapeuta precisa antes de tudo envolver-se com eles numa relação de aceitação; precisa se deixar tocar pelos clientes; precisa se deixar mudar para mudar os clientes. A análise funcional dos sentimentos envolvidos na relação com a sra. "C" mostrou, de maneira mais aguda, como uma relação que deixa a terapeuta intocada poderia ter sido ineficaz para a cliente, independentemente de qualquer técnica ou manejo terapêutico adotado.

Referências

- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2 (1), 71-79.
- Banaco, R. A. (1997). Tendências neo-behavioristas da terapia comportamental: uma análise sobre a relação terapêutica. *Anais do Encontro sobre Psicologia Clínica* (pp.47-52). São Paulo: Universidade Mackenzi.
- Brandão, M. Z. S. (2000). Os sentimentos na intervenção terapeuta-cliente como recurso para a análise clínica. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 5, pp.24-29). Santo André: ESETec.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 685-716.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 16 (3), 319-324.
- Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behavior therapy. *Journal of Mental Science*, 105 (1), 61-75.

- Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: what have we learned? *Behavior Research and Therapy*, 32 (5), 477-495.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N. S. Jacobson (Org.), *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives* (pp.388-443). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: criando relações intensas e curativas*. Santo André: ESETec.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Dougher, M. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16 (2), 271-282.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diger, L., Andrusyna, T.P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 2-12.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford Press.
- Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela? In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 5, pp.229-233). Santo André: ESETec.
- Silveira, J. M., & Kerbauy, R. R. (2000). A interação terapêutica: uma investigação com base na queixa clínica. In *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 5, pp.213-221). Santo André: ESETec.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: MacMillan.
- Vandenberghe, L., & Reis, L. A. (2004). Terapia comportamental: o efeito da integridade do tratamento de acordo com a perspectiva do cliente. *Estudos*, 32 (Esp.), 205-218.
- Zamignani, D. R. (2000). O caso clínico e a pessoa do terapeuta. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 5, pp.234-243). Santo André: ESETec.

Recebido em: 12/5/2005
Versão final reapresentada em: 1/11/2005
Aprovado em: 5/12/2005

Instruções aos Autores

Estudos de Psicologia é uma revista trimestral do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fundada em 1983, é classificada na lista Qualis como A Nacional e está indexada nas bases de dados nacionais e internacionais LILACS, CLASE, PsycINFO e Index Psi.

Tipos de trabalhos aceitos pela revista Estudos de Psicologia

Estudos de Psicologia incentiva contribuições da comunidade científica nacional e internacional e é distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países. Para garantir a abrangência nacional e internacional dos trabalhos, Estudos de Psicologia estipula, em cada fascículo, a publicação de até 40% de trabalhos de autores de instituições do estado de São Paulo e o restante preferencialmente de outras partes geográficas do país ou do exterior. Adicionalmente, aceita trabalhos originais de todos os tipos de pesquisas em qualquer área da Psicologia.

Tem como objetivo promover e divulgar o conhecimento científico e técnico nas áreas de Psicologia bem como discutir o significado de práticas tanto no campo profissional como no da pesquisa através de publicações de originais nas seguintes categorias:

- Contribuição teórica, revisão de literatura, artigo clínico, estudo de caso, estudo sobre testes psicológicos e relato de pesquisa, com no máximo 25 laudas, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências;
- Comunicação: texto breve relatando pesquisas de forma sintética e opinião sobre assuntos relevantes, com no máximo dez laudas;
- Resenha: apresentação e análise de livros publicados na área, no máximo há dois anos e com no máximo cinco laudas;
- Resumo de teses e dissertações, com indicação do orientador e da universidade onde foi defendida;
- Informativo: informações sobre sociedade e eventos científicos, pesquisas em andamento, defesas de dissertações e teses, cursos e outros.

Responsabilidade profissional

Os autores assumem inteira responsabilidade por suas contribuições, obrigando-se ao seguimento das recomendações do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Nacional de Saúde.

