

TELMA FONTOURA

**OS PAIS E O SINTOMA PSICOLÓGICO DA CRIANÇA:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DOS CAMINHOS
PERCORRIDOS ATÉ O PSICÓLOGO**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Egídio Romanelli

CURITIBA

2000

TELMA FONTOURA

**OS PAIS E O SINTOMA PSICOLÓGICO DA CRIANÇA:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DOS CAMINHOS
PERCORRIDOS ATÉ O PSICÓLOGO**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Egídio Romanelli

CURITIBA

2000

TELMA FONTOURA

OS PAIS E O SINTOMA PSICOLÓGICO DA CRIANÇA: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO DOS CAMINHOS PERCORRIDOS ATÉ O PSICÓLOGO

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós graduação em Psicologia da Infância e Adolescência da Universidade federal do Paraná, pela Comissão formada pelos professores:

Orientador: Prof^o. Dr. Egídio José Romanelli

Setor de Ciências Humanas, UFPR

Prof^a. Dr^a. Paula Inez Cunha Gomide

Setor de Ciências Humanas, UFPR

Prof^a. Dr^a. Maura Alves Nunes Gongora

Setor de Psicologia UEL

Curitiba, junho de 2001

AGRADECIMENTOS

A minha gratidão aos Professores Egídio José Romanelli e Paula Inez Cunha
Gomide pelo apoio e orientação em todo o trabalho.

À Universidade Católica do Paraná, à Direção do Instituto Paranaense de Psicologia
e seus funcionários, que permitiram o acesso às suas instalações, possibilitando a
realização desta pesquisa.

A todos os pais e seus filhos que, através de suas inestimáveis contribuições,
tornaram possível este trabalho.

A meus familiares, pelo incentivo e compreensão.

À pequena Marina, pela grandeza de seu coração.

SUMÁRIO

Resumoiv

Abstractvi

Introdução 1

Capítulo 1

Os critérios de normalidade e patologia: uma perspectiva histórica 7

Capítulo 2

Os pais frente ao sintoma psicológico da criança: o que pensam e o
que sentem? 22

Capítulo 3

O caminho: as ações condicionadas às representações sociais do sintoma
psicológico 30

Capítulo 4

As representações sociais do psicólogo e do seu trabalho 37

Capítulo 5

A investigação 40

Capítulo 6

Metodologia 41

Capítulo 7

Análise do resultados 46

Capítulo 8

Conclusões 64

Referências 73

Anexos 79

RESUMO

Partindo-se de questões levantadas na prática profissional, pretendeu-se realizar um estudo exploratório com famílias que procuraram o atendimento psicológico para seus filhos, a fim de verificar-se quanto tempo esperavam para buscar tal recurso e identificar se os aspectos a seguir poderiam estar relacionados a esta espera: a possibilidade dos pais reconhecerem o que é normal/patológico na infância; o que pensam e sentem frente ao sintoma da criança; as soluções que experimentam e o que pensam sobre o psicólogo e seu trabalho.

A pesquisa mostrou que os pais demoram mais de seis meses entre a época que eles situam o aparecimento do sintoma e a chegada até o psicólogo. Podendo-se então dar seqüência à pesquisa, obteve-se o dado de que os pais demonstram algum conhecimento a respeito do que seria normal e patológico na infância.

Quanto ao que sentem e pensam sobre o sintoma da criança, notamos que eles sentem-se implicados no mesmo, na medida em que atribuem-no à família ou à educação que o filho recebeu. Isto parece gerar culpa, preocupações, desorientação e também contribuir para o retardo na busca de ajuda.

Também notou-se que os pais experimentam vários recursos para eliminá-lo, recorrendo principalmente ao meio familiar mais imediato e procurando o psicólogo apenas quando todas as tentativas fracassaram.

A visão que eles possuem do psicólogo e do seu trabalho é outro fator que apareceu relacionado a demora na busca de uma ajuda especializada: o tratamento é visto como financeiramente inacessível, além de não ser possível precisar sua duração. O psicólogo parece ter um perfil que o qualifica para apontar erros e corrigi-los. Como os pais sentem-se causadores do sintoma da

criança, seria de se esperar que eles se afastassem de quem os iria acusar e corrigir, tentando resolver sozinhos, por todos os meios a dificuldade do filho.

ABSTRACT

With issues raised from the professional experience as a starting point, an exploratory study was made with families seeking psychological assistance for their children. This study aimed at checking how long they would wait to seek after this kind of resource and to identify whether or not the following aspects could be related to such delay: the possibility for the parents to recognize what is normal or pathological in childhood; what parents think and feel about the child's symptom; the solutions they try and what they think about therapists and their job.

The study showed that parents take longer than six months between the time they situate symptom appearance and the visit to a therapist. In the follow-up, data was obtained indicating that parents show some knowledge on what would be normal and pathological in childhood.

Regarding what they feel and think about the child's symptom, we observed that they feel implicated in so far as they blame the family and/or the education that child had. That seems to produce guilt, concerns and disorientation which leads to the delay in seeking for help.

It was also observed that parents try several resources to eliminate the problem, searching for help especially within the immediate family circle and seeking the therapist only when all of the previous attempts failed.

The view they have of therapists and their job is another factor related to the delay in searching for specialized help: the treatment is seen as financially inaccessible and the duration of the treatment does not seem possible to be precisely

determined. The therapist seems to have the profile of those who point faults and correct them. Since parents feel they are the causing agent of the child's symptom, it is reasonable to expect that they become distant from those accusing and correcting them, trying to solve by themselves, in turn and by all means, the child's difficulty.

INTRODUÇÃO

Na prática profissional, algumas questões acabam se impondo pela insistência com que se repetem. O título deste trabalho refere-se a uma delas: o que fazem os pais quando se deparam com um sintoma psicológico? À guisa de introdução para o tema, propõe-se um breve relato de dois casos atendidos pela autora.

Caso 1

K. é um menino de 8 anos que está na 2ª série do primeiro grau, mas tem muitas dificuldades escolares: freqüentemente sua mãe recebe bilhetes da orientadora, comunicando que ele não presta atenção às aulas, não copia a tarefa, não faz os trabalhos nem a lição de casa, além de tirar notas baixas nas avaliações. Desde que estudava no Jardim III a professora notava problemas de dispersão, mas foi na primeira série que começaram a chamar a mãe com maior freqüência e a mandar bilhetes para ela. K. tem sido encaminhado pela escola para fazer avaliação psicológica desde que tinha 6 anos.

A mãe (Sr.^a M.) diz sentir-se desanimada frente às dificuldades do filho pois esgotou seus recursos e não sabe mais o que fazer. Está muito preocupada com a possibilidade da reprovação.

Já explicou ao menino que ele precisa estudar, conversou sobre a importância disto para seu futuro e sobre suas responsabilidades; muitas vezes fez lição para ele e tem ido sempre à escola para pedir que o ajudem. Por vezes perde a paciência e não olha se fez ou não a tarefa de casa; outras ocasiões deixa-o de castigo, briga e grita com ele, mas tudo sem resultados duradouros. O pai de K., de quem a mãe

separou-se quando o menino tinha dois anos, quando informado dos problemas, "limita-se a dizer ao filho que ele deve estudar mais" (sic). Ele raramente visita o menino na casa deste ou pega-o para passear e nunca foi à escola do filho. Embora a Sr.^a. M. responsabilize o ex-marido pelas dificuldades da criança, algumas vezes pensa que ela também não está sabendo como modificar a situação.

M. acredita que as dificuldades de K. só estão piorando. As exigências e as cobranças da escola estão aumentando e o menino não corresponde a elas.

Caso 2

O pediatra encaminhou a senhora N., pela segunda vez (a primeira foi há cerca de 3 anos atrás), a um psicólogo, pois esta não sabe mais o que fazer com D., seu filho de 10 anos: "ele sempre foi uma criança irritante, sem limites. Tem-se que estar de olho nele o tempo todo senão apronta, desaparece de casa, mente, arruma briga com o padrasto" (sic), provocando discussões entre o casal. Não sabe perder em um jogo e, se isto acontece, "chora feito um bebê" (sic). A situação agravou-se com o nascimento de sua segunda irmã (filha de sua mãe com o atual marido), que está com um ano. Não quer comer e tem "arrumado" (sic) dores no corpo para não ir à escola. A mãe não entende seu comportamento pois "em casa não obedece, é malcriado, respondão, mas fora dela é comportado e até elogiado" (sic).

De um modo geral sempre foi difícil lidar com ele em todos os aspectos: nunca foi de comer muito e sempre foi agitado, mexia em tudo, era "arteiro" e, desde bebê, se machucava (caía muito). Faz um mês que começou a "arranjar dores" (sic) para não ir à escola. Foi então que decidiu atender ao encaminhamento que o pediatra novamente lhe fez, visto que nada de orgânico foi constatado.

A mãe muitas vezes sente-se culpada pois acha que "não age certo" (sic). Também sente pena dele pois não há o relacionamento que ela imaginou que teria com um filho e pensa que ele deve sentir-se muito só. Sente-se desafiada pelo comportamento do menino, "com raiva, impotente, sufocada e sem forças" (sic). Diz que às vezes o superprotege, dando o que ele quer, mas quando perde a paciência, grita muito, coloca-o de castigo ou bate nele. Contudo, logo se arrepende e procura mais uma vez conversar com o filho. O pai (de quem separou-se quando D. tinha cerca de 5 anos) "não toma conhecimento dos problemas pois a criança tem medo dele" e pede para a mãe não contar as coisas "erradas que ele faz" (sic); o menino não gosta de ir visitá-lo e o pai, por sua vez, quase não o procura. Certas ocasiões a mãe obriga-o a ir para a casa do pai para que possa "descansar um pouco, ter paz" (sic). Também faz trocas com a criança para convencê-la, desta forma, a fazer o que ela determina. A mãe acha que se o pai fosse mais presente e ela mesma mais firme e calma, as coisas seriam diferentes.

A observação empírica, realizada em alguns anos de trabalho com crianças em consultório de psicologia evidencia, quase sempre, o mesmo fato: apesar de apresentarem dificuldades, chegavam para realizar o psicodiagnóstico após um considerável tempo de espera, de sofrimento familiar e delas mesmas. Podia-se notar que os pais, muitas vezes, eram capazes de apontar o que havia de incômodo ou preocupante no comportamento da criança, o início aproximado do problema (em geral há mais de seis meses) e de situar certas condições que poderiam estar relacionadas a ele. Muitos haviam procurado soluções familiares e, como estas não foram efetivas, buscaram o atendimento psicológico, freqüentemente por indicação

de algum profissional de áreas afins. Mas por que demoravam tanto tempo para chegar ao psicólogo?

A significação que os pais dão a um sintoma físico e as suas atitudes frente a ele evocam, aparentemente, poucos questionamentos: dão remédios ou procuram auxílio médico.

Quando se trata de problemas psicológicos na infância, percebe-se que a situação torna-se imensamente mais complexa. Longe de tomarem atitudes objetivas, os pais embrenham-se em uma rede intrincada de caminhos, que são percorridos por meses ou anos para que, enfim, decidam-se por uma ajuda psicológica (Trinca,1984). É justamente nestes caminhos que se propõe a acompanhá-los, buscando identificar se os pais demoram para buscar o psicólogo e, se este fato for constatado, procurar alguns fatores que possam estar relacionados ao adiamento desta procura.

Tem-se que levar em consideração que são os adultos que definem o comportamento das crianças como "normal" ou "patológico", embora não sejam eles que experimentem as condições subjetivas decorrentes do sintoma infantil como o sofrimento, a vergonha, a ansiedade, a desorientação ou o medo. As crianças dependem integralmente dos adultos em relação a percepção de suas dificuldades e a conseqüente tomada de providências . Elas precisam que os pais sejam capazes de reconhecer a sua situação, de traduzir o seu sintoma em um pedido de ajuda. Mas também é fundamental que, além da identificação da necessidade de ajuda, tomem-se medidas eficazes de ajuda e apoio. (Garralda, 1995).

Uma estatística apontou que, "nos países desenvolvidos, a maioria das crianças que apresentam distúrbios emocionais ou desvios do comportamento (80 a 90% delas) não chega a ser atendida por um especialista em saúde mental "

(Garralda, 1995, p. 180). Pode-se então pensar que os pais não percebem as alterações de comportamento dos seus filhos como sintomas? Não conseguiriam eles estabelecer parâmetros de normalidade psicológica? Ou então estariam tão envolvidos direta e emocionalmente com a criança e, por isso, talvez tenham dificuldades para reconhecer a existência de um transtorno psicológico e procurar uma ajuda efetiva? Ou ainda, o que eles pensam sobre os problemas emocionais e suas origens os distanciaria da ajuda? Ficariam muito tempo experimentando soluções empíricas frente àquilo que acham que está "errado" com o filho, e procurariam um psicólogo somente quando nenhum caminho mais restasse? O que pensam sobre o psicólogo e seu trabalho poderia retardar a busca do mesmo?

Propõe-se aqui uma pesquisa exploratória junto a famílias que chegam até o psicólogo, para verificar se elas demoram para procurar este atendimento especializado (considerada aqui, arbitrariamente, como um período de mais de seis meses desde a época em que os pais situam o aparecimento dos sintomas até a chegada ao psicólogo) e, se isto for constatado, investigar se os aspectos a seguir apareceriam relacionados a esta demora:

- dificuldades em discriminar claramente o que é normal/patológico na infância;
- a experiência subjetiva experimentada frente aos sintomas infantis, o que pensam sobre eles e suas origens, como elementos que retardariam a chegada até o psicólogo;
- a adoção de várias atitudes e soluções frente a tais sintomas, no meio intra e extra familiar, e a busca do psicólogo somente após terem esgotado seus recursos (muitas vezes após terem sido encaminhados por algum profissional);
- idéias pré concebidas sobre o psicólogo e seu trabalho que pudessem contribuir para retardar a procura .

Nos capítulos de 1 a 4 procurou-se revisar a literatura relacionada a estes aspectos. No corpo do trabalho (capítulo 5) acham-se detalhados os problemas e as possíveis relações do mesmos com os pontos acima destacados e, no capítulo 6, encontram-se especificados o instrumento para a coleta de dados (questionário), o método da pesquisa, bem como a forma de tratamento e a análise dos resultados.

O último capítulo tratará das conclusões e das contribuições que a presente pesquisa pretende oferecer.

Estuda-se muito as famílias que conseguem chegar ao atendimento psicológico, o que não significa que aquelas que se demoram no caminho não queiram ou não precisem de ajuda.

A identificação de alguns dos fatores que possam estar relacionados à demora na procura do psicólogo, poderiam auxiliar na compreensão das vias percorridas pelos pais. Quem sabe se consiga sugerir atalhos, para abreviar a sua chegada e atuar de maneira preventiva e esclarecedora em benefício daqueles que buscam um entendimento mais profundo de seus filhos. É necessário oportunizar-se um aumento na eficiência dos pais, educadores e profissionais da área de saúde, na garantia e promoção do direito da criança: ela "...gozará de proteção especial e serão proporcionadas oportunidades e facilidades, por lei e por outros meios, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social de forma sadia e normal" (Gauderer, 1991, p. 212), num trabalho que deve ser integrado e interdisciplinar (Ramos-Cerqueira, 1994; Siqueira, 1994).

O trabalho do psicólogo clínico infantil deve transcender o seu consultório, atingindo em maior escala a família e a sociedade na qual a criança emerge, instrumentando-as para que promovam o desenvolvimento de futuros adultos mais capazes de amar, trabalhar e de serem felizes.

CAPÍTULO 1

OS CRITÉRIOS DE NORMALIDADE E PATOLOGIA: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA.

A questão da normalidade e da patologia está presente nas reflexões filosóficas, médicas, sociais e psicológicas através dos tempos. O homem parece sempre ter buscado explicações a respeito da sua própria natureza, do que o cerca e, sobretudo, o entendimento daquilo que lhe causa estranheza, do que lhe foge a compreensão racional e ao controle.

O que ocorre hoje, em termos da posição familiar frente a uma patologia psicológica, talvez seja fruto de uma longa história e, por isso, esta análise não pode ser deixada de lado. A seguir, pretende-se percorrer este caminho, em busca da verificação da possível repetição, em nossos dias, das diferentes formas de entendimento da normalidade e dos transtornos psicológicos. Elas podem ter contribuído, pelo menos em parte, para o posicionamento dos pais e a tomada de medidas frente a estes, que se verificam na atualidade.

1. A PATOLOGIA DO PONTO DE VISTA DA MEDICINA

Através da obra de Canguilhem (1990), pode-se observar o percurso da compreensão médica em relação a questão do normal e do patológico, observando-se nele as diversas formas de interpretar-se os "desvios da saúde" e a tomada de providências delas derivadas. Durante muito tempo, os transtornos psicológicos estiveram também sob este domínio.

As primeiras interpretações das doenças eram predominantemente mágicas e religiosas e a etiologia era entendida como algo externo que atingia o homem.

Com os egípcios iniciou-se a preocupação da localização dos sintomas e do agente causador da enfermidade. A abordagem racional das doenças foi o legado dos gregos.

A partir de Hipócrates, no século IV, surgiu uma visão que combinava a filosofia com observações clínicas: a doença seria uma "perturbação do equilíbrio e da harmonia da natureza", da qual o homem faria parte. As alterações dos humores seriam os responsáveis pelo adoecimento e este seria uma forma de reação natural para restaurar o equilíbrio perdido. Consequentemente, a atitude médica recomendada era a de tolerância, de reforçamento das "reações hedônicas e de terapêuticas espontâneas"(Canguilhem, 1990, p. 21).

As idéias centrais da medicina egípcia e dos hipocráticos perduram até hoje, uma enfatizando a doença como uma luta contra um agressor externo e a outra como "uma batalha interna de forças que se afrontam"(Canguilhem, 1990, p. 21).

O período medieval reabriu a questão da crença na razão de um lado e a fé no outro. Como a religião prometia segurança, os doentes eram entregues aos cuidados dos monges (Alexander, 1970).

A maior contribuição de Renascimento foi "a reorientação do homem para a realidade", (Alexandre, 1970, p.118) ficando a observação objetiva como herança deixada deste período.

