

BEATRIZ DO ROCIO LIMA LORUSSO

O MANEJO DO CONFLITO NA DINÂMICA FAMILIAR DA CRIANÇA  
PORTADORA DE DEFICIÊNCIA MENTAL LEVE

CURITIBA

1991

BEATRIZ DO ROCIO LIMA LORUSSO

O MANEJO DO CONFLITO NA DINÂMICA FAMILIAR DA CRIANÇA  
PORTADORA DE DEFICIÊNCIA MENTAL LEVE

Monografia apresentada ao Curso de Pós graduação em Educação Especial, do Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação, do Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná.

CURITIBA

1991

## AGRADECIMENTOS

À você pessoa "diferente", que me fez também "diferente" ao conhecer e compreender o seu mundo.

À professora Denise Grein Santos, pelo empenho na orientação deste trabalho.

Ao Sérgio, meu companheiro e as minhas filhas Roberta, Renata e Fernanda, pelo carinho e compreensão durante esta caminhada.

O meu sincero agradecimento.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I – A REALIDADE E O PROBLEMA</b>	
1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	6
2. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA.....	17
3. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	19
4. FORMULAÇÃO DA HIPÓTESE.....	21
5. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS E INDICADORES.....	22
6. CLARIFICAÇÃO DOS TERMOS.....	24
<b>CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
1. CONCEITO DE DEFICIÊNCIA MENTAL.....	27
2. CLASSIFICAÇÃO DOS DEFICIENTES MENTAIS.....	27
3. A CRIANÇA DEFICIENTE MENTAL LEVE: IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS.....	32
4. O GRUPO FAMILIAR: SEU SIGNIFICADO E ATRIBUIÇÕES.....	36
5. ORGANIZAÇÃO DO GRUPO FAMILIAR.....	40
6. A DINÂMICA FAMILIAR DA CRIANÇA PORTADORA DE DEFICIÊN- CIA MENTAL LEVE.....	43
7. REAÇÕES FAMILIARES FRENTE A DEFICIÊNCIA.....	44
7.1 Encarar os Problemas de Modo Realista.....	45
7.2 Negação da Deficiência.....	45
7.3 Lamentações e comiseração dos Pais com a própria sorte.....	46
7.4 Ambivalência em relação a criança ou sua rejeição.....	46

7.5	Projeção da Dificuldade como causa da Deficiência.....	47
7.6	Sentimentos de culpa, vergonha e depressão.....	48
7.7	Padrões de Mútua Dependência.....	49
7.8	Reação dos Irmãos frente ao Membro Deficiente Mental Leve..	50
8.	O CONFLITO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO GRUPO FAMILIAR.....	51
9.	ORIENTAÇÃO DO GRUPO FAMILIAR.....	54
<b>CAPÍTULO III - DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA</b>		
1.	A INTERVENÇÃO REALIZADA.....	58
2.	FICHA DOS PACIENTES.....	59
3.	NUCLEAÇÃO DO GRUPO.....	60
4.	OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	61
5.	ANÁLISE DA PRÁTICA CONFORME OS INDICADORES DA VARIÁVEL DEPENDENTE (V.D.).....	67
1.	Análise de Prática Reunião por Reunião.....	67
2.	Análise Geral da Prática Realizada conforme os Indicadores da V.D. ....	96
<b>CONCLUSÃO.....</b>		116
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		119
<b>ANEXOS.....</b>		122
ANEXO I - FICHA DE TRIAGEM SOCIAL		
ANEXO II - RELATÓRIOS		
ANEXO III - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO AVALIATIVO		

# INTRODUÇÃO

"O conflito é um processo no qual o grupo - Assistente Social passa a ter um outro entendimento (conhecimento) dos fenômenos, por aproximações sucessivas, nas suas relações internas, prosseguindo para um processo de inferência e juízo."

(Maria Alice Correia)

O presente trabalho monográfico propõe-se a relatar uma experiência grupal, realizada no período de 12 meses, com as mães de crianças deficientes mentais leves, em tratamento na Clínica Ambulatorial Psiquiátrica Melanie Klein S.C.

Analisando-se a teoria de Maria Alice Correia sobre o manejo do conflito, procurou-se embasar a intervenção efetuada, neste referencial teórico.

Com base em tal teoria, a Assistente Social agiu no sentido de orientar o processo grupal, partindo da noção de que o conflito trazido pelas mães, encontra-se sempre presente nas relações interpessoais do grupo familiar, devendo ser encarado como fonte de crescimento do grupo.