Apreciação pelo conselho editorial

Os originais serão aceitos para avaliação desde que não tenham sido publicados anteriormente e venham acompanhados de carta de encaminhamento assinada pelos autores do trabalho solicitando publicação na revista. Os originais serão encaminhados sem o nome do(s) autor(es) a dois membros do conselho editorial da revista Estudos de Psicologia, para dois consultores *ad hoc* dentre especialistas na matéria em julgamento. São necessários dois pareceres favoráveis para a aceitação final da publicação. Caso ocorra um desacordo, o original será enviado para mais um consultor para avaliação. Os nomes dos autores dos 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, com os pareceres emitidos, devendo ser devolvidos no prazo máximo de 20 dias. Os originais, mesmo quando não aprovados para publicação, permanecerão de posse da revista Estudos de Psicologia. Pequenas alterações no texto poderão ser feitas pelo conselho editorial da revista de acordo com critérios e normas operacionais internas.

Forma de apresentação dos originais

Estudos de Psicologia adota as normas de publicação da *American Psychological Association – APA* (4ª edição, 2001). Os originais devem ser redigidos em português, inglês, francês ou espanhol. Todos os originais devem incluir um resumo e título em português e inglês.

Os originais devem ser apresentados em quatro vias, digitados em espaço duplo, acompanhados de cópia em disquete ou CD, gravados em editores de texto similares ou superiores ao *Word for Windows*, em fonte *Times New Roman*, tamanho 12.

O texto deverá ter de 12 a 20 laudas (cada lauda deve ter 40 linhas com 80 caracteres), paginadas desde a folha de rosto personalizada, que deverá apresentar o número 1. A página deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

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 encaminhada em três vias no formato em papel e uma via por meio eletrônico. 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 autorizando a publicação e indicando a aceitação das normas da revista. Na declaração deve constar não ter apresentado na íntegra o trabalho em outro veículo de informação, bem como a autorização e/ou direitos concedidos por terceiros, caso transcreva figuras, tabelas ou trechos (mais de 200 vocábulos) editados por outros autores. Na declaração deve haver menção a quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e instituições que possam ter interesse na publicação do original.

Para a publicação final os trabalhos com vários autores devem vir acompanhados de uma carta assinada por todos os autores. A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor, do mesmo modo que o conteúdo dos trabalhos é da sua exclusiva responsabilidade.

Apresentação dos originais

Os trabalhos devem ser apresentados na seguinte ordem:

Folha de rosto com identificação dos autores, contendo:

- Título completo em português;
- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não excedendo cinco palavras;

- Título completo em inglês compatível com o título em português;
- Nome de cada autor, seguido por afiliação institucional;
- Indicação do autor para correspondência, seguida de endereço completo de acordo com as normas do correio e endereço eletrônico para contato;
- Indicação de endereço para correspondência com o editor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;
- Se necessário, apresentar indicação de atualização de afiliação institucional;
- Incluir nota de rodapé contendo apoio financeiro, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos em parágrafo não superior a três linhas, origem do trabalho, e outras informações, como, por exemplo, se anteriormente foi apresentado em evento, se é derivado de tese ou dissertação, coleta de dados efetuada em instituição distinta daquela informada como sendo a instituição de origem dos autores etc.

Folha à parte contendo resumo em português

O resumo deve conter o mínimo de 100 e o máximo de 150 palavras, ou seja, de cinco a dez linhas; deve conter de três a cinco palavras-chave que descrevam o conteúdo do trabalho; tais palavras devem ser grafadas com letras minúsculas e separadas com ponto e vírgula, de acordo com o Thesaurus da APA a fim de facilitar a 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. Apenas a resenha dispensa resumo.

Folha à parte contendo *abstract* em inglês

O *abstract* deve ser compatível com o texto do resumo. Deve seguir as mesmas normas, e vir acompanhado de *key words* compatíveis com as palavras-chave.

Organização do trabalho

O texto de todo trabalho submetido à publicação deve ter uma organização clara, e 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, agradecimentos e atribuição de créditos.