Gradativos avanços na fisiologia e na anatomia (esta dedicando-se à nosografia), fizeram com que se passasse a enfatizar mais o aspecto quantitativo do funcionamento corporal, na determinação da doença, que caracterizava-se por um

aumento ou diminuição da função de um órgão determinado repercussões para o organismo (Canguilhem, 1990).

Com as descobertas científicas que se propunham a restaurar a saúde, a doença passou a ser encarada como objeto de estudo, tornando-se um dogma no século XIX. Na figura de Comte, a doença tomou o sentido de uma mudança de intensidade no funcionamento normal e, partindo-se do estudo daquela como "substituto da experimentação" (Canguilhem, 1990, p. 23), poder-se-ia entender a saúde.

Claude Bernard, que introduziu a noção de medicina experimental, partiu em direção oposta, propondo estudar a saúde para se entender a doença, com a finalidade de agir-se "racionalmente sobre a patologia" (Canguilhem, 1990, p. 23). Esta representaria uma "desarmonia dos fenômenos normais" (Canguilhem, 1990, p. 49).

Para R. Leriche a saúde seria um estado de "inconsciência do próprio corpo" (Canguilhem, 1990, p. 67), ou seja, não nos damos conta de nossa saúde até que haja uma perturbação deste estado. Desta perspectiva, é o doente que define a doença. O pensamento de Leriche implica também na idéia de norma, pois quando há uma infração desta é que se revela a doença.

A idéia de norma remete à idéia de algo que não se inclina para nenhum lado, ficando no meio termo; seria uma regra, o que se encontra na maioria, aquilo que "deve ser", havendo uma idéia de valor imbuída neste conceito. Cria-se assim uma polaridade, na qual a norma é uma referência instituída ou escolhida como preferível e tudo ao que ela se opõe seria indesejável.

Na análise de Canguilhem (1990) o conceito de anormalidade em anatomia é diferenciando do conceito de anomalia (o que é inabitual). Aquele seria um

afastamento de um ser quando comparado à maioria. Assim anormal ("consequência da variação individual" , p.106) não significa patológico ("sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada". p. 106). Pode-se pensar aqui que o uso indiscriminado de tal critério, colocaria qualquer indivíduo que não estivesse em conformidade com a maioria, na qualificação de anormal, o que poderia resultar em graves erros de avaliação.

A normalidade como critério estatístico é uma outra maneira que surgiu para interpretar-se a questão do normal/patológico: os indivíduos distribuem-se em torno de um valor médio, para compor uma curva de normalidade. Este enfoque traz a possibilidade de comparação de um indivíduo com outros de sua espécie, com uma norma resultante de uma média para determinar a normalidade, ignorando contudo as possibilidades das variações individuais (Canguilhem , 1990). Podemos encontrar na psicologia esta noção de norma, como uma das formas de se entender a questão da normalidade - patologia.

Uma outra posição surgiu com o critério clínico, onde observa-se uma polaridade saúde-doença, situados cada um em um extremo, num "continuum", como a que foi utilizada no DSM III (Cunha, 1986, p.22).

Sob outra perspectiva, as próprias necessidades básicas do homem, quando surgem, apontam para algo que foge à sua referência, a um estado ideal de funcionamento, de constância , de homeostase. E o fato social reproduziria o corporal: o primeiro também tende para a regulação, a qual só é possível em virtude de normas sociais. Estas não são determinadas pela natureza, como as orgânicas: são concebidas pelo ser humano. Assim, o entendimento do normal e do patológico em relação ao psiquismo não poderia ser dissociado da compreensão da perspectiva histórica do indivíduo e de sua inserção no meio social, de sua cultura

(Milles, 1982), aspecto este incorporado também em várias abordagens psicológicas.

Para sintetizar esta análise, salientam-se alguns pontos: sempre buscou-se uma explicação para os distúrbios, tentando-se estabelecer os limites de normalidade e a ação frente aos sintomas foi determinada pelo saber científico e leigo de cada época. Nota-se ainda que alguns critérios para a delimitação dos parâmetros de normalidade e patologia - e os problemas delas decorrentes - ainda podem ser encontrados permeando o pensamento psicológico contemporâneo. Nesta análise também é possível entrever a ligação da questão normal/patológico com o aspecto social.

2. A DOENÇA MENTAL: CONCEPÇÕES DA PATOLOGIA PSICOLÓGICA

Nas obras de Freyze-Pereira (1985), de M. Foucault (1972) e de Franz Alexander (1970), encontrou-se algumas vertentes norteadoras do caminho percorrido para o entendimento desta questão sob o ângulo da psicologia que partiram do estudo dos adultos mentalmente enfermos.

A partir da Alta Idade Média o doente mental, que antes circulava livremente pela comunidade, passou a ser afastado do convívio social (Freyze-Pereira, 1985; Foucault, 1972).

No Renascimento a posição frente aos transtornos psicológicos foi ambígua: por um lado eles eram tidos como a expressão da verdade, de um saber inacessível ao homem racional e por outro, representavam a pior das "fraquezas humanas" (Freyze-Pereira, 1985; Foucault, 1972): eram interpretados como uma falha de ordem moral.

Do século XVI até o XVIII observa-se a existência de movimentos que procuravam isolar o doente mental. A condição de normalidade e de liberdade eram

privilégios dos que usavam a razão. O louco foi confundido com toda sorte de pessoas que a sociedade desejava excluir: era entendido como alguém que tinha "má vontade", que havia feito "uma escolha perversa" (Freyze-Pereira, 1985, p.69). O confinamento e a exibição pública a que era sujeito, visava incutir vergonha e culpa; contudo, por questões econômicas os doentes mentais terminaram por ser entregues às suas famílias, as quais deveriam mantê-los fora do convívio social. O julgamento e controle da doença mental passou para as mãos dos cidadãos, sendo criados os "tribunais de família" para julgá-la. A seguir surgiram os asilos, cuja função era a de ordenar a liberdade da mente, reconduzindo o doente "à racionalidade", cumprindo-se desta forma o papel assistencial e de proteção para a sociedade. Neste momento o médico ganhou um espaço e a loucura o status de doença (Freyze-Pereira, 1985).

Neste período surgiram Tuke e Pinel que se propunham a praticar a "humanização do internamento" (Freyze-Pereira, 1985, p.84). As bases educativas e morais eram marcantes, havendo castigos e privações aos que desobedeciam as regras, pois continuava-se a entender o doente mental como alguém que precisava corrigir seus erros, alguém que precisava submeter-se e que não era capaz de responder pelos seus atos (Foucault, 1972).

Com a Psicanálise de Freud no século XIX, surgiu a possibilidade de ver-se nos transtornos mentais, a revelação de "profundas verdades humanas", diminuindo-se assim a distância entre o normal e o patológico. A angústia, a dor, o desejo, as fantasias, seriam constitutivas do psiquismo e, "no encontro do médico com o paciente, agora estabelecia-se uma escuta, uma relação viva, onde algo que não se sabe surgia na consciência" (Freyze-Pereira, 1985, p.90). Nesta mesma época, os psiquiatras passaram a buscar a explicação das desordens do comportamento, da

afetividade e do pensamento nas causas orgânicas (lesões cerebrais), culminando com a classificação nosográfica de Kraepelin. Contudo, ainda permaneciam vivas, ao lado dos estudos científicos, as idéias de "erro", da falha moral, da perda da razão e da virtude, atreladas a etiologia dos problemas mentais (Freyze-Pereira, 1985).

A visão positivista esforçou-se para reabrir o hiato que separava o doente mental daqueles tidos como normais e, ao mesmo tempo, tentou eliminar a questão do julgamento moral. Isto passou a ser possível quando a loucura foi encarada como objeto de estudo daquele que detém um conhecimento e que realizava o enquadramento do doente em classificações psicopatológicas: o psiquiatra (Freyze-Pereira, 1985).

A antipsiquiatria, difundida na década de 60-70, procurava o entendimento da patologia negando-a enquanto "processo intraindividual exclusivo e estendendo-a ao grupo"(Alves, 1980, p. 172). Este movimento lançou uma grande polêmica sobre a questão da doença mental e suas origens.

Thomas Szasz, um de seus defensores, sustentava que a afirmação da existência de uma doença mental é, antes de tudo, "um problema ético, de juízo social" (Milles, 1982, p. 15) pois "as idéias, conceitos ou crenças do paciente são comparadas com as do observador e da sociedade em que ambos vivem" (Frayze-Pereira, 1985, p. 23) . Sem haver uma doença ou lesão cerebral que justificasse o sintoma, não se poderia concluir a existência de uma doença mental.

Laing também criticou o pensamento psiquiátrico da época, argumentando que pode-se entender um comportamento alterado a partir da determinação das pressões que a família e o meio ambiente exercem sobre o indivíduo. O doente seria um "bode expiatório", sem saída racional para atender as exigências maternas

contraditórias (duplo vínculo). Não haveria doença mental mas sim problemas no sistema de relações onde o indivíduo estava inserido.

Com os progressivos avanços científicos atuais, abriram-se muitas formas de se entender e tratar a doença mental e admite-se a importância da contribuição de inúmeras ciências para seu entendimento . Entrelaçam-se a sociologia, a medicina, a psicologia, a biologia, a antropologia , numa tentativa de atingir uma compreensão globalizada do ser humano. As teorias variam quanto à forma de explicar a causa, a evolução e o tratamento, umas enfatizando o aspecto orgânico (como os distúrbios bioquímicos), outras privilegiando os conflitos internos ligados a vida do indivíduo e fatores interpessoais. Em cada uma delas, os critérios de normalidade/patologia dependem da visão de homem que cada uma adota. Mas em todas elas, nota-se a impossibilidade de tratar-se a questão longe da emissão de "juízos de valor, em termos de 'isso está bem ou de isso está mal', embora se deva levar em conta o fato de que em cada cultura há distintos critérios valorativos" (Bohoslawski, 1971, apud Cunha, 1986, p.20).

Na atualidade aceita-se a idéia de que "as culturas diferem em suas definições de saúde, doença, processo de cura e que variam grandemente em padrões de criação de filhos, modelos, expectativas sociais e oportunidades de papéis"(Kaplan e Sadock, 1999, p.383), o que amplia a visão sobre os problemas mentais, tornando-a mais complexa.

Sintetizando-se os pontos que aqui interessam desta exposição: os problemas mentais, por serem manifestações bizarras e desconhecidas, ganharam destaque para o olhar social. Por muito tempo o doente mental foi isolado, temido e rejeitado, pois carregava um erro. Gradativamente surgiram diferentes movimentos científicos para tentar dar conta da explicação e do tratamento, acompanhados de uma "caça"

aos culpados: surgiu a responsabilização familiar e social pelos problemas mentais. Não parece difícil concluir que, com esta herança, a simples idéia da possibilidade de se ter alguém próximo a nós com um problema de origem psicológica, seja suficiente para gerar indagações, perplexidade, culpa e ansiedade.

Dependendo da concepção dos problemas mentais em cada época é que se tomavam as providências, que deveriam estar em conformidade com os moldes sociais e culturais, dos quais a questão de normalidade/patologia não pode mais ser dissociada.

3. E AS CRIANÇAS?

O exame acima mostrou-nos a evolução histórica da compreensão dos problemas psicológicos sob a perspectiva do adulto, sem mencionar a infância. Isto aconteceu porque até o começo do século XX, pouco se sabia até sobre "quem seriam as crianças"... Elas não foram entendidas da mesma forma ao longo dos séculos: a infância como um período com características específicas foi reconhecida há pouco tempo (Ariès, 1981).

Até o século XII, "parece que apenas a altura distinguia as crianças dos adultos" (Ariès, 1981,p.51). Cinco séculos mais tarde, ainda "não se reconheciam nas crianças nem movimento na alma, nem forma reconhecível no corpo" (Ariès, 1981, p. 56). Havia indiferença com a morte das crianças, tamanha era a sua insignificância e os problemas demográficos. Elas eram misturadas aos adultos e serviam de divertimento para estes. Se elas sobrevivessem o suficiente, passavam a ser criadas por uma outra família. Ao final do século XVII a escola passou a ter a função de educá-las numa clausura, onde ficavam confinadas. O interesse pelo estudo e pela educação das crianças começou dois séculos depois. A partir daí elas passaram a ter uma importância e um lugar na família.

A compreensão da infância ganhou um grande impulso com o surgimento da Psicologia do Desenvolvimento, no início deste século:

"À medida que os profissionais começaram a auxiliar as crianças (regulamentando o trabalho infantil, a educação e assistência social), também começaram a perceber a necessidade de conhecê-las, para que se pudessem avaliar os padrões de desenvolvimento e o comportamento normal" (Mussen, 1988, p.13).

Na primeira parte do século XX, as preocupações estavam voltadas para a descrição do comportamento "normal" para as diferentes idades, sendo Gesell um dos mais importantes representantes desta abordagem. Este enfoque reforçou a existência de uma norma ou padrão comportamental esperado para cada idade. O papel do meio ambiente ainda não era de fato reconhecido: a ênfase era nos processos de maturação e da hereditariedade, os quais eram tidos como os responsáveis pelas mudanças observadas na criança.

Com o surgimento das teorias de Freud, de Piaget e com o Behaviorismo, pode-se formar "a espinha dorsal da moderna psicologia infantil" (Mussen, 1988, p. 15), possibilitando uma explicação para as transformações que ocorriam durante o desenvolvimento infantil em vários aspectos, descobrindo o papel do ambiente neste processo e abrindo frentes de pesquisa científica. Tem-se aqui um exemplo em Bandura, com seus estudos sobre o comportamento imitativo das crianças.

Quanto à psicopatologia infantil L. Kanner (1976) diz que " até mais ou menos há uma geração atrás, a maioria dos psiquiatras sabia muito pouco acerca das crianças por experiência direta". O interesse sobre os problemas psicológicos na infância repousava apenas sobre aqueles casos que podiam ser enquadrados nas classificações clássicas existentes para os adultos.

Ao final dos anos 20, alguns estudos procuraram enquadrar as doenças mentais infantis como perturbações de origem somática, havendo então descrições das manifestações psicopatológicas, embora a base continuasse sendo o que se sabia sobre adultos mentalmente enfermos.

Homburger procurou romper com este enfoque, "dedicando muito espaço a tudo o que tinha relação com a psicologia, a psicopatologia e educação das crianças (...) mas os psiquiatras, em geral, não se interessavam por elas"(Homburger apud Kanner 1976, p. 43). As mudanças de posição sobre este tema só começaram a acontecer há apenas 40 anos (Kanner, 1976).

Hoje concebe-se que não foram apenas as modificações no campo da psiquiatria que propiciaram novos rumos nas posições científicas sobre a questão da normalidade/patologia na infância, mas também os progressos em outras áreas do conhecimento como a psicanálise, a psicologia, a pedagogia, e a sociologia, que atuaram como facilitadores mais recentes, para que pudesse ser reservado à infância um lugar privilegiado, reconhecidamente fundamental para todo o desenvolvimento futuro do indivíduo. Embora tais ampliações do saber científico sejam de suma importância, ainda se está a procura de uma visão integradora da criança.

Na referência do saber científico atual, encontra-se muitas definições de normalidade e patologia na infância, que variam segundo o apoio teórico dos autores. Tome-se, por exemplo, a posição de Soifer (1992) onde o conceito de saúde mental refere-se ao "grau de organização psíquica, de desenvolvimento libidinal e de aptidões psicofísicas adequados à sua idade cronológica" (p. 153). A síntese do que seria a enfermidade sob o ponto de vista psicodinâmico seria então a existência de:

" sintomas psíquicos, psicossomáticos ou de vida de relação, em consonância com conflitos inconscientes, ocasionados por múltiplas carências de aprendizagem que determinam vários pontos de fixação e por isso inibições, detenções e/ou aspectos defeituosos no desenvolvimento, com a conseqüente vigência de zonas confusionais e de desorganização no ego, a utilização de defesas que são prejudiciais e a persistência das atitudes simbióticas correspondentes a uma idade evolutiva anterior" (Soifer, 1992,p. 158).

Uma outra definição, que se propõe a não privilegiar nenhuma tendência teórica, seria a que encontramos no DSM IV, onde os transtornos mentais seriam:

"uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento ou incapacitação ou com um risco significativamente aumentado atual, morte, dor, deficiência ou uma perda importante da liberdade. (...). Ela não deve ser meramente uma resposta previsível e culturalmente sancionada a um determinado evento. Qualquer que seja a causa original, ela deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica do indivíduo. Nem o comportamento que apresenta desvios, nem conflitos primariamente entre o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a menos que o desvio seja um sintoma de uma disfunção no indivíduo, como descrito antes". (p. xxi).

Não se pode afirmar que, mesmo para os profissionais da área psicológica, seja fácil estabelecer uma definição de normalidade/patologia ou critérios etiológicos universalmente aceitos, sem que se incorra no risco de reducionismos. Na verdade, os campos do normal e do patológico na infância "não devem ser considerados como dois estados distintos um do outro, nem como uma fronteira (...), campos heterogêneos (...). O desenvolvimento, a maturação da criança são, por si sós, fontes de conflitos que, como qualquer conflito, podem levar ao aparecimento de sintomas" (Marcelli, 1998, p. 54)

Em relação à questão do sintoma psicológico na infância, percebe-se que, embora não se possa "definir descritivamente o que seja um sintoma, pois qualquer atitude ou reação pode ser considerada um sintoma" (Gorayeb 1985, p. 53), sendo necessário levar-se em conta certas condições (como ambiente, idade da criança, cultura, situações), e nem achar definições universalmente aceitas, poder-se-ia pensar no sintoma como "um sinal que evidencia uma perturbação" (Cunha, 1986, p. 15). Mas nem todo sintoma implica necessariamente em uma patologia em si mesmo (Cunha, 1986), pois ele também pode ser uma "tentativa de buscar soluções ou equilíbrio interno" ou ainda fazer parte do desenvolvimento (Gorayeb, 1985, p. 52), como já mencionou-se.

O sintoma também pode ser visto como um sinal de alerta, de que algo não vai bem, "de um pedido de socorro frente a algum empecilho surgido no desenvolvimento emocional " (Pinho, 1992 p. 224), como a expressão direta de uma falha no ambiente, captada pela criança, como um meio de buscar a conciliação entre necessidades psíquicas contraditórias ou ainda como a expressão de uma tentativa de se manter o equilíbrio mental (Gorayeb, 1985) .