Diante de tal visão do conflito, trabalhou com o grupo voltando-se à preparação das mães para o manejo do conflito, ou seja, procurou orientá-las no sentido de serem capazes de lidar com as situações conflitivas, sempre presentes no grupo, utilizando-se dos conhecimentos obtidos no próprio grupo a respeito de tais situações.

As mães traziam para as reuniões de grupo sua visão das situações conflitivas, e a Assistente Social, utilizando-se da técnica de discussão reflexiva, procurou trabalhar com as contradições presentes nas situações trazidas. Desta maneira, a medida em que as mães obtinham um maior conhecimento de tais situações, ocorria gradualmente uma modificação da visão inicial que tinham das mesmas. Assim, os conhecimentos novos obtidos eram utilizados pelas mães para enfrentarem, ou seja, manejarem tais situações conflitivas.

A Assistente Social tinha por objetivo capacitar as mães, através da técnica de discussão reflexiva, ao manejo dos conflitos, a fim de que conseguissem refletir sobre os problemas apresentados por seus filhos portadores de deficiência mental leve.

Considerando-se serem as crianças porta-vozes dos conflitos e tensões de seu grupo familiar, tornou-se mister a participação de um dos seus familiares no seu tratamento, pois estes somente poderiam contribuir positivamente, a medida em que compreendessem todo o processo estrutural pelo qual emergiram as situações conflitivas do grupo familiar.

Para a intervenção, o Serviço Social propôs-se a trabalhar com o grupo familiar, considerando-o como um sistema-cliente, preocupando-se em analisar as disfunções apresentadas por tal grupo, no contexto social aonde encontra-se inserido.

Apesar desta experiência ser inédita na clínica, trouxe resultados positivos, podendo ser aplicada a outras realidades semelhantes.

Acredita-se que a principal contribuição e o ponto chave do trabalho, estão representados pela fundamentação teórica segura e precisa, que norteou toda a intervenção prática realizada.

## CAPÍTULO I

### A REALIDADE E O PROBLEMA

## CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A Clínica Melanie Klein S.C. Ltda., foi fundada em 16 de outubro de 1978, estando situada à Rua Goiás, 67, no Bairro do Portão (Fone: 242-7231).

Funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 20:00 horas e, aos sábados das 8:00 às 12:00 horas.

É uma Instituição Médico-Psiquiátrica de duração ilimitada, com fins lucrativos, que tem por objetivos:

### Geral

- . Atuar a nível de prevenção em saúde mental, propondo-se a tratamento e ressocialização do doente, mantendo-o integrado a vida social, profissional e familiar.

### Específicos

- . Prestar Assistência Psiquiátrica a nível ambulatorial à pacientes conveniados ao INAMPS, PARANÁ CLÍNICAS, SEMIC (Serviços Médicos para Indústria e Comércio) CONMED (Convênios Médicos).
- . Servir de campo de instrução para estudantes de Medicina, Psicologia e Serviço Social.

- . Servir de campo para realização de trabalhos de natureza científica, dentro da Psiquiatria, e se necessário realizar convênios com Instituições Universitárias.

Quanto aos recursos físicos a Clínica conta com cinco consultórios, uma sala para atendimento de emergência, uma sala de recepção e Secretaria, duas salas de espera, uma pequena cozinha e dois banheiros.

Quanto aos recursos humanos, a equipe de tratamento da Clínica é formada por Diretor Clínico, Diretor Administrativo, oito Médicos Psiquiatras, uma Assistente Social, duas Estagiárias de Serviço Social, 10 Psicólogos. A equipe de atendimento é constituída de três Secretárias, ficando a conservação da Clínica sob a responsabilidade de uma Servente.

A Clínica utiliza-se dos recursos comunitários através dos convênios com Instituições Previdenciários (INAMPS, PARANÁ CLÍNICAS, SEMIC e CONMED).

### **Estrutura Organizacional da Instituição**

A Clínica Melanie Klein S.C. Ltda. está constituída de:

1. Direção Administrativa
2. Direção Clínica
3. Setor Administrativo
  - a) Secretaria e Recepção
  - b) Faturamento
  - c) Contabilidade
  - d) Conservação e Limpeza

#### 4. Setor Clínico

- a) Corpo Clínico
- b) Estagiários de Medicina

#### 5. Setor de Serviços Técnicos

- a) Serviço Social
- b) Serviço de Psicologia
- c) Serviço de Arquivo Médico e Estatística

#### 6. Setor Científico

Convênio com Instituições Universitárias ou Escolas Afins.