Tabelas, quadros, figuras e fotografias somente deverão ser incluídos no corpo do trabalho se forem essenciais à compreensão do texto, recomendando-se o máximo de contenção nesse sentido. Além disso, devem vir acompanhados de título que traduza essencialmente o que se acha contido neles. Como regra, 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 exemplo, "Inserir Figura 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, a citação deve ser delimitada por aspas seguidas do número da página citada.

Referências e citações no texto

As referências devem ser indicadas em ordem 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 o mais antigo.

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 co-autores sejam diferentes devem guardar a ordem alfabética do sobrenome 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 1,5 e tamanho de fonte 12, o parágrafo deve ser normal sem recuo e sem deslocamento das margens.

Os grifos devem ser indicados por fonte em itálico. No corpo da colaboração as indicações devem ser feitas por meio do sobrenome dos autores e do ano de publicação constante nas referências.

Nos casos em que os trabalhos citados não foram consultados na fonte (citação secundária), citar o nome do autor original não consultado diretamente, apud nome do autor lido, data. Nas referências, citar apenas a obra consultada e a sua data.

Em caso de citações antigas, com novas edições da obra, a citação deve incluir as duas datas, a original e a data da edição lida pelo autor.

As citações de artigo de autoria múltipla devem ser feitas da seguinte forma:

- Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido;
- Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de "et al." e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo;
- Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data. Porém, na seção de referências todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

Exemplos de referências

Artigo de revista científica

Borrion, R., & Chaves, A. M. (2004). Análise documental e contexto de desenvolvimento: estatutos de uma instituição de proteção à infância de Salvador, Bahia. *Estudos de Psicologia, 21* (2), 17-28.

Artigo de revista científica no prelo

Indicar no lugar da data que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

Livros

Witter, G. P. (2004). *Educação e Psicologia: cinquenta anos de profissão*. São Paulo: Ateliê Editorial.

Capítulos de livros

Schmidt, M. (2004). *Stress e religiosidade cristã*. In M. E. N. Lipp (Org.). *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp. 177-186). Campinas: Papirus.

Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd. ed.). New York: Norton. (Originalmente publicado em 1950).

Citação secundária

Se o original não foi lido, citar os autores da seguinte forma: "Selye (1936, citado por Lipp, 2001) ...". Na seção de referências citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

Teses ou dissertações não publicadas

Malagris, L. E. N. (2004). *A via L-arginina-óxido nítrico e o controle do stress em pacientes com hipertensão arterial sistêmica*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Centro Biomédico de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Autoria institucional

World Health Organization. (1999). *Guidelines for the Management of Hypertension* Washington, DC: Author.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Justo, A. P., Raimundo, R. T., Pazero, E. S., & Mattos, T. M. G. (2002). Stress e hipertensão: a intensidade do stress nas diferentes faixas etárias. [Resumo]. In Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (Org.). *Resumos de comunicações científicas, XXIII Congresso de Cardiologia* (p.89). Campos do Jordão, SP.

Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado

Se o resumo não foi publicado, citar os autores, a data em parênteses, o nome do trabalho apresentado com grifo, seguido do nome do congresso e da instituição que o organizou, e cidade onde foi apresentado.

Comunicação pessoal (carta, e-mail, conversa)

Citar apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome da fonte e a data. Não incluir nas referências.

Anexos

Anexos só poderão ser introduzidos quando contiverem informação indispensável para a compreensão dos textos.

Tabelas, figuras e fotografias

Devem incluir título e notas e não podem exceder 15cm de largura x 21cm de comprimento. Sua largura deve se limitar a 60 caracteres para tabelas simples. Em tabelas mais complexas, deve-se incluir três caracteres de espaço entre as colunas; a tabela não deve exceder 43 linhas, incluído título.