Deve-se portanto admitir que o reconhecimento de um sintoma na infância pode ser difícil por diversos aspectos: é um período evolutivo complexo por si só, repleto de problemas passageiros, que não ocorre necessariamente de forma sincrônica em todos os setores, havendo "tensões e conflitos que fazem parte do desenvolvimento" (Beauchesne, 1980; Cunha, 1986), sendo muitas vezes complicado discriminar entre as variações da normalidade e a patologia. Muitas vezes a criança reage de formas diferentes à ambientes diversos.

Além disso, para que uma criança possa ter o seu comportamento reconhecido como patológico, um dos elementos necessários seria o de que os pais o notassem

como sendo diferente do habitual e, como vimos, isto é difícil, devido a própria natureza mutável do desenvolvimento normal. Como salienta Cunha, "os sinais precoces de um desajuste ou de um transtorno mais sério nem sempre são fáceis de detectar" (Cunha, 1986, p.14). Também temos a questão de que não se pode esperar que a criança tenha autoconsciência suficiente para demandar ajuda explicitamente.

De qualquer forma, um comportamento diferente, persistente, incompreensível, que causa sofrimento e que talvez, muitas vezes, não é percebido pela família como sintoma, só pode adquirir um sentido quando inserido numa compreensão mais ampla, complexa e integrada da história de vida da criança, da sua situação atual, da sua idade, do ambiente cultural e familiar no qual está inserida.

Quanto às considerações sobre a etiologia dos transtornos psicológicos na infância, houve uma época do entendimento psiquiátrico infantil (da mesma forma que nos adultos), onde a desadaptação da criança não podia ser explicada como derivada das atitudes parentais pois, na mesma família encontravam-se crianças adaptadas. Desta forma "o mal residiria na própria criança ou em algum lugar fora da família" (Kanner, 1976, p. 138). Surgiram então explicações como herança, constituição, problemas no sistema nervoso, influências de más companhias ou da televisão ou do ambiente. Admite-se atualmente que cada um destes fatores pode ter seu papel, mas não se pode dissociá-lo da compreensão das relações que se desenvolvem entre pais e filhos.

Neste panorama, não seria difícil supor-se que o saber leigo ainda encontra-se permeado por explicações confusas, preconceituosas e às vezes superadas do que é "normal e anormal" e que isto pode ter suas raízes na história e na própria situação do entendimento científico de que se dispõe.

O que se sabe hoje sobre as crianças, no domínio psicológico, reflete um conhecimento muito recente, inacabado, com muitas vertentes e ainda apresentando constantes modificações: como os pais poderiam absorver tamanha complexidade de fatos? Poder-se-ia esperar que conseguissem discriminar a normalidade/patologia, se dentro do próprio saber científico somos forçados a reconhecer a falta de uma visão unívoca e integradora? Como os pais poderiam ter uma interpretação clara do que ocorre com suas crianças, em meio a uma história da representação social dos problemas mentais tão preconceituosa e que busca a exclusão do "diferente" e de responsabilização do(s) culpado(s)? O que fazer se os sintomas na infância muitas vezes mantêm "um estreito relacionamento com outros problemas de natureza médica, social ou educacional" ? (Garralda, 1995, ix)

CAPÍTULO 2

OS PAIS FRENTE AO SINTOMA PSICOLÓGICO DA CRIANÇA: O QUE PENSAM E O QUE SENTEM?

O homem é o único ser capaz de refletir sobre o que o cerca, sobre si próprio e sobre questões como a normalidade ou patologia. O doente mental, historicamente, já foi tido pelos seus semelhantes como animal, possesso, perigoso, improdutivo, bode expiatório de culpas morais, objeto da ciência, vítima social ou familiar. Foi acusado e defendido, maltratado, desprezado, excluído, exposto ao ridículo, castigado, tratado indistintamente dos que tinham males físicos, rotulado, até que, em nosso século, surgiram preocupações mais humanas e científicas sobre os problemas psíquicos, como se pode perceber na revisão da literatura do capítulo 1.

A sociedade e a família em que ele se insere, por sua vez, também teve muitos papéis: serviu a interesses religiosos, econômicos e políticos, julgou, acusou, defendeu-se, policiou, hostilizou, discriminou, excluiu. Em nosso século também foram acusadas, criticadas e responsabilizadas pelos problemas mentais, embora sendo também, em alguma medida, defendidas.

Hoje coexistem muitas formas diferentes de se entender, explicar e abordar cientificamente os transtornos psicológicos, admitindo-se a implicação do aspecto social: é nele que o sintoma se expressa, é em relação a ele que se percebe a "diferença" e é nele que o doente se insere. O sintoma psicológico é, essencialmente, uma expressão que tem um sentido de relação e, portanto, social.

De maneira análoga ao adulto que apresenta um transtorno mental, a criança não pode tomar iniciativa sozinha para procurar auxílio ou mesmo perceber que precisa dele: ela depende do reconhecimento e da ação dos responsáveis por ela.

Sempre houve tentativas de entendimento, de busca de causas (Piccinini, 1988) que justificassem o comportamento tido como anormal, as quais eram difundidas no meio familiar, social e eram elas que determinavam a ação. A falta de controle sobre uma situação e o fracasso aumentam a "atividade de atribuição causal" (Piccinini, 1988 , p. 50).

Em relação a etiologia dos problemas de ordem psíquica, no meio leigo em geral, encontramos explicações vagas ou muito amplas: temos a hereditariedade, a atribuição causal do sintoma a problemas internos (como o caráter, o gênio, indisciplina, 'problemas da idade') ou a origens externas (como a influência da televisão de companhias ou ainda pela ação de forças sobrenaturais, religiosas), Desta forma, desconsidera-se as articulações com outros elementos, além dos fatores situacionais, os quais são entendidos linearmente (traumas isolados), sem levar em conta o tipo de estrutura psicológica daquele que recebeu o impacto doloroso. Existe assim a interferência da representação social do sintoma na interpretação da normalidade ou patologia, no entendimento do significado e da origem de uma patologia e estes aspectos podem perturbar a avaliação leiga de sinais e sintomas "numa dimensão apropriada" (Cunha, 1986, p.16).

Na referência de Milles (1982, p. 33), encontra-se uma passagem bastante oportuna:

"o reconhecimento e avaliação de uma mudança numa pessoa está longe de ser direto. As dificuldades surgem, em parte, porque as manifestações da perturbação mental são extremamente variadas e porque muitos tipos diferentes de mudança, alguns secundários e facilmente ignorados, outros fundamentais e perturbadores, são passíveis de ser considerados problemáticos. Além disso, as mudanças comportamentais ocorrem em contextos específicos e nem sempre são similarmente avaliáveis por diferentes observadores".

Somente quando os pais se defrontam com condutas que causam embaraço público ou quando se trata de uma aberração persistente e acumulativa, é que o reconhecimento do distúrbio parece ser mais rápido (Milles, 1982). Contudo, o "comportamento estranho, que só se manifesta intermitentemente (...), não apenas retarda o processo de reconhecimento (como sendo problemático), como também o torna mais difícil" (Milles, 1982 p. 37).

Em uma pesquisa elaborada por Star, na década de 50 (Star apud Milles, 1982), apenas os comportamentos mais perturbados e extremistas (como violência, agressão), foram reconhecidos pela maioria dos leigos entrevistados, como distúrbio mental. Em outra pesquisa onde as pessoas "interpretavam modificações comportamentais ou de outra ordem em indivíduos que lhe eram próximos" (Yarrow apud Milles 1982 p. 34), aquelas davam um sentido às diferentes manifestações não violentas, não sendo estas associadas a problemas psicológicos.

Há também o fato de que, em relação ao reconhecimento do sintoma como tal, sua etiologia e as ações decorrentes destes entendimentos, falta uma linha divisória clara entre o que seria de se esperar em termos de "desajustes passageiros e prolongados, o que faz com que as pessoas (...) confiem no tempo para o desaparecimento dos sinais observados" (Cunha 1986, p. 15). Encontram-se também problemas na infância que surgem "sem que se possa detectar uma causa aparente na observação das condições de vida da criança" (Soifer, 1985, p. 52), o que acaba por dificultar seu entendimento.

Noções acertadas sobre a existência de perfis gerais característicos a cada período evolutivo ou "de problemas típicos de conduta em uma determinada idade" podem ganhar interpretações familiares de 'fases que passam' pois a própria característica evolutiva da infância favoreceria esta explicação (Kanner, 1976, p. 69).

Outro ponto a ser considerado é o de que a compreensão da infância como uma época que tem as suas próprias particularidades, a existência de descrições dos comportamentos peculiares a cada faixa etária e as teorias psicológicas que visam dar conta da explicação do que ocorre nos domínios cognitivo, afetivo, psicomotor, social, da linguagem, etc., como vimos, é recente e, portanto, talvez ainda não façam parte do domínio leigo.

Um outro aspecto é o de que os pais também podem acabar interpretando os comportamentos infantis de acordo com seus próprios referenciais internos ou seja: para a mãe perfeccionista, o controle dos esfíncteres deve ser atingido com um ano enquanto que, para uma mãe tolerante, pode não ser motivo de preocupação se seu filho de quatro anos "molha a cama" (Kanner, 1976). A medida das exigências que são feitas às crianças e a maior ou menor tolerância ao problema que elas apresentam podem comprometer uma avaliação adequada da necessidade de auxílio psicológico(Cunha,1986; Berenstein, 1988, Beauchesne, 1980). Este fato é apontado em um artigo (revista VEJA, abril/2000) onde, ao salientar a desorientação dos pais na educação dos filhos pela proliferação de inúmeras teorias psicológicas (que mostram-se algumas vezes até antagônicas em relação ao caminho a ser tomado), além das profundas mudanças sociais dos tempos atuais, afirma que "os especialistas recomendam que os pais se guiem pela própria intuição" (p. 139).

Não parece ser difícil entrever, neste panorama todo, o que os pais poderiam sentir frente a um transtorno de comportamento em seu filho: medo, confusão, desorientação frente ao desconhecido, tentativas de achar explicações e soluções que dêem conta dos comportamentos incompreensíveis.

Mas, para além destes aspectos, seria importante refletir sobre o fato de que os pais estão intimamente ligados aos seus filhos. Analisando-se este ponto a partir de

uma perspectiva psicanalítica, a intuição de que os membros da família possam ter uma participação no sintoma da criança, pode despertar resistências nos pais, impedindo-os de ter uma visão objetiva da situação. As dificuldades emocionais dos filhos muitas vezes “encarnam e presentificam as conseqüências de um conflito vivo, familiar ou conjugal, camuflado e aceito por seus pais” (Mannoni, 1985). As questões não resolvidas por estes, surgem muitas vezes atualizadas no sintoma do filho, podendo mobilizar ansiedades e defesas contra elas, impedido-os de perceber que a criança precisa de ajuda (Soifer, 1983, Beauchesme, 1980). Se o sintoma do filho camufla os fantasmas parentais, é provável que os pais se afastem do tratamento psicológico pois este representaria o confronto deles com seus próprios conflitos, o que geraria muita angústia (Pinho, 1992). Algumas vezes "o adulto pode sentir-se posto em causa através da cura da criança" (Mannoni, 1967, p. 97).

Conforme o que se entende por doença mental em cada época é que se tomam as providências. Historicamente houve forças consideráveis no sentido de esconder, afastar, discriminar, pois a loucura era estranha, incômoda, perturbadora, inexplicável, ilógica, trazia vergonha. Hoje, quem sabe possa-se pensar em um sentimento de culpa dos pais, pois a sociedade e a família têm sido, em nosso tempo, responsabilizada pelos problemas psicológicos de seus membros: as atitudes que os pais têm para com seus filhos muitas vezes não são intencionais mas "cristalizações inconscientes das vicissitudes da vida"(Kanner, 1976, p.138).

O ataque ao narcisismo parental (utilizando-se um termo psicanalítico) representado pelo sintoma, fazendo com que sintam-se atingidos em seu amor próprio, em suas capacidades, os temores que os pais sentem, as culpas eles mesmos se atribuem ou que lhes são imputadas, a vergonha, os preconceitos quanto ao atendimento psicológico e quanto aos próprios transtornos mentais,

também agem como elementos que distanciam os familiares da ajuda, mobilizando defesas nos familiares (Shaw, 1972; Beauchesne, 1980; Soifer, 1983; Bergès, 1997).

"Em nossa sociedade é ainda forte o estigma do encaminhamento psiquiátrico e psicológico" (Wielenska, 1992, p.489). As explicações históricas dos transtornos mentais descritas no capítulo anterior, podem ainda fazer parte da herança de forças que nos impelem para torná-la algo que tememos, pois podem acabar trazendo vergonha, desprezo, humilhação e que, portanto, devemos ocultar o fato.

No capítulo V do livro de Freitas (1985, p. 70) encontramos a afirmativa que expressa a idéia de que quando, pela primeira vez, alguém cogita procurar um terapeuta, isto " mexe com as estruturas mais profundas, com o orgulho e com o amor próprio (...) porque a psicoterapia é uma alternativa que, quando surge, nunca é encarada tranqüilamente". Este fato relaciona-se com a identificação do corpo como sede das funções "inferiores" e o intelecto, como fonte da razão, da mente, marca da nossa superioridade em relação ao mundo animal. Desta forma, os distúrbios nesta última esfera, dissociada artificialmente do corpo , traria "inevitáveis sensações de incômodo, sentimentos de perda de auto estima e de medo de rejeição" (p. 71). "Diversos pesquisadores constataram que as famílias relutavam muito em admitir o distúrbio mental em um de seus membros (...) pois levaria a um exame de futuras alterações nos relacionamentos e nos papéis sociais (...) e também o estigma da doença mental contribuiria grandemente para a relutância das famílias em considerar esta possibilidade" (Milles 1982, p. 40).

Decidir procurar um psicólogo já representa uma admissão da existência de um problema psicológico. Esse "status de doente (...) mental, não é fácil nem livre de conflitos"(Cunha, 1986, p.24).

Outra questão também apontada por Freitas (1985) traz a análise da dificuldade de admitir-se a necessidade de buscar ajuda relacionada a "cultura competitiva, onde ninguém expõe ou compartilha os seus problemas (...) pelo medo da acusação de incapacidade " (Freitas, 1985, p.73), além da valorização dos ganhos imediatos ou a médio prazo.

A independência é muito desejável na sociedade contemporânea, exigindo-se a auto suficiência e, assim, poderia surgir o medo da dependência de um profissional para resolver os problemas.

Este breve exame do que talvez se passe no íntimo dos pais quando se defrontam com um problema psicológico nos seus filhos, pode estar relacionado com a hesitação, com as tentativas de acomodação, com a procura de soluções através de meios menos ameaçadores. Como aponta Anna Freud (1971, p. 114), "os pais se deixam guiar na avaliação quanto à seriedade da situação pelo impacto da neurose da criança sobre eles mesmos".

Certamente não há uma indiferença absoluta ao problema, pois, na maioria dos casos, eleito o sintoma, observam-se diversas reações ambientais, atitudes frente ao mesmo, tentativas de solução dentro dos próprios recursos familiares; fracassadas estas, os pais abrem-se para o meio social mais próximo e, por fim, procuram o médico ou são procurados pelos professores (Milles, 1982). É principalmente através destes últimos que recebemos os pequenos pacientes em nossos consultórios. A partir daí acha-se uma literatura imensa, com múltiplas bases teóricas, que visa dar conta do que fazer. Mas e antes? Há uma lacuna, um vazio, onde a criança debate-se, tentando fazer-se entender, pedindo ajuda àqueles de quem depende para que reconheçam o sintoma e partam em busca de uma ajuda efetiva e da cura.

E parece que somente no momento de frustração, onde todas as tentativas de solução e acomodação fracassam, é que se decide pela procura do psicólogo: é com ele que então buscam saber o que já intuem. Certamente, até se chegar a este ponto, parece que muitas dificuldades precisaram ter sido superadas.

CAPÍTULO 3

O CAMINHO: AS AÇÕES CONDICIONADAS ÀS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SINTOMA PSICOLÓGICO

Embora a presente pesquisa não se refira às representações sociais em si, acredita-se que os conhecimentos desta área possam ser úteis. A fim de entender-se esta relação, é necessário resgatar-se brevemente alguns pontos. Para Moscovici, (apud Trindade, 1997, p. 208), "a função principal das representações é transformar o desconhecido em familiar" e a representação social seria "um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originado na vida diária, no curso de comunicações inter-individuais" (Trindade, 1997, p 209). Com isto pretende-se afirmar que há uma relação estreita entre a ação e a representação que se tem sobre algum fato. Desta forma, tanto fatores macro sociais como micro-sociais "interferem na produção de representações, uma vez que constituem o contexto onde elas são elaboradas" (Trindade, 1997, p.209). Assim sendo, as representações "orientam os indivíduos, ajudam-no a conhecer, interpretar, classificar, ordenar objetos e a justificar atos, tornando inteligível a realidade" (Bonin, 1987, p.81).

Embora os problemas psicológicos sejam antigos, a compreensão científica dos mesmos é recente e inacabada. Tem-se, portanto, que levar em consideração os aspectos que as representações sociais da doença mental levantam. O caminho percorrido para buscar ajuda para alguém que apresenta um distúrbio psíquico tornou-se longo, indo da percepção inicial do sintoma, passando pela tentativa de explicá-lo, de atribuir-lhe um grau de severidade, decidindo se há ou não uma patologia, procurando aconselhar-se no meio social imediato, tentando acomodar-se ou normalizar o fato até a procura de um profissional especializado (Milles, 1982).

Desta forma, quando a família chega a um "diagnóstico", a maioria delas continua a questioná-lo junto ao grupo social mais próximo, que compartilha da mesma cultura (Milles, 1982), pois em:

"todas as sociedades existe uma concordância quanto ao que é o funcionamento normal e uma valorização do anormal como algo indesejado, que deve ser transformado em normal" (Milles, 1982, p. 13).

Admitir o distúrbio psicológico em um membro da família ainda é muito difícil e ameaçador e as soluções não são tão cômodas como em épocas passadas, onde simplesmente excluía-se o doente, tornando-o um problema distante. As pessoas vão em busca de opiniões e recebem do grupo social interpretações, conselhos e sugestões quanto aos procedimentos, o que revela implícita ou explicitamente, um diagnóstico e um encaminhamento leigo, que é definido " pela cultura ou conhecimentos específicos que as pessoas tem sobre a saúde e seus agentes e pelas inter-relações dos leigos de quem são buscados o conselho e o encaminhamento" (Freidson apud Milles, 1982 p. 42). Isto faria com que a pessoa que recebe as sugestões sintasse em conformidade com a normas sociais do grupo a que pertence.