### **Atividades Terapêuticas da Instituição** (Fonte - Documentação da Instituição)

O trabalho terapêutico da Instituição consta das atividades:

- . Entrevista inicial do Médico com o paciente, onde se procura estabelecer o diagnóstico, e se necessário medicamentos.
- . Entrevista da Psicóloga com o paciente, com o objetivo de detectar a problemática psicológica do paciente.
- . Entrevista da Assistente Social, com o paciente, com vistas ao diagnóstico social do caso.
- . Orientação Social aos familiares dos pacientes atendidos pela Instituição (Individual e Grupal).
- . Contato quinzenal da equipe técnica (Médico, Assistente Social, Psicóloga) a fim de esclarecer o andamento do processo terapêutico.

- . Contatos quinzenais do Médico, Psicólogas e Assistente Social, com o paciente, com a finalidade de avaliação e acompanhamento do caso.
- . Reunião semanal com familiares de alcoolistas.
- . Atendimento individual aos alcoolistas, por uma equipe multiprofissional especializada.

### **Funcionamento da Instituição**

O paciente dirige-se primeiramente à uma das Instituições que mantêm convênios com a Clínica (INAMPS, PARANÁ CLÍNICAS, SEMIC, CONMED), a fim de consultar com um Clínico geral. Após a consulta será fornecida ao paciente, conforme ordem médica, uma guia de consulta endereçada à Clínica. Portando esta guia, dirige-se à Clínica para marcar uma consulta de triagem com o terapeuta (Médico-Psicólogo) que possua disponibilidade de horário, ou que o paciente prefira.

O paciente segurado do INAMPS terá direito a três guias mensais, de consulta no primeiro mês, e duas guias no decorrer do tratamento, incluindo o atendimento do Serviço Social.

Uma guia é fornecida pelo posto do INAMPS, (no encaminhamento as consultas terão a duração de 20 minutos e serão realizadas duas vezes por mês), e as outras duas guias serão fornecidas pelo terapeuta que acompanha o tratamento e/ou Assistente Social que esteja fazendo atendimento do caso.

## Atendimento aos pacientes

O atendimento dos pacientes é realizado através de dois setores:

- . Setor Infanto-Juvenil onde são atendidas, crianças, adolescentes e respectivos familiares, de ambos os sexos, à partir de 1(um) ano de idade até quinze anos.
- . Setor Adulto onde são admitidos pacientes adultos de ambos os sexos sem limite de idade para tratamento psiquiátrico em regime ambulatorial encaminhados pelas Instituições conveniadas.

A Clínica atende pacientes agudos (neuróticos e psicóticos) e crônicos (psicóticos), dependentes de drogas, deficientes mentais leves e alcoólatras, em processo de readaptação social.

O Serviço Social atende pacientes e familiares a partir do encaminhamento dos terapeutas nos casos que fizerem-se necessários.

### O Serviço Social na Instituição

O Serviço Social iniciou suas atividades no dia 16 de outubro de 1978, mesmo dia de abertura da Clínica, cumprindo exigências do INAMPS de que, uma Assistente Social fizesse parte da equipe.

A equipe de trabalho conta com uma Assistente Social, (técnico) e duas estagiárias de Serviço Social (técnico apoio).

Para a realização das suas atividades o Serviço Social faz uso dos consultórios da Clínica.

Conforme o programa elaborado pela supervisora da Instituição, juntamente com as estagiárias, o Serviço Social tem por objetivos:

#### **Geral**

- . Propiciar o tratamento do grupo familiar (paciente - família), quando ocorrem situações problemas que dificultem o tratamento médico, evitando o abandono do mesmo e/ou internações desnecessárias.

#### **Específicos**

- . Estudar o cliente e seu ambiente psicossocial (sistema cliente) em função do tratamento médico-social.
- . Orientar individualmente e/ou em grupo os clientes e seus familiares tendo em vista os fatores sociais que interferem na doença ou impeçam a promoção da saúde.
- . Acompanhar o tratamento ("FOLLOW UP") para remover obstáculos que estejam impedindo a sua continuidade.
- . Orientar os clientes e seus familiares, com o objetivo de solucionar ou diminuir os problemas psicossociais que estejam interferindo e na alta (fatores que estejam desencadeando a hospitalização).
- . Interpretar para a equipe multiprofissional, os fatores psicossociais que estejam influenciando na situação do cliente e em seu tratamento.