Direitos autorais da revista Estudos de Psicologia

Todos os direitos editoriais são reservados, nenhuma parte das publicações pode ser reproduzida, estocada por qualquer sistema ou transmitida por quaisquer meios ou formas existentes ou que venham a ser criados, sem prévia permissão por escrito do editor chefe, ou sem constar o crédito de referência, de acordo com as leis de direitos autorais vigentes no Brasil. A aceitação do trabalho para a publicação implica a transferência de direitos do autor para a revista, sendo assegurada a mais ampla disseminação da informação.

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 isso acontecer, deve vir acompanhada de permissão dos autores que detenham os direitos autorais.

LISTA DE CHECAGEM

- Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por cada autor
- Enviar ao editor quatro vias do original (um original e três cópias) e um disquete ou CD
- Incluir título do original, em português e inglês
- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras *Times New Roman*, corpo 12 e espaço duplo, e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm)
- Incluir título abreviado não excedendo cinco palavras para fins de legenda em todas as páginas impressas
- Incluir as palavras-chave
- Incluir resumos com até 150 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em francês ou espanhol nos casos em que se aplique, com termos de indexação
- Legendas das figuras e tabelas
- Página de rosto com as informações solicitadas
- Incluir nome de agências financiadoras e o número do processo
- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas
- Verificar se as referências estão normalizadas segundo o estilo da APA
- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais.

Primeiro autor:

Autor responsável pelas negociações: título do original:

1. Declaração de responsabilidade: todas as pessoas relacionadas com autores devem assinar declarações de responsabilidade nos termos abaixo:

- certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

- certifico que o original é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela revista Estudos de Psicologia, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.

Assinatura do(s) autor(es) _____ Data ____ / ____ / ____

2. Transferência de Direitos Autorais: "Declaro que em caso de aceitação do artigo a revista Estudos de Psicologia passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da revista, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista".

Assinatura do(s) autor(es) _____ Data ____ / ____ / ____

Instructions to Authors

Estudos de Psicologia is the Pontifícia Universidade Católica de Campinas' periodical from Life Sciences Center Psychology Graduate Program. Founded in 1983, it is qualified as A Nacional at Qualis List, and is indexed at the national and international database, such as LILACS, CLASE, PsycINFO e Index Psi.

The journal editorial options

Estudos de Psicologia encourages the scientific community's national and international contributions and it is distributed into Brazil and outside, and that is why there is a publication origin division in each issue: 40% from São Paulo State, and the others 60% from other regions or countries. Also, all psychology researches are accepted, and there is no area or specialization restriction.

This journal's editorial proposal is to be a vehicle for Psychology scientific and technical advance of knowledge, and also to discuss its application at the professional and research fields through original publications in the following categories:

- Theoretical contribution, lecture review, clinical study, case study, psychological tests appraise, research report. It may not exceed 25 pages, including the timetables, illustrations, pictures, and references;
- Communication: essay briefly emphasizing the researches and current themes debate, using at most ten pages;
- Book Reviews: analysis and interpretation of books published in the last two years in Psychology, using at most five pages;
- Thesis summary with the college and sponsor professor indication;
- Informative: Scientific society and events information, ongoing researches, thesis and essays defenses, courses and others.

Professional responsibility

Every author is responsible for the contributions made, and must follow the Psychology Federal Council and the Health National Council.

Review policy

The articles will be accepted to the valuation process if they had not been published before by any other vehicle, and have attached the publication requirement letter signed by their authors.

The originals must be directed without authors' name to two members of the Estudos de Psicologia editorial council, or to two consultants *ad hoc* among the area specialists. Two favorable reviews are necessary for the final publication acceptance. If there is any disapproval, the article may be sent to another consultant evaluation.

- * The reviewer's names will be preserved.

The authors may be informed about their article acceptance or refusal. The studies which receive modifying

instructions must be sent to their authors with the respective notes, and must be resent in 20 days. The originals, even the not approved ones, will be part of the Estudos de Psicologia database. Some modifications can be made by this journal editorial council following the internal rules and criteria.