Feito esta "consulta", resta decidir seguir acomodando-se ao problema ou buscar um profissional qualificado. Milles (1982) aponta que há muitas razões para decidir-se pela primeira atitude, entrando em jogo, entre outras coisas, a perturbação que gera a idéia de problemas mentais em alguém próximo, o estigma, a aceitação do fracasso. Outra saída é a tendência a normalizar o distúrbio.

Cunha salienta que "é a tentativa frustrada de superar a situação que leva à decisão de busca de ajuda. Tem, portanto, muita influência a maneira como são

percebidos os sintomas, bem como o conceito de doença mental no meio cultural do paciente" (Cunha, 1986, p. 23).

O reconhecimento precoce e a tomada de providências depende também da atribuição da gravidade aos olhos da família. Um comportamento socialmente perturbador, da mesma forma, evoca uma urgência maior, assim como a "desintegração" de papéis sociais, e como em geral, na criança, estes se iniciam com a entrada na escola, ficaria mais difícil de reconhecer rapidamente a necessidade de ajuda. Crianças que vivem mais junto à sua família, com um círculo de contatos sociais mais restrito, também podem ter dificuldades para que seus sintomas sejam reconhecidos. (Milles, 1982, p.38).

O rompimento da acomodação familiar pode vir como decorrência de fatores sociais e também pelo agravamento dos sintomas (Milles, 1982). O próximo passo seria a escolha do profissional, o que dependeria do status econômico, da acessibilidade, disponibilidade de tempo e de como o problema é definido. Aqui, se a decisão é pela interpretação da existência de uma doença, o médico é o primeiro a ser buscado.

Como podemos observar na pesquisa de Graminha e Martins (1993), cerca de 75% da população que chega ao Serviço de Atendimento Psicológico da USP vem por sugestão de profissionais (46,0% foram encaminhados por médicos e 25,3% chegam por indicação de educadores). Shaw (1977) salienta que os professores teriam "uma objetividade a respeito das crianças que nenhum pai pode ter. Têm a experiência do conhecimento de muitas crianças e um amplo padrão de normalidade com que comparar cada criança" (p. XII). Também refere-se a sua experiência em um hospital, onde "apenas 3% das crianças chegavam porque os pais tinham

reconhecido a necessidade da criança ser atendida por um serviço psicológico" (p. 3).

Em todos os tempos, a doença mental tornou-se o que dela foi feito, o que dela se pôde entender. Mas ela ainda pertence a muitos domínios, mostrando-se complexa, confusa, retalhada e parcial. Certamente ainda não se compreende os transtornos psicológicos o suficiente, mas pode-se imaginar como é difícil ser considerado ou "sentir-se diferente". A imagem pública negativa, o estereótipo tradicional da doença mental, o estigma, a incapacitação, o isolamento social, ainda são alguns dos fantasmas que podem estar rodeando o doente e os seus familiares.

A DOENÇA MENTAL SOB A PERSPECTIVA SOCIAL.

Provavelmente foi devido à realidade palpável da doença física que fez com que ela se separasse do domínio leigo e prevalecesse o critério médico para sua definição e tratamento. Os avanços da investigação científica, a possibilidade de estudos quantitativos começaram a delinear mais claramente as fronteiras dos desvios que ocorrem no corpo.

No domínio psíquico, o critério social da normalidade e patologia prevaleceu por muito tempo e, ainda hoje, permeia as decisões sobre a questão de "quem é o doente mental". Na falta de um objeto de estudo concreto é nas diferentes culturas e sociedades, na qual o doente está inserido, que encontram-se movimentos que tentam definir as normas do pensamento e do comportamento.

A etnologia esforça-se por "encontrar um sistema de referência universal" (Freyze-Pereira, 1985 p. 35) para entender-se o comportamento humano. E esta referência faz com que a compreensão das patologias não possa ser desvinculada

da cultura onde o doente está inserido, pois cada povo tem o seu modelo de normalidade/patologia.

Nas culturas primitivas qualquer manifestação de anormalidade era tida como uma manifestação sobrenatural ou como uma evasão da alma e a cura era realizada através de rituais de magia. O indivíduo, tido como "possuído", era aceito e vivia pública e livremente sua loucura. Na antigüidade a loucura fazia parte do domínio dos deuses, do sagrado. Curiosamente, ligando-se a este aspecto, encontrou-se uma pesquisa recente (Gonzaga, 1996), realizada na periferia de Maringá, onde verificou-se, dentre outras coisas, quais seriam os meios de acesso daquela população às informações sobre saúde e doença mental. Os principais foram televisão (jornal, novelas e filmes) e rádio (AM e FM) e os locais mais freqüentados pelas pessoas eram igrejas, casas de parentes e amigos. Nesta população, a autora detectou uma resistência a falar sobre o tema "doença mental" e um desconhecimento "médico" de sua definição. A concepção de saúde ou de doença psicológica desta população foi "confusa, distorcida e impregnada de caráter emocional e de valor (...). A crença religiosa está sempre presente na fala dos entrevistados, como se obrigatoriamente a pessoa tivesse de crer em algo espiritual para se livrar da doença mental e até mesmo aliviá-la" (Gonzaga, 1996, p.196).

A antropóloga Ruth Benedic mostrou como o conceito de normal "constitui uma variante do conceito de 'bom': um ato normal é um ato bom, aprovado pela coletividade, de acordo com o ideal do grupo" (Jaccard, 1981,p.34). Mas ainda, embora com sua grande dose de verdade, há o lado perigoso de tal visão: se pensamos que o indivíduo pode estar doente, a sociedade é sempre necessariamente normal, o que não representa a verdade. Em sociedades enfermas, a normalidade seria a rebelião contra ela (Jaccard apud Devereux, 1981).

Na atualidade, a antropologia médica mostra estudos que revelam que "em todas as culturas humanas realizam-se esforços para tentar definir o que seja normal e patológico, visando a cura "(Kaplan, 1999, p.383).

Na análise de Milles, critérios sociais e culturais permeiam a avaliação e a ação social. Isto é, em cada sociedade e cultura, existe uma idéia do que é normal compartilhada por todos e que nem todo desvio é encarado como doença : " alguns são vistos como criminalidade, perversidade, maus modos, pecado, traição" (Milles, 1982, p.13) e a decisão de que profissional procurar, está condicionada a este entendimento.

O interesse de sociólogos no campo mental cresceu provavelmente por perceberem seu envolvimento direto nas questões da doença mental. Surgiram estudos ligados a teoria da rotulação, que afirmavam que o desvio do comportamento só recebe este status se a sociedade assim o declarar. Assim, o que menos importaria na produção do desvio, seriam as características pessoais e da ação. Por sua vez, estes fatores eram importantes para os partidários da abordagem clínica tradicional, que preocupam-se em encontrar a causa do comportamento e uma forma para tratá-lo.

Na visão dos sociólogos mais extremistas, o foco deve centrar-se "nos processos sociais pelos quais certas ações passam a ser rotuladas de desviantes em uma sociedade particular" (Milles, 1982, p.22): este é o cerne da teoria da rotulação. Thomas Scheff aplicou esta teoria à doença mental, verificando que a pessoa mentalmente enferma desvia-se das normas aceitas pela sociedade, transgride-as e que muitas destas transgressões são desculpadas e aceitas. Mas quando são graves, o indivíduo passa a ser denominado de "louco". O rótulo passa então a definir quem é o doente mental (sem esquecer-se que este rótulo traz

conseqüências sociais importantes para quem é assim denominado). Psiquiatras norte-americanos foram incluídos na pesquisa de Sheff, o que levou o autor a concluir que os mesmos preocupavam-se em afixar rótulos aos violadores de normas e, portanto tornavam-se "agentes de controle social e legal" (Sheff apud Milles, 1982, p. 24). Na visão crítica de Milles (1982), isto equivaleria a dizer que é o rótulo que produz a loucura, havendo um desprezo pelo valor do sintoma em si. Quanto à crítica ao serviço psiquiátrico investigado por Sheff, Milles (1982, p.24) diz que a prática psiquiátrica transformou-se muito ao longo do tempo e que não se pode generalizar a conclusão de que os profissionais, atualmente, simplesmente validam a opinião popular.

Dependendo do entendimento existente em cada época a respeito das concepções causais é que se define o que fazer. E a figura do médico esteve e está presente nesta questão, como "profissional da cura", pois há um "desvio da saúde". Por muito tempo a sociedade chamou-o para validar o diagnóstico social.

Como conclusão deste capítulo, tem-se que as ações dos pais frente aos sintomas da criança, são orientadas primeiramente de forma intra familiar e depois por outros familiares ou pessoas próximas, ficando assim evidente o papel social e cultural na definição de critérios de normalidade e patologia. Em geral há tentativas de solução e de explicação do problema no meio social mais próximo, o que demanda tempo e espera. Profissionais da área de saúde e da educação são os que, em geral, dão um encaminhamento mais objetivo ou seja, indicam a procura de um psicólogo.

CAPÍTULO 4

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PSICÓLOGO E DO SEU TRABALHO

A prática da psicologia é recebida, percebida e incorporada pelos leigos, mas também recebe deles uma reelaboração, uma modificação (Weber, Rickli e Liviski, 1994). Como a representação social "determina o comportamento e as atividades dos indivíduos, é de se esperar que estes ajustem sua demanda ao que para eles seja a Psicologia" (Weber, Rickli e Liviski, 1994, p. 73).

O que os pais poderiam então pensar sobre o psicólogo e seu trabalho (terapia é para loucos, para pessoas incapazes de resolver sozinhas seus próprios problemas, demora muito, custa caro, deixa dependente; o psicólogo resolve os problemas, diz o que a gente deve fazer), relaciona-se também com a própria representação social do que são os problemas psicológicos, como já foi exposto anteriormente, do profissional que lida com este problema e com o que dele se espera. Não se pode esquecer também do fato de que: " a eficiência e adequação dos serviços prestados em psicologia clínica dependem, em boa parte, das expectativas que profissionais e clientes têm sobre a terapia, e da própria imagem que os psicólogos constróem de si mesmos e da sua prática enquanto terapeutas" (Gomes, 1996).

Em um trabalho publicado em 1994, Weber , Rickli e Liviski apontam o fato de que "a representação que o público leigo tem do psicólogo e da psicologia tem se apresentado de uma forma equivocada e limitada" (p. 71).

Em 1991, Weber investigou "a imagem do psicólogo e da psicologia" (p. 73) em Curitiba. Esta pesquisa demonstrou que, em linhas gerais, a área de atuação mais conhecida pela população é a do psicólogo clínico (o que correspondia a uma realidade naquela época, ou seja, a maioria dos psicólogos atuavam nesta área),

apresentando uma visão positiva do profissional, cuja função seria a de "solucionar problemas" (p. 73), embora acrescente que: "psicólogos e estudantes de psicologia têm enfrentado, muitas vezes, situações onde são surpreendidos com uma representação social bastante limitada ou totalmente equivocada acerca desta profissão e área de conhecimento, muitas vezes comparada com misticismo, religião, engodo, clarividência, medicina ou folclore" (p. 74).

Em uma pesquisa realizada em São Paulo (Weber apud Leme e colaboradores, 1989), com alunos de psicologia, mostrou que estes acreditavam que o trabalho do psicólogo teria uma conotação negativa para a população. A autora analisa ainda que a perpetuação, nos cursos de graduação, do enfoque patológico e, conseqüentemente, em técnicas psicoterápicas, seriam também responsáveis pela geração de profissionais com um campo de atuação restrito (Weber, 1994) . Na verdade isto contribuiria para que, ao ingressarem no mercado de trabalho, os profissionais reforçassem esta percepção na população. Como apontam os trabalhos de Weber, o próprio psicólogo estaria implicado nas representações sociais limitadas que se tem de sua atuação e da própria Psicologia. Esta seria uma outra discussão, embora não menos importante...

O fato é que a nossa população entende que os psicólogos se ocupam primordialmente das funções mentais (45% respondeu que o psicólogo lida com a "mente, distúrbios da mente, doenças psicológicas, alma, parte neurológica, personalidade e psique" - Weber, 1991, p. 77) e do comportamento humano (34,5%). Continuando a refletir sobre os achados de Weber, a maioria da população conhece a profissão do psicólogo "ainda que este conhecimento nem sempre seja muito completo ou claramente definido" (Weber, 1991, p. 78). Muitos se referem ao psicólogo como "uma pessoa" e não como "um profissional (...)" e esperam que ele

solucone problemas" (Weber, 1991, p. 80) . A maioria absoluta da população (78,2%) nunca procurou um psicólogo e quem o fez foi por um problema específico. Neste ponto Weber (1991) levanta uma possível explicação, apoiando-se no baixo poder aquisitivo da população em geral. Os entrevistados trazem como motivações para se buscar um psicólogo a necessidade de ajuda "em seus problemas" (21,5%), quando se tem algum "problema específico como vícios, depressão, complexos" (18,3%) ou ainda por causa de abalos mentais (14,1%). Nesta análise ela conclui que há "um forte indício de que o estereótipo da ligação entre o trabalho do psicólogo e a loucura está em declínio" (Weber, 1991, p. 84).

O trabalho do psicólogo nesta pesquisa é apontado como orientar, conversar, escutar, aconselhar (25,1%), seguido de solucionar problemas (17,5%), ajudar a resolver problemas mentais (9,7%), sem haver referências a questões de prevenção.

Concluindo sua pesquisa, Weber (1991) assinala que a imagem de "amigo, confidente, conselheiro, ainda "aparece em grande parte das respostas" (p. 89).

Para Ribeiro e colaboradores (1997), da noção de que o psicólogo tem como atribuição ajudar, e isto engloba orientar, aconselhar, é fácil perceber-se o porquê, ainda, da existência da idéia de dependência, atrelada ao nosso trabalho: espera-se que façamos algo. A herança do modelo médico, atualizada pela "prática clássica" , coloca aquele que nos procura em uma posição passiva.

Em outro trabalho (Gonzaga, 1996) a população investigada (periferia de Maringá) afirma a necessidade do médico para tratar as doenças mentais. Mas nenhum dos entrevistados acredita na cura , "mesmo com tratamento medicamentoso ou outro tipo de tratamento(...). Nenhum dos entrevistados soube dizer qual é a função do psicólogo no tratamento do doente mental" (p. 196).

CAPÍTULO 5

A INVESTIGAÇÃO

Com base nas considerações expostas nos capítulos precedentes, pretendeu-se pesquisar se os pais demoravam mais de 6 meses entre a época em que eles situavam o aparecimento do sintoma e a chegada até o psicólogo. Após verificar-se se a demora ocorria, foi investigado se os aspectos abaixo descritos apareciam relacionados àquela:

- os pais não reconheciam claramente o que é normal/patológico na infância.
- Os pais sentiam-se confusos/ com medo/ culpados/ com vergonha/ tristes/ fracassados / desanimados/ desafiados e preocupados .
- Embora não entendessem de onde vêm o sintoma, faziam conjecturas sobre as causas, tentando explicá-lo .
- Os pais procuravam solucionar o problema psicológico da criança de modo empírico, no meio intra familiar.
- Discutiam o problema no meio familiar mais próximo com amigos ou com profissionais, recebendo encaminhamentos.
- Quando não obtinham sucesso em suas tentativas, acabavam procurando o psicólogo.
- Faltava aos pais um conhecimento adequado e/ou talvez tivessem informações imprecisas ou incorretas, sobre o psicólogo ou seu trabalho.

CAPÍTULO 6

METODOLOGIA

Participantes

Foram selecionadas ao todo quarenta e quatro famílias (quatro para compor o grupo piloto para testagem do instrumento e mais quarenta para a amostragem da pesquisa propriamente dita), obedecendo a ordem de inscrição para obtenção de uma vaga para a realização do psicodiagnóstico infantil no Instituto Paranaense de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná(IPP). Foram controladas as seguintes variáveis: grau de instrução (pelo menos um dos pais havia concluído, no mínimo, o 2º grau), nível econômico (uma renda familiar a partir de quatro salários mínimos) e ausência de qualquer contato prévio dos pais com o psicólogo que atenderia o caso .

Instrumento

Foi utilizado o questionário (anexo 4), preenchido diretamente pelo responsável pela criança (em 100% no caso do estudo piloto e de 67,5% da amostragem da pesquisa propriamente dita) ou pela própria pesquisadora, por telefone, caso o primeiro procedimento não fosse viável (por questões de tempo e/ou opção do respondente) .

O questionário foi elaborado tendo como base a experiência clínica e a pesquisa teórica já descrita anteriormente.

Na formulação das questões optou-se pelo uso de termos que não fossem técnicos, para facilitar a compreensão dos mesmos pelos respondentes, como por exemplo "problema ou dificuldade psicológica" ao invés de "sintoma psicológico".

Estudo piloto

Procedimento: o instrumento foi previamente testado com quatro famílias com o objetivo de verificar sua validade. Foram seguidos os seguintes passos: solicitação de permissão à Diretora do IPP para a realização da pesquisa por meio de uma carta (anexo 1), acompanhada de cópia de todo o material necessário à efetivação da pesquisa; após a obtenção da permissão, seguiu-se a etapa de seleção dos inscritos que preenchiam os requisitos da pesquisa descritos acima, tendo como base a ordem de inscrição no IPP. Realizou-se então um contato telefônico com os responsáveis pela criança, com a finalidade de convidá-los para participar da pesquisa. Nesta oportunidade, os seguintes aspectos foram esclarecidos a eles pela pesquisadora, de forma padronizada:

- a investigação visava conhecer o que os pais pensam sobre as dificuldades emocionais das crianças;
- a pesquisa seria realizada observando-se o sigilo e a ética, através do preenchimento de um questionário pelo responsável pela criança ou pela própria pesquisadora. Apenas esta terá acesso às informações fornecidas;
- a aplicação do instrumento seria feita exclusivamente pela psicóloga que desenvolve a pesquisa, acompanhada de uma carta de apresentação que fazia parte do mesmo;
- a pesquisa poderia ser respondida no mesmo dia da consulta inicial do psicodiagnóstico ;
- o preenchimento do questionário não deveria exceder a quarenta minutos aproximadamente e a pesquisadora estaria à disposição, caso necessitassem de algum esclarecimento sobre as questões, permanecendo a mesma na recepção;

- apenas os dados numéricos globais resultantes da pesquisa poderiam ser divulgados;

- caso fosse necessária a divulgação de algum fato ou declaração, isto só seria possível mediante consulta prévia aos pais ou responsáveis pela criança e autorização por escrito, assinada pelos mesmos, mantendo-se a omissão total de qualquer dado que porventura possa identificar a criança ou sua família.