- . Participar em programas comunitários de saúde mental.
- . Realizar pesquisas sobre problemas psicossociais da clientela e interpretar os resultados para os demais profissionais da equipe, como subsídios para a formulação da política de Assistência Psiquiátrica na Previdência Social.
- . Participar de pesquisas e estudos realizados, pelos demais membros da equipe.
- . Manter contatos com entidades e obras sociais da comunidade para encaminhamento e utilização das mesmas.
- . Manter contatos com empresas particulares, com a finalidade de verificar a situação empregatícia dos clientes.

#### **Atividades desenvolvidas pelo Serviço Social**

##### **1. Atendimento social ao paciente:**

- . Paciente em tratamento: o atendimento é efetuado mediante encaminhamento médico, quando a situação social estiver intervindo no tratamento.
- . Situações sociais problemas que requerem encaminhamento.
- . Dificuldade nas áreas de moradia, alimentação, transporte, profissional, legal e lazer.
- . Desintegração sócio-familiar.
- . Desajustamento social.

O atendimento é feito através de uma ou duas entrevistas mensais, com guias, conforme o caso, com a duração de 20 minutos.

Paciente novo ou egresso: o atendimento é efetuado com o paciente, conforme a ficha do Serviço Social, visando triagem social, ou seja: levantamento, estudo e diagnóstico de situações sociais que estejam se desencadeando, para proporcionar condições de prevenção de desajustamentos maiores e através do acompanhamento social, fornecer dados sociais que possam incrementar o tratamento médico.

São atendidos os pacientes que chegarem ao ambulatório com guias de consulta, em entrevistas de 20 minutos.

## **2. Atendimento Sócio-Familiar**

O atendimento sócio-familiar, é efetuado com o familiar do paciente que esteja interferindo no processo de tratamento do mesmo com as seguintes situações problemas:

- . Ignorância e/ou preconceito em relação a doença mental.
- . Relacionamento familiar inadequado e não aceitação da doença.
- . Negação da família em relação a doença mental.
- . Rejeição do paciente e conseqüentemente segregação do mesmo pela família frente a doença mental, desencadeando o isolamento da doença.

O atendimento é quinzenal ou mensal, através de encaminhamentos da equipe, mediante guias em horários de 20 minutos (grupos).

### **3. Contatos Externos**

Com Instituições Sociais: com a finalidade de obter informações a respeito das diversas obras sociais.

Com Empresas Particulares: contatos com diversas empresas, com a finalidade de verificar a situação empregatícia dos pacientes e também resolver qualquer dificuldade dos mesmos em relação ao seu local de trabalho.

### **4. Reunião com Médicos e Psicólogas**

Realiza-se quinzenalmente, com a duração de uma hora, onde discutem-se os casos atendidos, visando uma compreensão global do caso, estabelecendo-se quais as variáveis mais significativas a serem trabalhadas. Avalia-se o tratamento e são feitos combinados de atendimento social aos pacientes.

### **5. Atividades Complementares Desenvolvidas pelo Serviço Social.**

#### **a) Atendimento Social ao Paciente**

Triagem sócio-econômica do paciente com o Serviço Social, e tem como objetivo explicar o trabalho desenvolvido pelo setor, bem como o levantamento de dados como:

- . Identificação do Paciente
- . Grau de Instrução
- . Situação Profissional
- . Situação Habitacional
- . Antecedentes Familiares
- . Número de Internamentos

- . Composição Familiar
- . Situação Previdenciária
- . Histórico Familiar
- . Parecer Social

### Orientação Social ao Paciente

Realizada por qualquer um dos membros do Serviço Social, e visa o manejo das variáveis significativas do caso, levantadas na triagem.