Editorial style

The American Psychological Association – APA (4th edition, 2001) editorial rules are followed by Estudos de Psicologia. The originals may be typed in Portuguese, English, French or Spanish, and every original must have a title and an abstract in Portuguese and English.

The originals may be presented with four copies, all double spacing typed, followed by a floppy or CD copy, using Word for Windows, Times New Roman font, number 12.

The text of all the contributions must be from 12 to 20 pages at most. Each page should have 40 lines with 80 characters each, numbered consecutively from the first sheet of the original (frontispiece). It's necessary to use the A4 paper, using at least 2,5 cm for the superior and inferior margins, and 3cm to the left and right ones.

Every printed page corresponds to 3 original pages, including the frontispiece, timetables, illustrations, bibliographic references. Those three final version copies must be directed on paper and by e-mail. The authorization for the Portuguese and English study abstracts and the on-line study version publication should be also sent.

The authors' authorization letter for publishing must follow all texts addressed to this journal where it is indicated this journal's rules agreement. It is also necessary to reinforce this study had not been published in any other vehicle, and there is no authorization and/or rights from others, in case of illustration, timetables or even parts of texts citations edited by another professional. At this document has to be mentioned any financial deal among authors and institutions.

When there is more than one author, for the final publication, a letter signed by all authors must be sent in with the article. The references, and the statements published are the author(s)'s responsibility.

Manuscript submission

The texts must be presented according to the sequence below:

- Authors' identifications at the frontispiece, including:
- Portuguese title;
- Title suggested contraction to the headline, not exceeding 5 words;
- Title in English;
- Every author's name, followed by the institution where they belong to;
- Author's mail indication, followed by address, according to the mailing rules, and the e-mail.
- Mail address indication for the editor correspondence, including fax, phone, and e-mail.

- If necessary, indicate the institutional affiliation changes;
- Include at the footnote financial support, regards, and others not exceeding three lines. In this paragraph must be the study origin, and other information, such as other publication events where it has been, if it is any thesis or essay derivative, the database process, etc.

Portuguese abstract in a separate sheet

The abstract must have at least 100 words and no more than 150. It may have from 5 to 10 lines. Exception to the books *review*, every text needs an abstract. The abstract may present from 3 to 5 keywords that describe the study content, and they have to be underlined using short/ small letters, separated by semi-colon, as APA Thesaurus requirements, in order to facilitate the study index. In case of research reports, the abstract has to present a short mention about the investigated problem, the sample specifications, database methodology, results and conclusion.

English abstract in a separate sheet

The abstract must be adequate to the text, and attend to the same requisitions, present adequate key words.

Study organization

Every study should be clearly organized, with titles and subtitles that help the reading. The research reports texts must have introduction, methodology, results and discussion. The footnote is allowed only at the first page in order to notify the support received, events presentation, regards and credit attributions.

Timetables, pictures, illustrations and photos must be included only in the body text if they are essential to the text comprehension, but it is not recommended these resources abusive use. When used, these resources must have titles that briefly explain their content, be indicated on the text, and come in a separate sheet. The indications can be made by expressions, such as "insert Figure 1 here". Other authors' timetables, pictures, illustrations and photos have their reproduction allowed if they are followed by the reference font indication and the authorization copy attached to the originals.

The bibliographical citations must follow the APA rules. In cases of text transcription, the citation must be between inverted commas and followed by the respective page number. References and text citations

The references should be indicated from the last main author's last name.

Studies from the same author or whose authority is unique must follow the chronological order. The unique authority studies come before the multiple ones when the last name is the same. Studies which the first author is the same, and the co-authors are different must follow the co-authors alphabetical order.

Studies whose authors are the same must follow the chronological order. The title alphabetical order is going to be the new criteria if authors and dates are the same.

The references presentation must help the review and editorial tasks - 1,5 spacing and 12 font, the paragraph must be standard without margins displacement or backward.