O procedimento constou de duas partes: a primeira, realizada via telefone, objetivou a coleta de informações relativas aos dados da amostra, para o controle das variáveis já citadas. Caso as informações não preenchessem os pré-requisitos necessários, a entrevista era encerrada. Caso contrário, seguia-se a segunda parte, relativa ao agendamento de uma data e hora e a aplicação do questionário propriamente dita, realizada preferencialmente na mesma data da primeira consulta para o psicodiagnóstico, com cerca de quarenta minutos de antecedência da mesma, no IPP. Este procedimento visava evitar novos deslocamentos dos pais .

Quando o responsável pela criança aceitava participar da investigação e os dados fornecidos preenchiam os requisitos relativos ao controle de variáveis estabelecidos, o procedimento de coleta de dados era iniciado. Na data marcada, o responsável pela criança era recepcionado pela pesquisadora devidamente identificada, que o conduzia à uma sala previamente reservada, para que pudesse responder às questões. Havia a reiteração do que lhe foi dito pelo telefone quando da ocasião do convite para participar da pesquisa. Entregava-se a carta de apresentação (anexo 3) e o questionário (anexo 4), recebendo também as seguintes instruções padronizadas, de forma verbal:

- deveria ler cada questão e respondê-la de maneira a expressar sua opinião pessoal;

- poderia marcar tantas alternativas quantas correspondessem à sua opinião ; caso ficasse em dúvida sobre alguma pergunta, poderia deixá-la em branco, para que o pesquisador pudesse fazer, posteriormente, os esclarecimentos cabíveis.

O responsável pela criança permanecia então sozinho para responder o questionário .

Procedimento da pesquisa propriamente dita

Após a realização do estudo piloto e ajuste do instrumento, foram selecionadas mais 40 famílias para participarem da pesquisa, da mesma forma utilizada para escolher o grupo do estudo piloto. O convite para participação na pesquisa e os demais procedimentos também foram realizados seguindo os mesmos passos descritos anteriormente, sendo que foi aberta a possibilidade de opção, por parte dos responsáveis, de responderem o questionário pelo telefone (32,5% fizeram esta opção), com o objetivo de abreviar-se a coleta dos dados. Nestes casos, cada pergunta e suas respectivas alternativas eram lidas pela pesquisadora, que também anotava as respostas dadas.

Análise dos resultados.

O método utilizado foi o da Análise Estatísticas dos dados obtidos .Os resultados foram analisados como se segue:

- a) categorização das perguntas abertas a partir das respostas obtidas;
- b) tabulação de cada resposta ;
- c) agrupamento das questões que pertencem ao mesmo grupo e estabelecimento das possíveis relações entre elas ;
- d) análise qualitativa dos resultados a partir dos dados quantitativos obtidos, visando obter as seguintes informações:

- há demora na procura do psicólogo (fixada aqui arbitrariamente como mais de 6 meses entre a época em que os pais situam o início do sintoma e a chegada ao psicólogo), podendo a mesma estar relacionada a um ou mais dos seguintes aspectos:
 - à dificuldade dos pais em reconhecerem o que é normal/patológico na infância;
 - ao que os pais sentem quanto ao sintoma;
 - ao que pensam sobre o sintoma.
 - Às ações parentais frente aos sintoma que:
 - inicialmente procuram acomodar-se a ele (tolerar, ignorar esperar ou procuram alterá-lo), o que leva tempo;
 - discutem o problema com familiares, amigos próximos e profissionais de áreas afins, experimentando formas diferentes de eliminar o sintoma, o que também retardaria a procura pelo psicólogo, recebendo encaminhamento para que busquem o psicólogo;
 - procuram o psicólogo como último recurso, quando todas as tentativas de acomodação e solução fracassaram.
 - Ao que os pais pensam sobre o psicólogo e seu trabalho.
- e) cálculo da porcentagem de cada item ou categoria de cada questão. Os dados numéricos foram analisados separadamente e/ou em relação uns com os outros.
- f) Apresentação dos resultados em forma de tabelas;
- g) comparação dos resultados obtidos com a literatura existente;
- h) análise e discussão dos resultados.

CAPÍTULO 7

ANÁLISE DOS RESULTADOS

O quadro I a seguir expõe a relação entre cada questão que compõe o questionário e os aspectos pesquisados.

Quadro I

Demonstração da relação de cada aspecto pesquisado com as questões do questionário

H/Q	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	X											
2							X					
3 a					X							
3 b		X				X						
4 a			X									
4 b			X	X								
4 c			X									
5								X	X	X	X	X

- 1. os pais demoram mais de 6 meses entre a época em que eles situam o aparecimento do sintoma e a chegada até o psicólogo? Caso esta demora seja constatada, ela poderia estar relacionada aos aspectos abaixo relacionados:
- 2. a dificuldade dos pais em reconhecerem o que é normal ou patológico na infância;
- 3 a .ao que sentem frente ao sintoma do filho;
- 3 b .ao que pensam frente ao sintoma do filho;
- 4 a .a procura soluções intra-familiares para discutir o sintoma, tendo diversas atitudes visando a eliminação do sintoma (ações parentais);
- 4 b .a consulta ao meio social mais amplo, médicos e professores (ações parentais) que freqüentemente fazem indicações de procura ao psicólogo;

4 c .a procura do psicólogo em último lugar (ações parentais).

5 . a existência de idéias pré concebidas sobre o psicólogo e seu trabalho.

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

OS PAIS

A situação financeira familiar (rendimento mensal mínimo de 4 salários mínimos) que foi selecionada como condição para o preenchimento do questionário, teve como fundamento a exclusão da situação de pobreza e suas decorrências.

Em relação ao grau de escolaridade, 85% dos pais e 90% das mães possuem, no mínimo, o 1º grau completo. Estas apresentam maior grau de escolaridade em geral que os pais, mas são estes que chegam a concluir mais freqüentemente a formação superior (22,5%). A minoria da população tem um dos cônjuges que não concluiu o primeiro grau. Supõe-se que, desta forma, a maior parte da população entrevistada possa ter tido acesso a uma formação escolar mínima, o que lhe proporcionaria a aquisição de conhecimentos e informações gerais básicos.

A maioria dos entrevistados concentraram-se em uma faixa etária a partir de 31 anos (75%), o que poderia possibilitar um certo grau de maturidade dos mesmos.

A pesquisa revelou que 60% das famílias possui mais de um filho (ou enteado) no local onde residem, o que traria aos pais a possibilidade de ter outras crianças como referência para a apreciação do desenvolvimento e do comportamento infantil. A presença de ambos os cônjuges na vida familiar ou de um padrasto também é notada em 70% das famílias entrevistadas.

Grande parte das mães não trabalhava fora de casa ou trabalhava apenas meio período na época da pesquisa (40% e 27,5% respectivamente). Já os pais ou padrastos, em sua maioria absoluta (92,5%), trabalhavam em período integral, fora de casa. Supõe-se desta forma que sejam as mães que tenham maior contato com

os filhos, por estarem mais tempo em casa, e assim seriam elas que poderiam ter a oportunidade de perceber o surgimento do sintoma na criança. São as mães, em sua maioria (90%), que compareceram à Clínica de Psicologia e que responderam ao questionário.

A CRIANÇA

Tabela 1. IDADE DA CRIANÇA

Idade	N.º	%	%
3-4 anos	8	20	32,5
5-6 anos	5	12,5	
7-8 anos	10	25	67,5
9-10 anos	8	20	
11-12 anos	9	22,5	

Tabela 2. SEXO DA CRIANÇA

Sexo	N.º	%
Feminino	21	52,5
Masculino	19	47,5

Tabela 3. TRATAMENTOS PSICOLÓGICOS ANTERIORES

Realizados	N.º	%
Sim	5	12,5
Não	35	87,5

Notamos que 67,5% das crianças que chegam ao IPP encontram-se em uma faixa etária entre 7 a 12 anos, como pode ser visto na tabela 1. Disto pode-se concluir que a idade mínima de chegada à Clínica, na maioria dos casos, é de 7 anos. Em relação ao sexo da criança, não se observou diferença significativa(tabela 2).

A pesquisa aponta que 12,5% das crianças já haviam realizado algum tipo de tratamento psicológico ou haviam tido algum contato com psicólogo anteriormente, sendo todos eles interrompidos (tabela 3).

Uma das crianças (atualmente com 11 anos) fez um ano e meio de psicoterapia (interrompida há 5 meses por questões financeiras). O primeiro encaminhamento para atendimento psicológico que ela recebeu havia sido através da escola, há 4

anos. Hoje ela continua apresentando as mesmas dificuldades que tinha naquela época.

Outra criança, atualmente com 6 anos, fez sete meses de tratamento psicológico, suspendendo-o há 6 meses atrás, por não se ter "chegado a nenhuma conclusão sobre atraso geral no desenvolvimento"(sic) que ela apresentava (o mesmo havia sido notado desde que tinha 3-4 anos).

Uma outra (hoje com 10 anos) fez, por dois meses, sessões de psicoterapia, sendo estas interrompidas há 7 meses, por questões financeiras. Retorna atualmente pois os problemas que ela apresentava desde os 7 anos continuam.

F., uma menina de 7 anos, foi atendida por um psicólogo por aproximadamente 8 meses. Na época tinha perto de 6 anos e já havia indicação médica para que procurasse este atendimento desde que tinha 4 . Retorna à consulta a pedido da escola, com complicações nos sintomas.

A última criança iniciou tratamento psicoterápico quando a escola indicou, há um ano e meio atrás. Fez 4 sessões e não quis mais ir. Está atualmente com 10 anos e as dificuldades aumentaram.

O que podemos observar é que as crianças que já passaram por atendimento psicológico e hoje retornam, chegaram àquele depois de, no mínimo, estarem apresentando sintomas por mais de um ano.

O PROBLEMA E SUAS RELAÇÕES.

- **OS PAIS DEMORAM A PROCURAR O PSICÓLOGO?**

A tabela 4 a seguir foi elaborada a partir das respostas dadas pelos pais à questão 1 do questionário, onde deveriam escrever quais eram as dificuldades do filho. As respostas foram categorizadas arbitrariamente e incluídas nas seguintes

classificações: comportamento em geral (onde as queixas envolviam a combinação de comportamentos como agressividade, dificuldades no relacionamento com irmãos, não aceitação de limites, nervosismo, agitação, timidez e retraimento social, mentir/esconder fatos, insegurança/chorar muito/dependência da mãe e atraso geral no desenvolvimento); escolar (baixo rendimento/reprovação, falta de atenção) e queixas específicas (medos, furtos, problemas no controle esfinteriano, roer unhas, obesidade). Como quase a metade dos entrevistados (40%) relataram mais de uma queixa, cada uma foi enquadrado na categoria a qual pertencia.

Tabela 4. CATEGORIAS DAS QUEIXAS*

Categorias	N.º	%
Comportamento em geral	29	51,7
Sintoma específico	13	23,2
Escolar	12	21,4
Sem sintoma (prevenção)	2	3,5

* n= 56 (foram computadas todas as queixas, podendo, a mesma criança, ser incluída em mais de uma categoria)

Os dados para compor as tabelas 5 e 6 foram obtidos através das respostas dadas à primeira questão do questionário, utilizando-se a categorização das queixas. Cada queixa foi tratada como um sintoma.

Na tabela 5, foram considerados cada sintoma relatado em questão aberta, podendo haver o relato de mais de um sintoma por criança.

Dos oito sintomas que apareceram no item "até 6 meses" da tabela 5, 50% destes estão acompanhados, nas queixas relatada pelas mães, de outros, que, segundo as mesmas, "sempre" (sic) existiram ou surgiram há mais de um ano. Desta forma, os dados sugerem que quase todas as crianças (com exceção de seis - duas que procuraram o serviço de Psicologia para realizar a prevenção de problemas futuros em função da separação do casal e de outras quatro que

apresentam um sintoma apenas, há até 6 meses) evidenciavam algum tipo de dificuldade há, pelo menos, mais de 6 meses. Continuando-se a análise, temos o dado de que 74,3% das crianças apresentam pelo menos um sintoma há mais de 1 ano. Deve-se lembrar que mais da metade da população que procurou o IPP é constituída por crianças de 7 anos ou mais. Temos assim um quadro expressivo de crianças que vão apresentando pelo menos um sintoma psicológico por mais de um ano, sem que medidas precoces e eficazes tenham sido tomadas. Estes dados possibilitaram a continuação da pesquisa, partindo-se para a análise das possíveis relações entre esta demora e alguns fatores já mencionados.

Pela tabela 6 temos categorizados o número de queixas apresentadas pelos 40 entrevistados e percebeu-se um certo equilíbrio na distribuição entre um e dois sintomas. A maior parte deles girava em torno de problemas de comportamento, como se pôde ver anteriormente na tabela 4.

Tabela 5. INÍCIO DOS SINTOMAS*

Tempo	N.º	%	%
Até 6 meses	8	17,0	17,0
De 6 meses a 1 ano	2	4,2	4,2
De 1 a 2 anos	18	38,2	74,3
Mais de 2 anos	17	36,1	
Não se aplica (prevenção)	2	4,2	4,2

*(n=47)

Tabela 6. NÚMERO DE SINTOMAS*

Quantidade	N.º	%
Um	21	52,5
Dois	16	40
Três ou mais	1	2,5
Nenhum-prevenção	2	5

* n=40

EXISTINDO A DEMORA, ELA PODE ESTAR RELACIONADA A ALGUNS FATORES?

- **O NORMAL E O PATOLÓGICO NA PERCEPÇÃO DOS PAIS.**

A seguir, na tabela 7, pode-se verificar que os comportamentos que a maioria dos pais julgaram como patológico, foram os relacionados à esfera social(não fazer amizades-75%, agredir-se a si mesmo ou aos outros), a expressões somáticas (desmaios, controle esfinteriano e tiques) , reprovação escolar recorrente e relacionamento com irmãos.

Desobedecer freqüentemente os pais, não parar quieto na carteira da escola ou não prestar atenção, não emprestar suas coisa, não conseguir ficar longe da mãe, ter problemas alimentares, roer unhas, chupar chupeta ou tomar mamadeira em uma idade que não seria mais apropriado, são comportamentos que parecem não provocar tanta inquietação. Algumas vezes tais comportamentos receberam comentários do tipo: "isto é agitação, desinteresse, egoísmo, gostar da mãe, ser guloso, nervosismo, costume" (respectivamente). Eles podem sugerir que os pais encontram "termos que explicam ou justificam" as dificuldades infantis por meio da atribuição de características à criança, mascarando as reais dificuldades dos filhos.

Os que receberam menor pontuação revelam comportamentos que não são necessariamente patológicos, em função da idade, por apontar para uma característica de temperamento da criança ou por ser uma dificuldade escolar até certo ponto comum entre as crianças. Desta forma, os pais parecem demonstrar que, embora tenham algumas divergências quanto a questão de classificar certos comportamentos infantis como patológico, possuem um grau de discernimento entre estes e o que poderia ser mais comumente encontrado durante o desenvolvimento

normal de uma criança. Isto parece refletir que o ponto procurado não é o desconhecimento absoluto do processo de desenvolvimento normal da criança.

Tabela 7. O COMPORTAMENTO PATOLÓGICO DAS CRIANÇAS EM GERAL NA PERCEPÇÃO DOS PAIS.
(N= 40)*

Comportamentos infantis selecionados como patológicos	N.º	%
Quando a criança não conseguir fazer amizades na escola	30	75
Se ela mesma se agredir	26	65
Quando for agressiva com as pessoas	23	57,5
Quando ela tiver ataques, desmaios ou outras doenças que o médico não achou a causa	21	52,5
Se ela tiver 7 anos e apresentar muitos medos (de escuro, trovão, animais, etc.)	20	50
Quando ela tiver ciúmes dos irmãos, ameaçando bater neles ou brigando com eles	19	47,5
Quando ela não vai bem na escola, tendo repetindo por duas vezes	19	47,5
Se ela tiver 4 anos e urinar ou evacuar na roupa ou na cama	19	47,5
Se ela tiver algum tique	19	47,5
Se ela não quiser comer por longos períodos de tempo ou se ela comer demais	14	35
Se ela não aprender a falar até 2 anos	13	32,5
Se ela roer unhas	13	32,5
Quando tiver 5 anos e não conseguir ficar longe da mãe	12	30
Se ela tem 9 anos e não pára quieta na carteira, não presta atenção na aula	12	30
Quando ela quiser sempre tudo para si e não aceitar repartir suas coisas	11	27,5
Se ela tiver 4 anos e gostar de mexer freqüentemente nos seus órgãos genitais	10	25
Se ela sempre deixar de obedecer aos pais	9	22,5
Quando ela não souber se defender em uma briga e só apanhar	9	22,5
Se ela usar chupeta, tomar mamadeira ou tiver comportamentos de criança menor que ela	8	20
Se ela tiver 4 anos e mentir	8	20
Se ela, com quase três anos, não emprestar seus brinquedos	6	15
Se ela for tímida	6	15
Se ela já ficou para recuperação na escola	2	5
Outros	3	7,5

*Questão 7 do questionário, fechada, onde os pais poderiam marcar quantas alternativas desejassem.

A tabela 8 foi construída tendo como base a comparação das queixas relatadas pelos pais na primeira questão do questionário (pergunta aberta) e os itens que eles assinalaram na pergunta de número 7 , relativa a opinião sobre o que considerariam como comportamentos patológicos . Os resultados desta forma obtidos, sugerem que a grande maioria dos pais percebe o comportamento de seus filhos como patológico, visto que o assinalaram na questão 7 do questionário, (analisada na tabela 7), sendo que alguns deles até teciam comentários do tipo: "meu filho faz ou tem isto". A tabela a seguir agrupa a opinião dos mesmos sobre o que seria patológico na infância, onde os transtornos de comportamento são os que mais receberam pontuação: não conseguir fazer amizades na escola(75%), auto agressão (65%), seguido de comportamento hetero - agressivo (57,5%). São justamente os transtornos de comportamento que mais contribuíram para que estes pais chegassem ao psicólogo (questão n.º 1do questionário).