#### b) Atendimento Sócio-Familiar

##### Triagem sócio-familiar

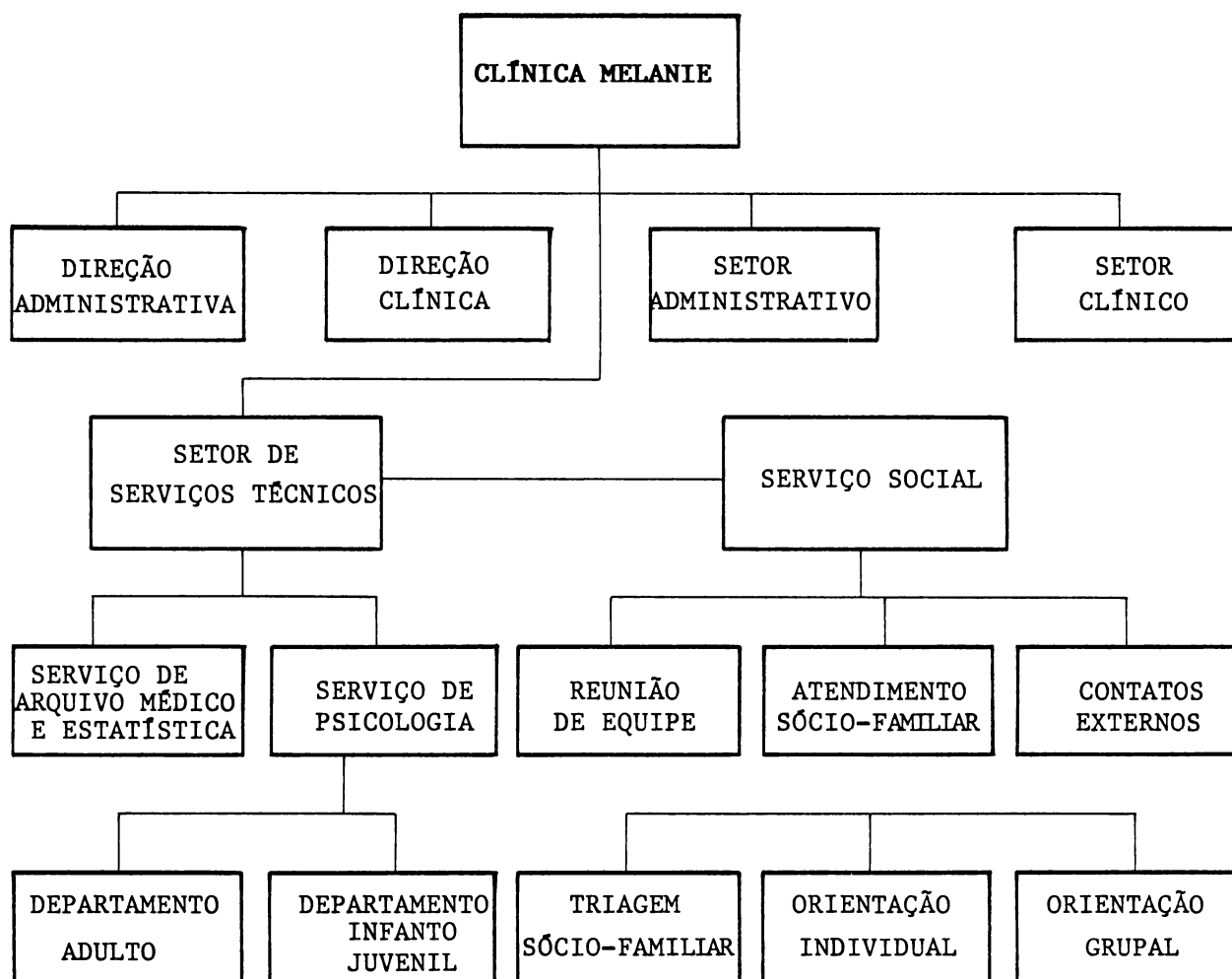
Contato inicial com o familiar responsável para levantamento de dados sócio-econômicos, clarificação do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, e início do levantamento das variáveis a serem trabalhadas no caso.

##### Orientação Familiar

Individual - É realizada por um dos membros da equipe de Serviço Social, e visa o manejo das variáveis significativas do caso.

Grupal - Reunião de familiares, realizada quinzenalmente com duração de uma hora, a qual visa a discussão dos problemas sentidos pelos familiares, levando o grupo a participar na possível solução dos mesmos.

## ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL DA INSTITUIÇÃO



OBS.: A caracterização da Instituição foi feita através de pesquisa com os diretores da Clínica Melanie Klein, consultas à documentação de abertura da Clínica, contando também com a ajuda da Assistente Social da mesma.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

O trabalho da Assistente Social voltou-se de uma maneira mais efetiva para o atendimento da clientela do Departamento Infanto-Juvenil da Instituição, representada por crianças da faixa etária de 9 a 13 anos portadoras de Deficiência Mental Leve e de suas respectivas famílias. As crianças encaminhadas por Orientadoras Educacionais, Psicólogas de outras entidades, Médicos Neurologistas ou Diretores de Escolas, ao chegarem à Clínica eram atendidas pelas Psicólogas do Departamento Infanto-Juvenil. Os problemas apresentados pelas mesmas eram percebidos principalmente no ambiente escolar, mais especificamente pelas suas professoras, as quais orientaram no sentido de procurar um tratamento adequado.