The underlined words must be indicated by italic font, and at the collaboration body text the indications must be done using the authors' last name and the publication year presented at the references. In cases which the mentioned studies were not consulted at the font, it is necessary to present the original author not straight consulted, apud the consulted author's name, date. At the references,

put only the consulted study and its date. When the citations are elderly and there are new editions, the citation must present both dates, the original and the used edition.

The multiple authority article citations must be like this:

- Two authors article: present both names, every time the article is mentioned;
- Three to five authors article: at the first paragraph citation, mention every author at the first reference, and use the first author's last name followed by "et al.", and the date to the other citations;
- Six or more authors article: mention only the first author's last name followed by "et al." and the date. At the references section all authors name must be listed.

References examples

Scientific journal article

Borrior, R., & Chaves, A.M. (2004). Análise documental e contexto de desenvolvimento: estatutos de uma instituição de proteção à infância de Salvador, Bahia. *Estudos de Psicologia*, 21 (2), 17-28.

In press Scientific journal article

Indicate where the study is in press. Include the journal name underlined, followed by the title. The volume and pages should not be mentioned. The study in press should be mentioned.

Books

Witter, G. P. (2004). *Educação e Psicologia: cinquenta anos de profissão*. São Paulo: Ateliê Editorial.

Book chapters

Schmidt, M. (2004). Stress e religiosidade cristã. In M. E. N. Lipp (Org.). *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp. 177-186). Campinas: Papirus.

Elderly study and re-edited in a posterior date

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton. (Originalmente publicado em 1950).

Secondary citation

If the original is not read, the authors should be mentioned according to his model: "Selye (1936, by Lipp, 2001) ...": at the references section, only the consulted study must be specified (In this case, Lipp, 2001).

Non-published thesis and essays

Malagris, L. E. N. (2004). *A via L-arginina-óxido nítrico e o controle do stress em pacientes com hipertensão arterial sistêmica*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Centro Biomédico de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Institutional authority

World Health Organization. (1999). *Guidelines for the Management of Hypertension*. Washington, DC: Author.

Paper presented in congress whose article was published in proceedings

Justo, A. P., Raimundo, R. T., Pazero, E. S., & Mattos, T. M. G. (2002). Stress e hipertensão: a intensidade do stress nas diferentes faixas etárias. [Resumo]. In Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (Org.). *Resumos de comunicações científicas, XXIII Congresso de Cardiologia* (p.89). Campos do Jordão, SP.

Non - published study presented in congress

If the study was not published, it is necessary to specify the author's names, date in parenthesis, the study name underlined, followed by the congress and the responsible institution, and its city.

Personal communication (letter, e-mail, conversation)

Only the text should be mentioned, with the font initial letters, the last name and the date. The references must not be specified.

Attachments

The attaches may be included only when they convey essential information to the text comprehension.

Timetables, illustrations, photos

These items must have titles and notes, and must be presented on paper and electronic file. At the printed version, the timetable can not exceed 18cm width and 24 cm length.

Estudos de Psicologia journal authorial rights

All editorial rights are reserved, and no publication items can be reproduced, or stocked by any system, or even be transmitted by any vehicle without the editor-in-chief written previous authorization, or reference credit, according to Brazilian authority laws. The study approval for publication involves the rights transference from the author to the journal, assuring the information dissemination.

Other publishing partial reproduction

It is important to avoid other authors' publishing extended citations. It is recommended to avoid timetable, picture or drawing reproduction. In cases it is necessary, they must be followed by their authors' permission.

CHECKLIST

- Responsibility and authorship rights transference statement signed by each author
- Four original printed versions (one original and three copies), one floppy or CD copy
- Portuguese and English titles
- Verify the text format: Times New Roman font, number 12, double spacing, with at least 2,5cm superior and inferior and 3cm left and right margins format

- Contract title, not exceeding 5 words
- Keywords present
- At most 150 word abstract in Portuguese and English, or in French or Spanish, using the index terms
- Illustration and timetable legends
- Frontispiece with the required information
- Process number, financial support institution's name identification
- Thesis or essay derivative article indication, specifying the title, institution name, year defense and number of pages
- Verify the APA rules for the references
- Editors' permission for the reproduction of published illustrations and timetables

RESPONSIBILITY AND AUTHORSHIP RIGHTS TRANSFERENCE STATEMENT

Every author must read and sign the documents (1) Responsibility Statement and (2) Authorship Rights Transference Statement.