Tem-se ainda neste ponto, a possibilidade de pensar-se que, no momento em que ocorreu a atual efetivação da procura pelo psicólogo, os pais já haviam decidido considerar o comportamento da criança como patológico, independentemente de haverem recebido um encaminhamento anterior à esta decisão.

Tabela 8. O SINTOMA DO FILHO E A PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE O QUE É PATOLÓGICO NA INFÂNCIA

O que apontam como patológico	N.º	%
Inclui o comportamento do filho	32	80
Só apontam o comportamento do filho	5	12,5
Não se aplica (prevenção)	2	5
Não inclui o comportamento do filho	1	2,5

• **O QUE OS PAIS SENTEM E PENSAM SOBRE O SINTOMA DO FILHO**

Os dados obtidos através da pergunta 5 do questionário e transformados na tabela 9, sugerem que os pais não são indiferentes ao sintoma. O que mais sentem é preocupação, tristeza e metade deles sentem-se culpados, implicados nas dificuldades da criança. Quase a metade admite a própria desorientação quanto ao que fazer frente ao sintoma.

É interessante salientar que 22,5% não conseguiam explicar de onde vinham o sintoma de seus filhos (ponto a ser retomado a seguir na tabela 11), revelando sentimentos de fracasso 27,5%, desânimo (30%), medo(37,5%) e culpa (50%). Neste ponto da pesquisa, muitas das mães que a responderam por telefone mostraram-se emocionados, chegando a chorar. Os aspectos ligados a vergonha e raiva não apareceram de modo significativo.

Temos então uma visão de que os pais sentem-se preocupados, tristes, culpados, desanimados, com medo, sem saber que atitude tomar mas, simultaneamente, demoram para tomar medidas de solução efetivas.

Tabela 9.O QUE OS PAIS SENTEM E PENSAM SOBRE O SINTOMA DO FILHO

Sentimentos/pensamentos	N.º	%
Preocupação	30	75
Tristeza	24	60
Culpa	20	50
Não sabe o que fazer	19	47,5
Medo	15	37,5
Desânimo	12	30
Fracasso	11	27,5
Pena	10	25
Desafiado pelo comp.to.	10	25
Não entendia de onde vem	9	22,5
Arrependimento	8	20
Vergonha	7	17,5
Raiva	7	17,5
Outros	7	17,5
Gostaria de poder ignorar	5	12,5

O pensamento que relaciona diretamente a causa e o efeito (ligação direta entre o sintoma do filho e algum fato) ainda é presente na maioria dos entrevistados, como mostra a tabela 10, pois a metade dos entrevistados atribuem a dificuldade emocional da criança a um único fator etiológico.

Tabela 10. N.º DE ETIOLOGIAS APONTADAS EM RELAÇÃO AOS SINTOMAS DO FILHO*

N.º de causas	N.º	%
Causa única	20	50
Pluricausalidade	11	27,5
Não sabe	7	17,5
Não se aplica	2	5

Quase a metade dos pais entrevistados aponta a família como a responsável pelos sintomas da criança, por dificuldades no relacionamento entre seus membros ou pela maneira de educar os filhos, como mostra a tabela a seguir (11).

Tabela 11. ETIOLOGIA DOS SINTOMAS DO FILHO*

Causa apontadas	N.º	%
Familiar/educação	19	47,5
Não sei	10	25
Hereditariedade/físicas	8	20
Externa à família ou criança/trauma	6	15
Constituição da criança	5	12,5
Nervosismo durante a gravidez	2	5
Não se aplica	2	5

*questão 2 do questionário, aberta, agrupada em categorias em ambas as tabelas. Pela pluricausalidade, aparecem às vezes duas etiologias em categorias diferentes.

Quando se tratam dos sintomas psicológicos entre as crianças de uma maneira geral (tabela 12), percebe-se que a porcentagem de indicações que recaem sobre a família como sendo a causadora dos mesmo sobe para o dobro, em relação ao que se observou na tabela anterior (11), ocorrendo o mesmo em relação a demais

etiologias. Talvez isto possa estar relacionado ao que sentem em relação aos sintomas de seus filhos: culpa, feridos em seu amor próprio e em sua capacidade como pais, ao pensarem na possibilidade de terem alguma participação na dificuldade do filho (50% sentem-se culpados). Como temos um pensamento linear causa-efeito, parece razoável pensar-se que os pais atribuem unicamente à família a responsabilidade pelo surgimento do sintoma.

Outro aspecto interessante é o apontado na tabela 11: 25% dos pais dizem não saber o que poderia estar na origem dos problemas de seus filhos (o que é confirmado pela resposta dada à questão sobre o que pensavam sobre o sintoma do filho - tabela 9 - , onde 22,5% dos respondentes marcou a alternativa " não entendia de onde vinha o sintoma") mas, ao mesmo tempo, pela tabela 12 vê-se que apenas 7,5% dos entrevistados revelam que nunca pensaram sobre as causas dos sintomas infantis em geral e 90% deles atribui como maior causa dos mesmos a família. Talvez isto possa revelar que é mais fácil pensar nos problemas infantis e suas origens quando não se está envolvido diretamente com a criança.

As mães que buscaram o IPP com a intenção de prevenir dificuldades emocionais de seus filhos, o fizeram em função de problemas ligados à separação dos pais. De forma indireta terminam por assumir que pensam na situação familiar como uma fonte capaz de produzir dificuldades emocionais nas crianças.

Tabela 12. ETIOLOGIA DOS SINTOMAS INFANTIS EM GERAL*

Causa apontadas	N.º	%
Familiar/educação	36	90
Externa à família ou criança/trauma	22	55
Hereditariedade/ físicas	19	47,5
Constituição da criança	17	42,5
Nervosismo durante a gravidez	15	37,5
Nunca pensei sobre isso	3	7,5

* questão 6 do questionário, fechada e categorizada para a construção da tabela. (n=40)

- **AS AÇÕES FRENTE AO SINTOMA**

A tabela 13 fornece uma visão das ações dos pais frente ao sintoma da criança. Os familiares são os primeiros a serem consultados, havendo também tentativas de solução através de mudanças de conduta no ambiente doméstico. Contudo o meio externo à família não deixa de ser consultado. A escola e o médico aparecem como as fontes externas à família mais consultadas. A primeira é procurada (ou é a que procura os pais para conversar), por motivos ligados a dificuldades escolares específicas e por problemas de comportamento (agressividade ou introversão). Já a busca do médico reflete que os pais o procuram pelos mais variados motivos, sem que estes tenham algo necessariamente relacionado ao corpo: são procurados desde por problemas escolares, medos, pela criança chupar o dedo, não se relacionar, ser agressiva, chorar muito, até por dores abdominais e problemas no controle esfincteriano. Mas percebe-se que mesmo havendo esta consulta ao meio externo, ainda continuam tentando solucionar os problemas da criança através de modificações no meio familiar.

Os pais que procuraram o psicólogo como segunda medida foram os dois casos ligados à prevenção, um com queixa de dificuldades no controle esfincteriano e outro por problemas somáticos (dores abdominais)

O psicólogo apareceu em último lugar em quase todos os questionários, refletindo desta forma o que a literatura indica.

Pode-se ver que, na tabela 9, 47,5% dos pais não sabem o que fazer frente aos problemas que a criança apresenta pois, como mostra esta tabela 13, já recorreram a todos os meios disponíveis dentro e fora da família. Desta forma, o psicólogo surge como última alternativa, após terem despendido um considerável tempo na busca de soluções.

Tabela 13. ATITUDES PARENTAIS FRENTE ÀS QUEIXAS*

Atitudes parentais frente as queixas (categorias)	1º lugar	%	2 º lugar/in-termediário	%	Últi-mo
Consulta a familiares/mudança conduta	22	55	9	22,5	0
Procura do meio externo à família	18	45	6	15	0
Ambos (intra familiar e externo)	0	0	21	52,5	0
Psicólogo	0	0	4	10	36

- *questão 3 do questionário, fechada e categorizada para a construção da tabela.
- O primeiro lugar foi computado com o item marcado com o número um.
 - Em segundo lugar foram considerados todas as demais ordens(com exceção da última), podendo-se observar marcações na primeira ou na segunda categoria.
 - O último lugar foi atribuído àquele que recebeu a maior numeração ordinal.

Em sua maioria, as crianças foram encaminhadas ao psicólogo por pessoas estranhas à família, o que revela que talvez estas percebam mais claramente a necessidade da indicação do psicólogo (57,5%), como demonstra a tabela 14. Os próprio pais se reconhecem como autores da indicação em 25% dos casos e os familiares são apontados em último lugar, com 17,5%. Apesar disto, a maioria das crianças chegaram, no mínimo, após 6 meses terem recebido a indicação de familiares ou de outros profissionais, como se observará na tabela 16, mais adiante.

Tabela 14. QUEM INDICOU PELA 1ª VEZ A PROCURA DE UM PSICÓLOGO*

Quem indicou	N.º	%	%
Escolas	14	35	57,5
Médicos	6	15	
Amigos	2	5	
Assistente Social	1	2,5	
Mãe/Pai	10	25	42.5
Familiares	7	17,5	

* questão 4 do questionário, fechada e aberta, categorizada para a construção da tabela.

Analisando-se em conjunto as duas tabelas abaixo (15 e 16), verificamos que quase todos os entrevistados procuram o psicólogo como último recurso, após terem consultado, em primeiro lugar, a família. O ambiente social também demonstra sua importância enquanto "consultor" familiar (tabela 13). Contudo, a decisão da procura parece mais depender dos próprios pais do que da indicação propriamente dita: ficou nitidamente comprovado que, mesmo encaminhados, eles ainda continuam sem conseguir atender a esta recomendação pois, em sua maioria, mesmo os que chegaram encaminhados pelas escolas, não vieram em um prazo menor que 6 meses. Os pais continuam a questionar a indicação e a tentar solucionar o problema por mais de 6 meses na maior parte dos casos. Deve-se lembrar que a época da indicação não corresponde necessariamente com a época do início dos sintomas.

Tabela 15. Número de encaminhamentos recebidos*

N.º encaminhamentos	N.º	%
Um	33	82,5
2 ou mais	7	17,5

* questão 4 do questionário, fechada e aberta, categorizada para a construção das tabelas.

Tabela 16. ÉPOCA DA 1ª INDICAÇÃO*

1ª indicação	N.º	%
Há menos de 6 meses	16	40
Há mais de 6 meses	22	55
Não respondeu	2	5

* questão 4 do questionário, fechada e aberta, categorizada para a construção das tabelas. Os próprio pais também foram incluídos

• **O PSICÓLOGO E SEU TRABALHO**

A DURAÇÃO DO TRATAMENTO

Analisando-se as tabelas 17 e 18 que se seguem, percebe-se que os pais reconhecem que não se pode precisar a duração do tratamento psicológico e que 25% deles pensam que a duração mínima é de 1 ano. Entendem que este prazo é, no mínimo, um pouco demorado.

Tabela 17*

Tempo	N.º	%
Não dá para precisar	21	52,5
De 6 meses a 1 ano	7	17,5
De 1 a 2 anos	5	12,5
De 3 a 6 meses	3	7,5
3 anos ou mais	2	5
Outro	1	2,5

*questão 8 do questionário (fechada)

TABELA 18*

Duração	N.º	%
Demora um pouco	15	37,5
Demora	12	30
Não dá para precisar	4	10
Não sei	5	12,5
Não é demorado	3	7,5
Demora muito	1	2,5

* questão 9 do questionário (fechada)

Quanto ao preço da consulta, demonstrado na tabela 19, a maioria pensa que é cara. Pode-se remeter aqui ao fato que motivou o abandono do tratamento de três das cinco crianças mencionadas na tabela L. Deve-se considerar aqui que a avaliação foi feita por famílias com um rendimento mensal mínimo de R\$ 600,00. Certamente qualquer gasto a mais iria desequilibrar o orçamento familiar.

Tabela 19. PREÇO DA CONSULTA*

Preço da consulta	N.º	%
Acessível	0	0
Barata	0	0
Cara	29	72,5
Depende do psicólogo	3	7,5
Não sei	8	20

* questão 12 do questionário(pergunta fechada).

Na tabela 20, destacadamente o psicólogo é apontado como estudioso do comportamento como alguém que ajuda a solucionar problemas e que trabalha com pessoas normais. Assim os entrevistados demonstram que as idéias preconceituosas e até fantásticas sobre o que o psicólogo faz em seu trabalho estão praticamente ausentes: parecem ter uma adequada noção de seu trabalho. Contudo,

chama a atenção ainda a coexistência de idéias de "amigo para desabafar", que aponta "os erros dos pais (pois afinal, os entrevistados revelam que a família é a "grande vilã", causadora dos problemas psicológicos), que corrige e diz como devem ser educados os filhos alheios" (42,5%). O reconhecimento de que o psicólogo estuda o comportamento não significa que os pais entendam "o que ele faz" com o que ele descobre sobre o comportamento humano.

Tabela 20. SOBRE O TRABALHO DO PSICÓLOGO*

O trabalho do psicólogo	N.º	%
estuda o comportamento	36	90
ajuda as pessoas a resolverem seus problemas	33	82,5
lida com pessoas normais	21	52,5
aplica testes	18	45
deve dizer quem, na família, está agindo errado	17	42,5
corrige os comportamentos das crianças, educando-as	17	42,5
diz como devemos educar nossos filhos	12	30
diz o que temos que fazer	10	25
é como se fosse um amigo	25	62,5
é para as pessoas desabafarem	19	47,5
é como um confessor	15	37,5
pode mudar a cabeça das pessoas	15	37,5
resolve nossos problemas	7	17,5
às vezes ficamos dependentes dele	6	15
influencia as pessoas	5	12,5
pode descobrir nossos segredos	9	22,5
trata de pessoas com problemas no cérebro	7	17,5
trata de pessoas com retardo mental (deficientes)	4	10
Receita remédios como calmantes	3	7,5
trata de pessoas loucas	2	5
Outro	2	5

* questão 10 do questionário (fechada) , aqui reordenada

Os resultados expressos na tabela a seguir (21) mostram que os pais pensam que podem procurar um psicólogo, mas quando não conseguem resolver sozinhos as dificuldades da criança. E, como vimos, parece que se demoram muito tempo

nestas tentativas muitas vezes infrutíferas. Tal "adiamento" pode ser explicado pela discussão da tabela 16: na perspectiva dos pais o psicólogo seria alguém que os ensinaria a serem pais, a não cometerem mais erros e talvez esta percepção os afaste da própria dor do reconhecimento das próprias limitações e, quem sabe, das suas próprias dificuldades. Antes, enquanto agüentarem, tentarão solucionar o que tanto preocupa.

Os médicos e a escola, no entanto, têm a autoridade de indicar a procura, pois afinal, " eles tem mais condição de dizer se precisa ou não". Mas mesmo que digam, a decisão final cabe aos pais (lembrando que 55% da população de crianças havia recebido um encaminhamento há mais de 6 meses, sem que os pais tenham atendido à esta indicação).

Tabela 21. QUANDO SE DEVE PROCURAR UM PSICÓLOGO*

Quando se deve procurar ajuda do psicólogo	N.º	%
de ser procurado pois, às vezes, os pais não conseguem resolver sozinhos as culdades das crianças	32	80
ve ser procurado quando um médico ou professor sugere pois só ele tem rdição de dizer se a criança precisa ou não de um psicólogo	22	55
ecisa ser consultado se a dificuldade da criança for do tipo que incomoda muito amília	21	52,5
ve ser procurado se a criança mostrar-se incomodada pelo problema	19	47,5
deve ser consultado se a família achar que a criança tem algum problema, is as outras pessoas não conhecem suficientemente bem a criança	13	32,5
ve ser procurado quando não se consegue mais controlar o comportamento da ança	9	22,5
ve ser procurado só depois que tentou-se de tudo e não deu resultado	9	22,5
é necessário quando a família não consegue mais conviver com a dificuldade	9	22,5
o é necessário na maioria dos casos	5	12,5
ão é necessário se a família conseguir conviver com o problema	5	12,5
é necessário quando o problema da criança incomoda outras pessoas, fora de sa	4	10
deve ser procurado em casos mais graves	1	2,5
necessário somente para crianças com mais de 10 anos mais ou menos pois menores não entendem bem as coisas	0	
o seria necessário pois os pais sabem como lidar com seus filhos	0	0
tro	0	0

* questão 11 do questionário (fechada), aqui reordenada

CAPÍTULO 8

CONCLUSÕES

A pesquisa mostrou que os pais demoram mais de seis meses entre a época que eles situam o aparecimento do sintoma e a chegada até o psicólogo. Pôde-se então seguir explorando alguns aspectos que poderiam estar relacionados a esta demora. O primeiro deles referiu-se ao reconhecimento do que seria normal ou patológico na infância, observando-se que os pais demonstram algum conhecimento a este respeito, inclusive incluindo o comportamento do filho na categoria de "patológico".

Em relação ao que sentem e pensam sobre o sintoma da criança, notamos que os pais sentem-se implicados no mesmo, na medida em que atribuem-no à família ou à educação que o filho recebeu. Isto parece gerar culpa, preocupações, desorientação e também contribuir para o retardo na busca de ajuda.

Como não são indiferentes ao sintoma e sentem-se, em alguma medida, responsáveis por ele, tentam eliminá-lo de várias formas, recorrendo principalmente ao meio familiar mais imediato e procurando o psicólogo apenas quando todas as tentativas fracassaram.

A visão que eles possuem do psicólogo e do seu trabalho é outro fator que pode estar relacionado a demora na busca de uma ajuda especializada: o processo terapêutico é percebido como financeiramente inacessível, além de não ser possível precisar sua duração. O psicólogo parece ter um perfil que o qualifica para apontar erros e corrigi-los. Como os pais sentem-se causadores do sintoma da criança, seria de se esperar que eles se afastassem de quem os iria acusar e corrigir, tentando resolver sozinhos, por todos os meios a dificuldade do filho.