Na Escola as crianças normalmente apresentavam limitada capacidade de atenção e concentração, de associação de idéias, de linguagem, reações muito lentas, bem como dificuldades no relacionamento com os seus colegas.

No ambiente familiar, os problemas emocionais mais evidentes eram: a agressividade da criança em relação aos pais e irmãos, o descontrole dos esfíncteres, a enurese noturna e, em alguns casos o descontrole emocional.

As mães que mostraram maiores dificuldades em lidar com os filhos e em suas relações familiares, foram encaminhadas

pelas psicólogas à Assistente Social, para uma entrevista de triagem e, posteriormente, à orientação social. Tal orientação era efetuada individualmente ou através de grupos operativos, sendo que a escolha do tipo de orientação (individual ou grupal) ficava a encargo das próprias mães.

Os grupos operativos eram realizados quinzenalmente e tinham por objetivos: discutir as dificuldades cotidianas trazidas pelas mães, bem como manejar os conflitos decorrentes destas dificuldades, a fim de possibilitar a aprendizagem de como lidar com as limitações dos filhos deficientes, bem como conduzi-las a uma reflexão sobre os problemas apresentados por eles.

As mães participantes dos grupos de um modo geral apresentavam um baixo grau instrucional, situação econômica precária e, sobretudo, dificuldade em lidarem com os problemas apresentados por seus filhos deficientes mentais, reforçando seus comportamentos negativos, através da adoção de atitudes obsessivas e agressivas, super-protetoras, ou até mesmo demonstrando apatia em relação a estes problemas.

Todas estas atitudes inadequadas das mães, conduziam a uma desorganização nas relações interpessoais do contexto familiar aonde as crianças deficientes encontravam-se inseridas, servindo de reforço à adoção de comportamentos negativos pelas mesmas.

### 3. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

No desenvolvimento deste trabalho, através do atendimento às mães, realizado pelo Serviço Social, pode-se constatar algumas situações conflitivas, em sua maioria comuns às famílias.

Observou-se em primeiro lugar a presença de comportamentos contraditórios das mães em relação à educação de seus filhos excepcionais, os quais não eram percebidos pelas mesmas. Com frequência, adotavam atitudes inadequadas, muitas vezes agressivas, tais como bater, castigar, dar muita atenção aos filhos porque apresentavam enurese, ou não comiam, valorizando sobremaneira atitudes negativas dos filhos excepcionais. Outras vezes puniam severamente as crianças por não fazerem os deveres escolares, porque se masturbavam ou pelo seu insucesso escolar. Tais atitudes em última instância, exacerbavam os conflitos, reforçando a insegurança das mães em lidarem com as contradições presentes nas situações cotidianas.

Percebeu-se também que a realidade apresentada comprovou a presença de mecanismos de defesa do grupo familiar, já afirmados pela psicologia e psiquiatria. Assim, certas mães pela dificuldade de superarem as contradições presentes no relacionamento do grupo familiar, passaram a depositar todas essas dificuldades em um dos membros da família, representado

pelo filho deficiente mental leve que encontrava-se em tratamento. Desta forma, a criança deficiente tornou-se o centro dos problemas do grupo familiar, sendo todas as dificuldades projetadas nela. Ela era considerada o "Problema" porque a família não conseguia ver que a problemática estava no estabelecimento das relações interpessoais de seus membros.

Notou-se também que muitas mães apresentavam um acentuado sentimento de culpa frente dos problemas emocionais decorrentes da deficiência mental apresentada pelos seus filhos, o que as levavam a adotar atitudes superprotetoras, apresentando dificuldades em limitá-los nas suas exigências.

Uma freqüente queixa das mães, estava relacionada à interferência dos avós ou outros parentes ligados a educação de seus filhos. Porém, tal interferência era permitida por elas próprias, revelando atitudes de ambivalência de autoridade.

Diante da realidade apresentada, constatou-se o seguinte problema: "A ausência de participação das mães no tratamento das crianças deficientes mentais leves, dificulta a percepção de sua realidade e de seus conflitos e a resolução dos mesmos frente aos problemas emergentes do próprio grupo familiar".