Main author:

The responsible author for the negotiation:

The original title:

1. Responsibility Statement: every author must sign in these terms:

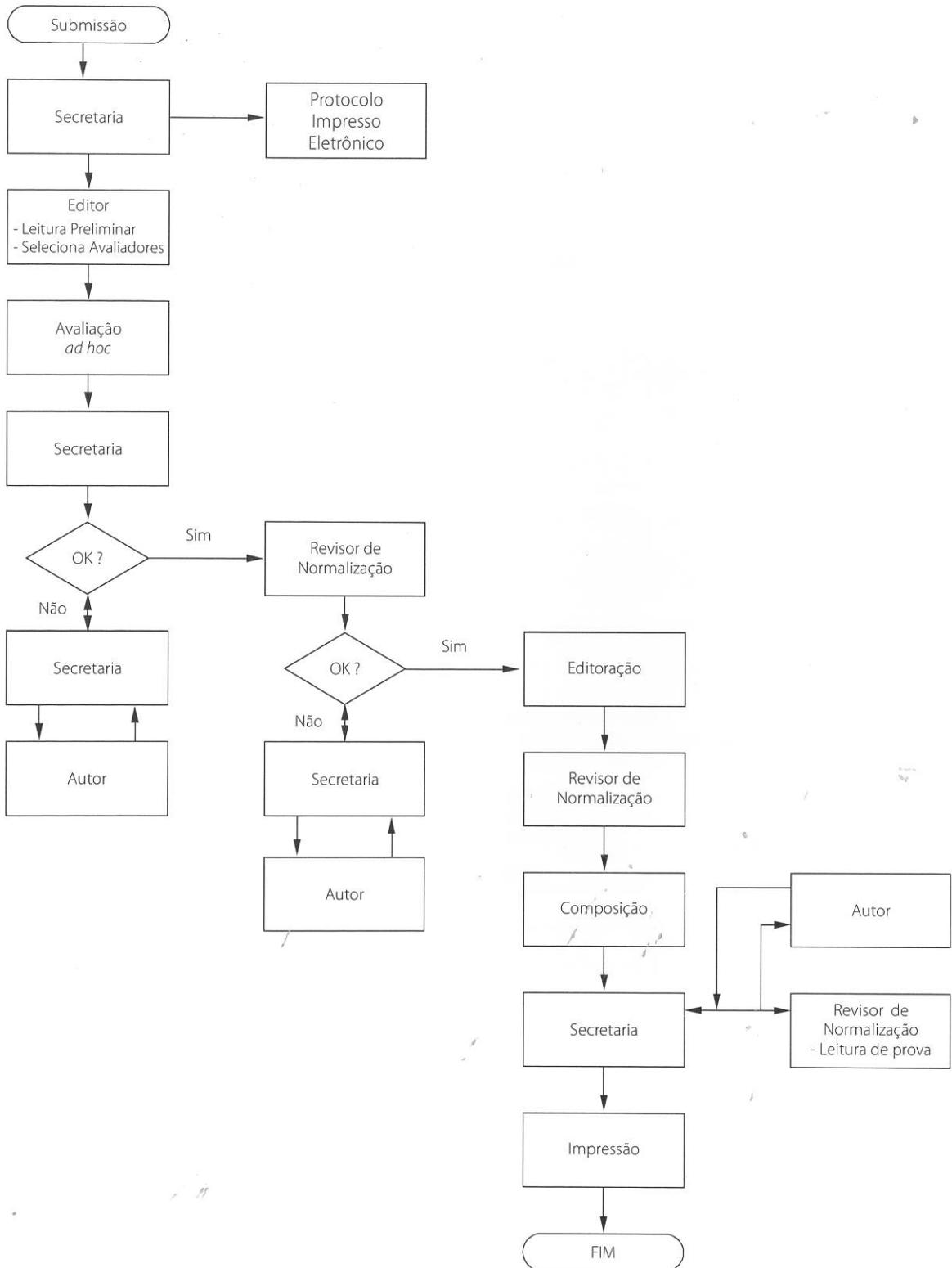
- I confirm my participation to this study development process to make it public, and I assure its content, reinforcing that nothing was omitted, neither any financial support or deals among the authors and any company interested in this article publication;
- I also assure the original is real and truth, and it had not been sent any other publishing vehicle.