Os resultados a que se chegou mostram que recebe-se uma grande população de crianças, com mais de 7 anos, que apresentam dificuldades emocionais por mais de seis meses (74,3%), sendo que a maioria delas nunca havia tido um atendimento psicológico. Este dado corrobora o que a literatura apontou: antes desta idade, que em geral corresponde a época de ingresso na escola, é difícil o reconhecimento da necessidade de ajuda psicológica. A entrada da criança nesta esfera social possibilita a manifestação dos sintomas em um meio mais amplo, o que proporciona a participação social mais efetiva na detecção do problema, evidenciando-o como um afastamento das normas culturalmente estabelecidas.

Observa-se ainda o fato de que, mesmo aquelas crianças que já passaram por um processo psicoterápico e que retornam atualmente, iniciaram o mesmo depois de estarem apresentando sintomas, no mínimo, por mais de um ano, demonstrando assim que os pais demoram a procurar um auxílio especializado para seus filhos. Como aponta a literatura, os sintomas passíveis de serem percebidos publicamente, os que são mais persistentes e acumulativos, compõe o motivo para uma mobilização mais rápida dos pais. Porém vê-se que a infância não pode ser entendida como um período livre de conflitos e que diversas manifestações comportamentais podem ser encaradas como momentos evolutivos, "fases que passam". Desta forma, os pais podem confiar no tempo para que estes sinais desapareçam.

Quanto à relação entre esta demora observada e o reconhecimento de uma patologia no comportamento infantil em geral, a maioria dos pais evidenciou uma opinião de que os distúrbios relativos à esfera social (não fazer amizades, agredir-se a si mesmo ou aos outros), as expressões somáticas de conflitos psicológicos (desmaios, controle esfinteriano e tiques), reprovação escolar recorrente e

dificuldades no relacionamento com irmãos, seriam os que receberiam a qualificação de patologias.

Em uma pesquisa sobre as características da problemática relatada por pais que procuram o atendimento psicológico para seus filhos na USP, Graminha e Martins (1994) levantaram a hipótese de que, como a maioria queixa-se de problemas múltiplos, seria provável que a manifestação isolada de um sintoma (o que ocorre na presente pesquisa) mesmo sendo percebida pelos pais, não chegaria a mobilizá-los. Salientam também que é comum, nos seus relatos sobre os problemas atuais, a menção do surgimento de alguns deles em épocas mais anteriores da vida da criança (p. 76), o que também foi encontrado nesta pesquisa.

Os demais comportamentos receberam, por parte de alguns pais, denominações que os explicavam ou justificavam, evidenciando assim que se procura um rótulo para o que não se pode entender de pronto. Esta atribuição parece perturbar a avaliação do comportamento em uma dimensão apropriada. A literatura pesquisada mostra que o que os pais acabam por dar interpretações aos sintomas infantis calcados em seus próprios referenciais internos. A família também termina por estabelecer suas próprias normas de pensamento sobre o que é normal ou patológico no comportamento infantil pela falta de parâmetros mais claros sobre esta complexa questão.

Por outro lado, parece haver algum conhecimento por parte dos pais sobre os comportamentos que podem surgir durante o desenvolvimento normal das crianças, sem que eles necessariamente seja tidos como patológicos.

Ao realizarem suas opções sobre o que seria patológico na infância, a grande maioria dos pais incluiu o sintoma do filho, mostrando assim que, quando chegam ao psicólogo, parecem já ter definido o comportamento da criança como um problema.

A demora em buscar ajuda psicológica parece não estar relacionada à indiferença dos pais quanto ao sintoma dos filhos: mostram-se preocupados, desorientados e, por vezes, não conseguindo ter uma idéia sobre a sua origem. Como a literatura evidencia (Cunha, 1986; Milles, 1982; Freitas, 1985; Wielenska, 1992), os pais expressam diversas reações frente a ele. Mas, ao mesmo tempo, parecem impedidos de conseguirem realizar uma ação efetiva em direção ao psicólogo. Neste ponto encontra-se no relato dos pais a presença sentimentos de tristeza, de culpa, mostrando sentem-se implicados nas dificuldades infantis. A coexistência destes sentimentos com a atribuição causal dos problemas psicológicos das crianças de uma maneira geral à família (90%), pode então estar relacionada a um desejo de excluir a idéia da própria participação no sintoma da criança, pois este índice cai para 47,5% quando se trata de atribuir uma causa familiar aos sintomas dos próprios filhos. Este dado mostra que parece ser mais fácil pensar nos problemas infantis e suas origens quando não se está envolvido diretamente com a criança.

Tem-se ainda que 25% dos pais diz não saber o que poderia ter causado os sintomas em seus filhos e, ao mesmo tempo, apenas 7,5% dos respondentes afirmaram que nunca haviam pensado sobre as causas dos sintomas infantis de uma maneira geral. Além do mais, revelando um pensamento linear causa-efeito presente na análise da etiologia do sintoma do filho, não lhes restaria outra saída senão sentirem-se culpados, feridos em seu amor próprio e em sua capacidade como pais, diante da relação estabelecida entre estes dados. A atribuição causal dos sintoma infantis em geral à hereditariedade ou a problemas físicos, mostra a persistência das idéias iniciais derivadas dos primeiros estudos psicológicos sobre crianças. O pensamento linear parece impedir uma concepção mais complexa,

global e integradora do desenvolvimento infantil, de suas perturbações e do vários fatores implicados. Aliás, talvez isto reflita a própria dificuldade encontrada entre os próprios psicólogos .

Nota-se ainda que as mães que procuraram o IPP para "prevenir" dificuldades emocionais de seus filhos, o fizeram em função de problemas ligados à separação dos pais. De forma indireta, terminam por assumir que pensam na situação familiar como uma fonte capaz de produzi-las.

A intuição da participação no sintoma do filho pode despertar resistências nos pais pois, além de atingi-los em seu amor próprio, levantando acusações de incapacidade e a literatura mostra que o sintoma pode colocá-los frente a frente com seus próprios conflitos (Shaw, 1972; Beauchesne, 1980; Soifer, 1983; Bergès, 1997).

As famílias relutam em admitir a dificuldade emocional em um de seus membros pois isto conduziria seus membros a reexaminarem suas posições.

Mas o caminho ainda não chegou ao final. Tem-se que considerar que, pela preocupação dos pais, eles acabam tentando solucionar os problemas por muitos meios. Os familiares que convivem com a criança são os primeiros a serem consultados, havendo também tentativas de solução via mudanças de conduta no ambiente doméstico. Mas não deixam de procurar o meio externo para aconselhar-se , mostrando assim que solicitam antes as fontes que lhes parecem menos ameaçadoras: a escola e o médico. Com relação a primeira, ela mais busca os pais do que é por eles procurada. Quanto aos médicos, eles acabam sendo consultados por toda uma variedade de sintomas sem que se apresente necessariamente um problema relacionado ao corpo. Isto faz pensar que este profissional ainda é visto como o encarregado de solucionar os padecimentos humanos, independentemente

de sua origem ou forma de manifestação . Quem sabe isto ocorra também por de ser uma profissão quase tão antiga quanto a humanidade e que talvez a expectativa de um comprometimento físico, passível de ser solucionado através de um medicamento, não desperte tantas ameaças. Porém, mesmo havendo esta consulta, paralelamente os pais continuam tentando solucionar os problemas da criança. Quando nada mais resta a fazer, o psicólogo é então avistado como uma última saída. Desta forma vemos que há uma considerável perda de tempo nestas tentativas realizadas pelos familiares.

A maioria das crianças recebe a indicação de procurar um psicólogo através de pessoas estranhas à família (57,5%) o que revela que talvez estas percebam mais clara e rapidamente a necessidade do encaminhamento ao psicólogo. Os próprios pais se reconhecem como autores da indicação em 25% dos casos e os familiares são apontados em último lugar, com 17,5%. Apesar disto, a maioria das crianças chegou, no mínimo, 6 meses após ter recebido a indicação de familiares ou de outros profissionais, o que leva a conclusão que procurar o psicólogo é, em última análise, uma decisão que depende exclusivamente dos pais e não dos encaminhamentos recebidos. Os pais continuam a questionar a indicação como informa a literatura, e a tentar solucionar o problema por mais de 6 meses na maior parte dos casos. Deve-se lembrar que a época da indicação não corresponde necessariamente com a época do início dos sintomas.

Quanto à percepção relativa à duração e ao custo do tratamento psicológico, ficou evidente que os pais, por perceberem-nos respectivamente como um pouco demorado e caro, teriam nestes aspectos, outro motivo que os levaria a adiar tal procura. Não se pode esquecer o que a literatura mostra neste ponto: a escolha do profissional a que se recorre depende do status econômico e da disponibilidade de

tempo (Milles, 1982). Ao que parece, médicos e professores seriam os profissionais mais acessíveis em ambos os aspectos.

Destacadamente o psicólogo é percebido como estudioso do comportamento, como alguém que ajuda a solucionar problemas e que trabalha com pessoas normais. Assim os entrevistados demonstram que as idéias preconceituosas e até fantásticas sobre o que o psicólogo faz em seu trabalho, estão praticamente ausentes, parecendo ter uma adequada noção do mesmo. Contudo, chama a atenção a coexistência destas opiniões com idéias como: amigo para desabafar; que aponta os erros dos pais (deve-se lembrar que os entrevistados apontam a família como a causadora dos problemas psicológicos); que corrige e diz como devem ser educados os filhos alheios (42,5%). Pode-se pensar então que estas idéias podem provocar um "dano narcísico", uma ferida no amor próprio dos pais, levando-os a afastarem-se do psicólogo, deste último recurso "todo poderoso", que sabe mais e que aponta as nossas próprias falhas. O reconhecimento de que este profissional estuda o comportamento, não significa que os pais entendam "o que ele faz" com o que descobre sobre o comportamento humano.

Os pais reconhecem que podem procurar um psicólogo, mas não sem antes tentarem resolver sozinhos os problemas, pois na perspectiva deles o psicólogo seria alguém que os ensinaria a serem pais, a não cometerem mais erros. Afastar-se dele talvez corresponda ao afastamento da dor do reconhecimento das próprias limitações e, quem sabe, das suas próprias dificuldades como aponta a literatura. Os médicos e a escola no entanto, têm a autoridade de indicar a procura, pois afinal, "eles tem mais condições de dizer se precisa ou não". Mas mesmo que digam, a decisão final cabe aos familiares.

Somente quando os pais conseguem vencer as próprias barreiras internas, que não os impede de ver, sofrer e se preocupar junto com o filho, é que conseguem, finalmente, chegar até o psicólogo. Parece um caminho longo e um preço demasiadamente caro que se paga por esta espera.

Como consequência deste quadro, pode-se sugerir algumas medidas com a finalidade de abreviar tal chegada.

Provavelmente existe a necessidade de preparar-se mais adequadamente os profissionais de áreas a fins, para que o encaminhamento seja realizado de forma mais efetiva, alertando-os para o fato de que ter-se um filho que apresenta dificuldades emocionais pode despertar sentimentos de culpa, de responsabilização e envolvimento dos pais nesta questão. Desta forma é necessário que exista um manejo adequado destes sentimentos para que os mesmos não se tornem uma fonte de impedimento à realização desta procura. Antes de responsabilizá-los, precisa-se entender que eles também estão envolvidos na melhoria dos problemas emocionais da criança. Despertar a culpa ou implicar demasiadamente os pais no sintoma pode contribuir para distanciá-los ainda mais, reforçando a impotência e o fracasso que sentem, paralisando-os e deixando-os sem saída.

Também há a necessidade de divulgação de prestadores de serviços psicológicos à comunidade, que ofereçam o atendimento a preços mais acessíveis, bem como o incremento na oferta dos mesmos, à nível público. A preocupação com a saúde mental na infância é dever do Estado, garantido por lei, tanto quanto a assistência à saúde física: atualmente não se pode conceber a saúde integral dissociando-se os aspectos físicos dos psicológicos.

Existe a necessidade de uma ampla e séria divulgação à população leiga sobre as interpretações que se acabam tecendo sobre o envolvimento dos pais no

desenvolvimento infantil : os pais demonstram que se preocupam com os filhos. Se de alguma forma eles fazem parte do problema, sem eles não haverão soluções pois fazem parte também da cura: " na criança, muitas das práticas conducentes à promoção da saúde terão que ser veiculadas através dos pais" (Siqueira, 1994, p. 26).

Os dados apontam também para outro aspecto fundamental relacionado a necessidade de desmistificar-se as idéias tecidas em torno da figura do psicólogo. Não importa a linha teórica que ele adote: sua função nunca foi a de apontar erros ou de corrigir comportamentos mas de promover a saúde. Não pode ser concebido como juiz ou pedagogo, pois não é este o seu papel.

Também na medida em que os transtornos psicológicos sejam melhor compreendidos pela sociedade, através da veiculação de informações claras e acessíveis - não esquecendo a impossibilidade de encontrar-se respostas prontas e universalmente aplicáveis - possa-se oferecer aos pais uma oportunidade para que possam realizar uma avaliação mais precisa do comportamento de seus filhos e uma identificação mais rápida da necessidade de um auxílio efetivo.

REFERÊNCIAS

- AJURIAGUERRA, J (1980) . *Manual de Psiquiatria infantil*. 2 ed., Rio de Janeiro: Masson.
- ALEXANDER, F. G.(1970) *Historia de la psiquiatria*. Barcelona: Editorial Espaxs.
- ALVES, S. R. P.(1980, maio-junho). O normal e o patológico: o impasse da psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 29 (3) , 171-175 Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (1994) . *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM IV*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ÀRIES, P. (1981) . História social da criança e da família. 2. ed., Rio de Janeiro: Ed. LTC.
- BALINT, M. (1988) . *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- BASTIDE, R (1967) . *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- BASTOS, A. C., ALMEIDA FILHO, N. (1988) . Determinação social da saúde mental infantil: revisão da literatura. *Psico: teoria e pesquisa*, 4 (3), 268-282. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- BASTOS, A. V. B.; GOMIDE, P. I. C. (1989). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. *Psicologia ciência e profissão* , 1, 6-15. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- BEAUCHESME, H. (1980) . *Psicopatologia da criança e do adolescente*.

Rio de Janeiro: Zahar.

BERENSTEIN, I. (1988) . *Família e doença mental*. São Paulo: Escuta.

BERGÈS, J. ; BALBO, G. (1997) . *A criança e a psicanálise*. 2. ed.

Porto Alegre: Artes Médicas.

BOARINI, M. L. ; BORGES, R. F (1998). Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. *Estudos de psicologia*, 3 (1) ,83-108. Campinas: Instituto de Psicologia de Campinas.

BONIN, L. F. R.(1987, junho). Representações sociais das mães a respeito das crianças. *Revista Psicologia Argumento*, VII, 79-95. Curitiba: Ed. Universitária Champagnat.

CANGUILHEM, G. (1990) . *O normal e o patológico*. 3. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária.

CARMICHAEL, L. (1975) . *Manual de psicologia da criança* . São Paulo: EPU/EDUSP, v. 10.

CUNHA, J. A. (1986) . *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

DOLTO, F. (1988) . *Dificuldade de viver: psicanálise e prevenção das neuroses*. Porto Alegre: Artes Médicas.

FONSÊCA, V. W. da S.(1990, janeiro / dezembro) Sociedade: saúde e doença critérios estabelecidos. *CES - Revista*, 11 (n. 1/2), 15-25. Juiz de Fora: Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora.

FOUCAULT, M. (1972). *História da loucura*. 3. ed., São Paulo: Perspectiva.

FREITAS, L. C. T. de (1985) . *Por que fazer terapia?* 4. ed. , São Paulo: Ágora.

FREUD, A. (1971) . *O tratamento psicanalítico da crianças*. Rio de Janeiro: Imago.

- FREYZE-PEREIRA, J.(1985). *O que é loucura*. São Paulo: Abril S.A. Cultural.
- GARRALDA, M. E. (1995) . Tratando crianças com problemas psiquiátricos: um manual para médicos, psicólogos e educadores. 1ª ed., São Paulo: Ed. Santos/Maltese.
- GAUDERER, E. (1995) . *Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência*. 5. ed., Rio de Janeiro: Record.
- GOMES, W. e colaboradores (1996, maio/agosto) . Atitudes e crenças de estudantes universitários sobre psicoterapia e psicólogos. *Psicologia: teoria e pesquisa* 12 (2) , 121-127 . Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília .
- GONZAGA, M. T. C. (1996) . Representação social de saúde e doença mental: um estudo exploratório em uma população de periferia de Maringá - PR. *Psicologia em estudo* ,1, 194-197. Maringá: DPI/CCH/UEM.
- GORAYEB, R.(1985). *Psicopatologia infantil*. São Paulo: E.P.U.
- GRAMINHA, S. S. V. , MARTINS, M. A. (1993, janeiro/junho) . Estudos das características da população que procura o serviço de atendimento infantil no centro de psicologia aplicada da FFCLRP-USP . *Psico*, 24, 119-130 (1). Porto Alegre: Instituto de Psicologia da PUCRS.
- GRAMINHA, S. S. V. , MARTINS, M. A. (1994, julho/dezembro). Procura de atendimento psicológico para crianças: características da problemática relatada pelos pais. *Psico*, 25, 53-79 (2). Porto Alegre: Instituto de Psicologia da PUCRS.
- JACCARD, R.(1981) . *A loucura*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- KANNER, L. (1976) . *Psiquiatria infantil*. 4. ed., Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.

- KAPLAN, H. I. e SADOCK, B. J.(1999) *Tratado de psiquiatria*. 6.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, vol 1.
- KLEIN, F. & DEBRAY, R.(1976). *Psicoterapia analítica da criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MANNONI, M. (1967) . *A criança, sua doença e os outros: o sintoma e a palavra*. 3. ed., Rio de Janeiro: Zahar.
- MANNONI, M.(1985) *A primeira entrevista em psicanálise*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Campus.
- MARCELLI, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. 5. ed., Porto Alegre: Artes Médicas.
- MELLO NETO, G. A . R., MARTINEZ, V. C. V. (1998). Criança como erro, pecado e máquina. *Psicologia em estudo*, 3(1) , 69-103 . Maringá: Universidade Estadual de Maringá.
- MILLES, A. (1982). *O doente mental na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MUSSEN, P.; CONGER, J.; KAGAN, J.; HUSTON, A. (1988). *Desenvolvimento e personalidade da criança*. 2ª ed., Harbra: São Paulo.
- PICCININI, C. A.(1988) .O processo de atribuição de causalidade: problemas e perspectivas. *Psicologia: reflexão e crítica*, 3 (1/2). Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS.
- PINHO, M. B. G.(1992) . A importância dos pais na psicanálise de crianças e adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41(5) ,223-227 . Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia do Rio de Janeiro.
- RAMOS-CERQUEIRA, A. T. de A.(1994) Interdisciplinariedade e psicologia na área de saúde. *Temas de psicologia*, 3, 37-41 . São Paulo.