#### 4. FORMULAÇÃO DA HIPÓTESE

Com base no problema anteriormente anunciado, formulou-se a hipótese. "A técnica de discussão reflexiva dentro dos grupos operativos leva a família do deficiente mental leve a refletir e a manejar os conflitos emergentes de sua realidade em função dos problemas emocionais que a envolvem".

## 5. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS E INDICADORES

### **Variável Independente**

A técnica de discussão reflexiva com grupos operativos.

### **Variáveis Dependentes**

1. Reflexão do grupo familiar sobre a realidade em função dos problemas emocionais que o envolvem;
2. Manejo pelo grupo familiar dos conflitos emergentes de sua realidade, em função dos problemas emocionais que o envolvem.

### **Indicadores**

#### **1ª Variável Dependente**

A - Nova visão do problema pelas mães, no sentido de que toda a dinâmica familiar era problemática e comprometida e não só a criança deficiente que se encontrava em tratamento.

B - Aceitação das mães em participar do tratamento.

C - Frequência das mães às entrevistas e reuniões realizadas pelos técnicos (psicólogas e assistente social da instituição).

D - Atitude das mães nas reuniões: passividade - atividade; interesse - desinteresse; contribuição - não contribuição.

## **2ª Variável Dependente**

A - Grau de verbalização do conflito no grupo.

B - Grau de mudança de percepção do problema.

C - O efeito multiplicador da mãe participante do grupo no contexto familiar.

D - Mudança no comportamento da criança.

## 6. CLARIFICAÇÃO DOS TERMOS

### **Discussão Reflexiva**

É um movimento que envolve uma relação dialógica entre os sujeitos implicados e por meio da qual se dá a comunicação das vivências, o desvelamento das contradições presentes nas mesmas e sua assimilação e integração como um conhecimento novo que se produz.

### **Grupo Operativo**

É um grupo centrado na tarefa, que tem por finalidade aprender a pensar em termos de resolução das dificuldades familiares, manifestadas no campo grupal e discutidas a nível consciente. Através de sucessivas reflexões sobre a realidade, surge ao indivíduo integrado em grupo, a possibilidade de um "Insight" com a conseqüente atenuação das ansiedades básicas, tornando sua atitude menos resistente quanto a mudança desta realidade.

### **Reflexão da Realidade do Grupo Familiar**

A família refletia e tomava consciência de que não só a criança deficiente que se encontrava em tratamento apresentava

problemas emocionais, mas que toda a dinâmica familiar era problemática e comprometida, como também se conscientizava de que o problema estava dentro do contexto familiar.

### **Manejo do Conflito**

Consistia em uma nova maneira de se lidar com as situações contraditórias geradas na dinâmica grupal, pela interação entre seus membros, a partir das dificuldades atuais e as que surgirão após superadas estas. Caracterizou-se como o uso que o grupo fazia do conhecimento das contradições, do qual foi-se apossando durante o processo e que o levou a um enfrentamento desse conflito, por um agir pensado e transformador.

C A P Í T U L O I I  
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Primeiramente se tecerá algumas considerações acerca de deficiência mental, abordando o seu conceito e classificação.

## 1. Conceito de deficiência mental

LAWRENCE KOLB (1980)<sup>1</sup> define o deficiente mental como: "Um indivíduo que apresenta limitações de personalidade, com impossibilidade de desenvolver uma capacidade intelectual suficiente para lidar com as exigências de seu meio e, portanto, estabelecer uma existência social independente".<sup>1</sup>

Para o autor esta incapacidade intelectual deriva de uma limitação inata, imposta ao desenvolvimento cerebral, resulta de doença ou traumatismo cerebral sofridos antes, durante ou imediatamente após o parto, ou é consequência de maturação prejudicada por um estímulo ambiental insuficiente, proveniente de fontes familiares e culturais.

## 2. Classificação dos deficientes mentais

A classificação dos deficientes mentais, segundo as áreas de desvio da normalidade que os caracterizam, varia de autor para autor.

---

<sup>1</sup>KOLB, C. Lawrence. Psiquiatria Clínica. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

SOLOMON e PARTCH (1976)<sup>2</sup> classificam os excepcionais de acordo com o QI, características de desenvolvimento potencial para a educação ou adequação social e vocacional.