2. Authorship Rights Transference Statement: "I agree that, in case this article is accepted by this journal council evaluation process, this vehicle assumes all its authorship rights, and becomes responsible to its reproduction without previous authorization."

Author(s) signature(s)

date: ____ / ____ / ____

Fluxograma de Artigos



Grão-Chanceler: Dom Bruno Gamberini

Reitor: Pe. Wilson Denadai

Vice-Reitora: Profa. Angela de Mendonça Engelbrecht

Pró-Reitoria de Graduação: Prof. Germano Rigacci Júnior

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação: Profa. Vera Engler Cury

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários: Prof. Paulo de Tarso Barbosa Duarte

Pró-Reitoria de Administração: Prof. Marco Antonio Carnio

Diretor do Centro de Ciências da Vida: Profa. Miralva Aparecida de Jesus Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Profa. Raquel Souza Lobo Guzzo

Estudos de Psicologia

Com capa impressa no papel supremo 250g/m² e miolo no papel couchê fosco 90g/m²

Capa / Cover

Suely de Castro Mello
BBox Design

Miolo

Katia Harumi Terasaka

Editoração eletrônica / DTP

Beccari Propaganda e Marketing
E-mail: editora@beccari.com.br

Impressão / Printing

Gráfica Editora Modelo Ltda

Tiragem / Edition

1000

Distribuição / Distribution

Sistema de Bibliotecas e Informação da PUC-Campinas - Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio

artigos/articles

Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia

The meaning of the psychiatric reform to mental health workers in Goiânia, Brazil

| Ionara Vieira Moura Rabelo | Ana Raquel Rosas Torres

Psicoterapia lúdica de uma criança com AIDS

Therapy of a child with AIDS

| Svetlana Bacellar Aguirre | Sérgio Luiz Saboya Arruda

Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola

Characteristics of children seen at a University Psychology clinic from 2000 to 2002

| Sandra Augusta de Melo | Hélvia Cristine Castro Silva Perfeito

Os problemas de aprendizagem e o papel da família: uma análise a partir da clínica

Learning problems and the family role: an analysis based on the clinical practice

| Lúcia de Fátima Carvalho Salvari | Cristina Maria de Souza Brito Dias

A vivência do pai no processo de reabilitação da criança com deficiência auditiva

Male genitor emotional experiences in the rehabilitation process of a hearing impairment children

| Paula Guimarães Motta Canho | Carmen Maria Bueno Neme | Midori Otake Yamada

Escala de estratégias de leitura para etapa inicial do ensino fundamental

Reading strategy scale for elementary school students

| Maria Cristina Rodrigues Azevedo Joly

Equoterapia: suas repercussões nas relações familiares da criança com atraso de desenvolvimento por prematuridade

Therapeutic riding: repercussion on family relations of children with prematureness development delay

| Juliana Fonsêca de Queiroz Marcelino | Zélia Maria de Melo

Da diversidade na passagem para a quinta série do ensino fundamental

Diversity in the transition from forth to fifth grade in grade school

| Laíssa Eschiletti Prati | Marisa Faermann Eizirik

A violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar

Domestic violence and the interdisciplinary comprehension challenge

| Anamaria Silva Neves | Geraldo Romanelli

Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental

Therapeutic relationship scope and function in behaviorial therapy

| Gasparina Louredo de Bessa Braga | Luc Vandenberghe