- RAPOPORT, A., ARLAQUE, P., PETRARCA, R. (1993, julho/dezembro). Doença mental: metamorfose histórica. *Psico*, 24(2), 93-101. Porto Alegre: Instituto de Psicologia da PUCRS.
- RIBEIRO, J. I., SARRIERA, J. C., Grupo PET (1997, janeiro/ junho) . Percepção leiga do Psicólogo: notas de uma prática disciplinar. *Psico*, 28(1) , 63-75
Porto Alegre: Instituto de Psicologia da PUCRS.
- SARASON, I. (1975) . *Psicologia anormal: los problemas de la conducta desadaptada*. México: ed. Trillas.
- SETTI, A. (2000, abril) Onde está a resposta? *Veja*, 16, 138-139. São Paulo: Abril.
- SHAW, C. R.(1977) *Quando seu filho precisa de ajuda*. Porto Alegre: Globo.
- SIQUEIRA, L. e outros(1994). *Ações integradas de saúde: a criança e a família*. Rio de Janeiro: Medsi.
- SOIFER, R. (1983) . *Psicodinamismos da família com crianças*. Petrópolis: Vozes.
- SOIFER, R. (1992). *Psiquiatria infantil operativa*. 3. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, vol. 2.
- SOUZA, L., TRINDADE, Z. (1990). A representação social das atividades profissionais do psicólogo em segmentos de classe média e baixa, na cidade de Vitória - ES. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 6(3), 267-279 . Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- TRINCA, W. e outros (1984). *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU.
- TRINDADE, Z., ANDRADE, C. A ., SOUZA, J. Q.(1997, jan/junho) Papéis parentais e representações da paternidade : a perspectiva do pai. *Psico*, 28, 207-222(1).. Porto Alegre: Instituto de Psicologia da PUCRS.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, S. da C., SIQUEIRA, G. da S., CARVALHO, D.

B. de(1997) . Psicologia e escolha profissional: a imagem da profissão do RN. *Psico*, 28(2), 17-33 . Porto Alegre: Instituto de Psicologia da PUCRS.

WEBER, L. N. D. (1991, agosto) A representação social do psicólogo em Curitiba. *Revista Psicologia Argumento* (X), 73-90. Curitiba: Ed. Universitária Champagnat, ano IV.

WEBER, L N. D., RICKLI, A. ; LIVISKI, J. D. (1994, setembro). Atuação e formação do psicólogo como fatores que influenciam a representação social da psicologia. *Revista Psicologia Argumento* (XV) 71 - 89. Curitiba: Ed. Universitária Champagnat, ano XII.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE APRESENTAÇÃO Á DIREÇÃO DO IPP

Curitiba, 12 de julho de 1999.

Ilma. Sr.^a Prof.^a.

Mariita Bertassoni

M. D. Diretora do Instituto Paranaense de Psicologia.

Venho solicitar à vossa senhoria a permissão para realizar meu trabalho de pesquisa, na qual fundamenta-se minha dissertação de mestrado, no Instituto Paranaense de Psicologia. Em uma primeira fase, possivelmente em agosto do corrente, o instrumento (questionário em anexo) será previamente testado, com o objetivo de verificar-se sua validade. Para isto serão seguidos os seguintes passos: seleção de quatro famílias inscritas para a realização do psicodiagnóstico infantil, obedecendo a ordem de inscrição dos mesmos e o controle das variáveis de não ter tido contato com o estagiário que vai atender a criança, do grau de instrução (pelo menos um dos pais deverá ter, no mínimo, o 2º grau completo), e do nível econômico (uma renda familiar mínima de quatro salários mínimos).

Posteriormente mais quarenta famílias serão selecionadas da mesma maneira para a realização da pesquisa propriamente dita. Realizar-se-á então um contato telefônico com os responsáveis pela criança, com a finalidade de convidá-los para participar da pesquisa. Nesta oportunidade, os seguintes aspectos serão esclarecidos aos mesmos pela pesquisadora, de forma padronizada:

- a investigação visará conhecer o que os pais pensam sobre as dificuldades emocionais das crianças;
- o procedimento constará de duas partes: a primeira, realizada via telefone, objetivará a coleta de informações relativas aos dados da amostra, para o controle

das variáveis já citadas. Caso as informações não preencham os pré-requisitos necessários, a entrevista será encerrada. Caso contrário, seguir-se-á a segunda parte, relativa ao agendamento de uma data e hora e a aplicação do questionário propriamente dita, realizada preferencialmente na mesma data da primeira consulta para o psicodiagnóstico, com cerca de quarenta minutos de antecedência da mesma, no IPP. Este procedimento visa evitar novos deslocamentos dos pais .

Caso o responsável pela criança aceite participar da investigação, o procedimento de coleta de dados para composição do grupo piloto será iniciado. Na data marcada, o responsável pela criança irá ser recepcionado pela pesquisadora devidamente identificada, que o conduzirá à uma sala previamente reservada, para que possa responder às questões. Haverá a reiteração do que lhe foi dito pelo telefone quando da ocasião do convite para participar da pesquisa. Receberá a carta de apresentação e o questionário (ambos em anexo), bem como as seguintes instruções padronizadas, de forma verbal:

- deverá ler cada questão e respondê-la de maneira a expressar sua opinião pessoal;
- poderá marcar tantas alternativas quantas corresponderem à sua opinião ; caso fique em dúvida sobre alguma pergunta, poderá deixá-la em branco, para que o pesquisador possa fazer, posteriormente, os esclarecimentos cabíveis.

O responsável pela criança permanecerá então sozinho para responder o questionário . Quando ele acabar, a pesquisadora irá ler e conferir as respostas junto com o mesmo, no caso de haver necessidade de maiores esclarecimentos.

Após a realização do estudo piloto e ajuste do instrumento serão convidadas mais 40 famílias para participarem da pesquisa, da mesma forma utilizada para

escolher o grupo do estudo piloto. Os demais procedimentos serão os mesmos já descritos, sendo que poderá ser aberta a possibilidade de opção, por parte dos responsáveis, de responderem ao questionário pelo telefone, com o objetivo de abreviar-se a coleta dos dados. Neste caso, cada pergunta e suas respectivas alternativas serão lidas pela pesquisadora que também anotará as respostas dadas.

Segue o material para sua apreciação .

Aguardando o seu pronunciamento, agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que venham a ser necessários. .

Cordialmente,

Telma Fontoura

Psi. CRP 08/0748

Anexo 2

Formulário para seleção da amostra

Dados de identificação do informante e da família

1. Renda mensal da família:
 - 1.1 menos de R\$ 600,00;
 - 1.2 de R\$ 600,00 a R\$ 800,00;
 - 1.3 de R\$ 900,00 a R\$ 1100,00;
 - 1.4 de R\$ 1200,00 a R\$ 1400,00;
 - 1.5 de R\$ 1500,00 a R\$ 1700,00;
 - 1.6 de R\$ 1800,00 a R\$ 2000,00;
 - 1.7 acima de R\$ 2000,00.

2. Grau de escolaridade da mãe:
 - 2.1 analfabeta;
 - 2.2 1º grau incompleto;
 - 2.3 1º grau completo;
 - 2.4 2º grau incompleto;
 - 2.5 2º grau completo;
 - 2.6 superior incompleto;
 - 2.7 superior completo.

3. Grau de escolaridade do pai:
 - 3.1 analfabeto;
 - 3.2 1º grau incompleto;
 - 3.3 1º grau completo;
 - 3.4 2º grau incompleto;
 - 3.5 2º grau completo;
 - 3.6 superior incompleto;
 - 3.7 superior completo.

4. Sexo do entrevistado:
 - 4.1 Feminino;
 - 4.2 Masculino.

5. Idade do entrevistado:
 - 5.1 abaixo de 20 anos;
 - 5.2 de 20 a 25 anos;
 - 5.3 de 26 a 30 anos;
 - 5.4 de 31 a 35 anos;
 - 5.5 de 36 a 40 anos;
 - 5.6 de 41 a 45 anos;
 - 5.7 de 46 a 50 anos;
 - 5.8 mais de 50 anos.

6. Grau de parentesco com a criança:
 - 6.1 mãe
 - 6.2 pai
 - 6.3 avô/avó
 - 6.4 outro. Qual? _____

7. Estado civil dos pais : 7.1 solteiro;
7.2 casado;
7.3 divorciado/separado;
7.4 vivem juntos;
7.5 outro. Qual? _____

8. Número de irmãos da criança: 8.1 nenhum;
8.2 um;
8.3 dois;
8.4 três;
8.5 quatro;
8.6 cinco ou mais.

9 A mãe: 9.1 não trabalha fora;
9.2 trabalha meio período;
9.3 trabalha em período integral.
9.4 está desempregada.

10. O pai: 10.1 não trabalha fora;
10.2 trabalha meio período;
10.3 trabalha em período integral;
10.4 está desempregado.

Dados de identificação da criança.

11. Idade da criança: _____

12. Sexo : 12.1 masculino;
12. 2 feminino.

13. Escola que a criança freqüenta: 13.1 nenhuma;
13.2 municipal /estadual;
13.3 particular

14. Seu filho já fez tratamento com psicólogo ? 14.1 Sim. Há ____anos atrás e
durou _____
14.2 Não

15. A criança mora com _____

Anexo 3

Carta de apresentação e de introdução ao questionário

Prezado (a) senhor (a)

Agradeço a sua disposição em preencher este questionário. Suas respostas serão muito importantes para o estudo que estou desenvolvendo, em meu curso de Mestrado na Universidade Federal do Paraná, sobre crianças que chegam até um psicólogo.

Gostaria que o senhor(a) lesse com atenção cada pergunta, e desse sua opinião, respondendo a pergunta ou marcando a resposta que mais se aproxima do que o senhor(a) pensa sobre o assunto. Pode marcar quantas respostas quiser em cada questão, fazem um **X** nos parêntesis que estão antes da frase com a qual o senhor(a) concorda. Esta pesquisa quer conhecer o que os pais ou responsáveis pela criança pensam e, por isso, não há respostas certas ou erradas.

Volto a reafirmar que serão omitidos quaisquer dados que possam identificar a criança ou sua família. Eles serão tratados sigilosamente e, se porventura, houver necessidade de incluir no meu trabalho algum dado específico referente a criança ou a algum aspecto de sua história pessoal, isto só poderá ser feito mediante a garantia de total anonimato do entrevistado e sua família.

Qualquer dúvida, estarei à sua disposição.

Psi. Telma Fontoura CRP 08/0748

Eu, _____, declaro estar ciente das informações acima e concordo em responder a presente pesquisa.

Curitiba, ____/____/____.

Assinatura do responsável.

Anexo 4

QUESTIONÁRIO

1. Escreva quais são as dificuldade s que seu filho apresenta e explique um pouco cada uma.

Há quanto tempo você percebeu cada problema?

2. O que você acha que causou cada uma destas dificuldades, de onde ela(s) vem?

3. Coloque na ordem, numerando os parêntesis, da primeira atitude que você tomou até a última, assim que percebeu as dificuldades do seu filho:

- () conversei com familiares que moram com a criança;
 - () procurei um médico;
 - () conversei com a professora dele ou alguém da escola;
 - () troquei idéias com amigos;
 - () esperei para ver se passava;
 - () dei remédio;
 - () ignorei, pois pensei que passaria;
 - () tentei ter paciência, tolerar;
 - () tentei fazer alguma coisa como prometer coisas para ele;
 - () dei castigos ou briguei;
 - () conversar com ele, para ver se conseguia mudar seu comportamento.
 - () procurei um psicólogo;
 - () conversei com parentes;
 - () fiz outra coisa. O que? _____
-
-

4. Assinale que pessoas lhe disseram para procurar um psicólogo, escreva há quanto tempo atrás isto aconteceu:

- () um amigo ou um vizinho, há _____
- () um parente, há _____
- () alguém que mora junto com a criança, há _____
- () a escola ou a professora, há _____
- () um médico, há _____
- () você mesmo quis procurar, há _____
- () outros. Quem? _____

5. Marque as palavras que mais se aproximam do que você sentiu ou pensou quando percebeu que seu filho poderia estar apresentando uma dificuldade psicológica, e tente explicar um pouco o seu sentimento ou pensamento:

- () Medo _____
- () Preocupação _____
- () Tristeza _____
- () Vergonha _____
- () Raiva _____
- () Culpa _____
- () Fracasso _____
- () Arrependimento _____
- () Desafiado _____
- () Pena _____
- () Não sabia o que fazer _____
- () Desânimo _____
- () Gostaria de poder ignorar o problema _____
- _____
- () Não entendia o que era aquele comportamento nem de onde vinha _____
- _____
- () Outras coisas. Quais? _____
- _____

6. Escolha frases que você acha que explicam de onde vêm os problemas psicológicos das crianças:

- () vem do nervosismo da mãe durante a gravidez;
- () a criança já nasce assim, é o temperamento, o jeito dela;
- () é por causa das amizades;
- () a família pode causar problemas psicológicos na criança;
- () professores podem ser a causa dos problemas psicológicos das crianças;
- () por problemas no cérebro ou na cabeça;
- () de algum trauma;
- () do jeito de se educar, ensinar, corrigir a criança;
- () crianças não tem problemas psicológicos;
- () é mal de família: a criança "puxa" por um dos parentes ou por um dos pais
- () são fases que acabam passando sozinhas;
- () não sei;
- () vêm de outras causas. Quais? _____
- _____

7. Marque quais destes comportamentos leva você a pensar que a criança pode estar com algum problema psicológico :

- () quando ela não vai bem na escola, tendo repetido por duas vezes ;
 - () se ela não quiser comer por longos períodos de tempo ou se ela comer demais;
 - () se ela tiver 4 anos e urinar ou evacuar na roupa ou na cama;
 - () se ela tiver algum tique;
 - () quando a criança não conseguir fazer amizades na escola;
 - () se ela, com quase três anos, não emprestar seus brinquedos,
 - () se ela já ficou para recuperação na escola;
 - () se ela tiver 7 anos e apresentar muitos medos (de escuro, trovão, animais, etc.);
 - () se ela roer unhas;
 - () se ela usar chupeta, tomar mamadeira ou tiver comportamentos de criança menor que ela;
 - () quando tiver 5 anos e não conseguir ficar longe da mãe;
 - () quando for agressiva com as pessoas;
 - () se ela mesma se agredir;
 - () se ela for tímida;
 - () quando ela não souber se defender em uma briga e só apanhar;
 - () quando ela quiser sempre tudo para si e não aceitar repartir suas coisas;
 - () se ela sempre deixar de obedecer aos pais;
 - () quando ela tiver ataques, desmaios ou outras doenças que o médico não achou a causa;
 - () se ela não aprender a falar até 2 anos;
 - () se ela tiver 4 anos e mentir;
 - () se ela tiver 4 anos e gostar de mexer freqüentemente nos seus órgão genitais;
 - () quando ela tiver ciúmes dos irmãos, ameaçando bater neles ou brigando com eles;
 - () se ela tem 9 anos e não pára quieta na carteira, não presta atenção na aula;
 - () outros. Quais? _____
-
-

8. Você imagina que o tratamento com psicólogo leva, em geral:

- () de 3 a 6 meses;
- () de 6 meses a 1 ano;
- () de 1 a 2 anos;
- () 3 anos ou mais;
- () Outro. Quanto? _____

9. Você acha que um tratamento com psicólogo, em geral, é:

- () não é demorado;
- () demora um pouco;
- () demorado;
- () muito demorado;
- () não sei.

10. Na sua opinião, um psicólogo:

- () lida com pessoas normais;
 - () trata de pessoas com problemas no cérebro;
 - () é para as pessoas desabafarem;
 - () estuda o comportamento;
 - () diz o que temos que fazer;
 - () é como se fosse um amigo;
 - () é como um confessor;
 - () resolve nossos problemas;
 - () pode mudar a cabeça das pessoas;
 - () influencia as pessoas;
 - () às vezes ficamos dependentes dele;
 - () ajuda as pessoas a resolverem seus problemas;
 - () trata de pessoas loucas;
 - () trata de pessoas com retardo mental (deficientes);
 - () aplica testes;
 - () receita remédios como calmantes;
 - () pode descobrir nossos segredos;
 - () deve dizer quem, na família, está agindo errado;
 - () corrige os comportamentos das crianças, educando-as;
 - () diz como devemos educar nossos filhos;
 - () outro. Explique _____
-
-

11. Você pensa que um psicólogo:

- () só deve ser procurado em casos mais graves;
- () não é necessário na maioria dos casos;
- () só é necessário quando a família não consegue mais conviver com a dificuldade;
- () deve ser procurado quando não se consegue mais controlar o comportamento da criança;
- () deve ser procurado quando um médico ou professor sugere pois só ele tem condição de dizer se a criança precisa ou não de um psicólogo;
- () precisa ser consultado se a dificuldade da criança for do tipo que incomoda muito a família;
- () é necessário somente para crianças com mais de 10 anos mais ou menos pois as menores não entendem bem as coisas;
- () não é necessário se a família conseguir conviver com o problema;
- () só deve ser consultado se a família achar que a criança tem algum problema, pois as outras pessoas não conhecem suficientemente bem a criança;
- () não seria necessário pois os pais sabem como lidar com seus filhos;
- () deve ser procurado só depois que tentou-se de tudo e não deu resultado;
- () pode ser procurado pois, às vezes, os pais não conseguem resolver sozinhos as dificuldades das crianças;
- () deve ser procurado se a criança mostrar-se incomodada pelo problema;
- () só é necessário quando o problema da criança incomoda outras pessoas, fora de casa.
- () outro. Explique. _____

12. Você pensa que o preço de uma consulta psicológica é:

- () acessível;
- () barata;
- () cara;
- () não sei.

Agradeço pela sua colaboração!