---

<sup>2</sup>SOLOMON, Philip; PATCH, Vernon D. Manual de Psiquiatria. São Paulo: Atheneu, 1976. p.563-565

Q. I.	CARACTERÍSTICAS DE DESENVOLVIMENTO	POTENCIAL PARA A EDUCAÇÃO	ADEQUAÇÃO SOCIAL E VOCACIONAL	TIPO DE DEFICIÊNCIA
70 - 85	Pode desenvolver habilidade social e comunicação; retardo mínimo em áreas sensoriais e motoras, frequentemente desaparecidos até uma idade mais avançada.	Pode aprender ensinamentos escolares até aproximadamente o início do 1º Grau, no final da adolescência.	Pode adquirir conhecimento social e vocacional adequado a um mínimo de automanutenção, mas poderá necessitar orientação e assistência quando sob um stress social ou econômico incommum.	LEVE
50 - 70	Pode falar ou aprender a se comunicar; escassa percepção social; razoável desenvolvimento motor; pode aproveitar de um treinamento para se auto-suprir.	Pode tirar proveito no treino de habilidades sociais e ocupacionais; improvável o progresso além do 2º ciclo na vida escolar; pode aprender a viajar sozinho por locais desconhecidos.	Pode conseguir sua automanutenção em trabalho não especializado sob condições que não acarretam risco; necessita de proteção e orientação quando sob stress social ou econômico comum.	MODERADA
0 - 50	Desenvolvimento motor precário; fala muito deficiente; geralmente incapaz de tirar proveito do treinamento para ajuda própria; pequena ou nenhuma capacidade de comunicação.	Pode falar ou aprender a se comunicar; pode ser treinado em hábitos higiénicos elementares; pode tirar proveito de um sistemático treino de hábitos.	Pode contribuir parcialmente para a própria manutenção sob completa supervisão; pode desenvolver auto proteção em níveis úteis mínimos num ambiente controlado.	SEVERA
ABAIXO DE 50	Retardo total; capacidade mínima de funcionamento em áreas sensitivas e motoras; necessita de cuidados de enfermagem.	Algum desenvolvimento motor presente, pode responder a um treinamento mínimo ou limitado na auto-proteção.	Algum desenvolvimento motor e de fala; pode conseguir cuidados pessoais muito limitadas; necessita de cuidados de enfermagem.	PROFUNDA

Cabral e Piva (1975)<sup>3</sup> os classificam em dois grandes grupos, subdivididos em duas subclasses:

I - Superdotados nos aspectos:

- . físico (força, agilidade, etc...)
- . psicológico (alta dotação intelectual, capacidade criadora, etc...)
- . social (liderança, bom uso de bens, etc...)

II - Subdotados nos aspectos:

. físico (deficiências físicas variadas, defeitos morfológicos, deficiências sensoriais, lesões cerebrais, disfunções hormonais, moléstias crônicas e estados carenciais).

. psíquico (retardo, bloqueio ou perda de funções que contribuem para o desenvolvimento da inteligência, desarmonias afetivo e emocionais que levam a estados neuróticos, psicopáticos ou psicóticos).

. social (carência da família ou da comunidade que os levam ao estado de orfandade, abandono ou marginalização).

Machado e Almeida (1971)<sup>4</sup> apresentam o seguinte quadro comparativo entre a classificação moderna, tradicional e a categoria educacional do deficiente mental, enfocando o seu QI. e Idade Mental.

---

<sup>3</sup>CABRAL, E & PIVA S.R. Educação especial dos subdotados. Porto Alegre: Sulívia, 1975.

<sup>4</sup>MACHADO, Maria Terezinha de Carvalho. ALMEIDA, Marlene Concetto de Oliveira. Ensinando crianças excepcionais. Rio de Janeiro: José Olympio, 1971.

CLASSIFICAÇÃO MODERNA	CLASSIFICAÇÃO TRADICIONAL	CATEGORIA EDUCACIONAL	Q. I.	I.M.
Profundo	Idiota	Dependente	até 24	até 29
Severo	Imbecil	Dependente	de 25-49	de 3:0/3:9
Moderado	Deficiente Mental Profundo	Treinável	de 50-66	de 4:0/6:9
Leve	Deficiente Mental Leve	Educável	de 67-84	de 7:0/9:9

No Brasil, o Conselho Federal de Educação, através do Parecer nº 1.682/74, apresenta a seguinte classificação:

- a) Deficientes mentais:
  - educáveis
  - treináveis
  - dependentes
- b) Superdotados
- c) Portadores de problemas de conduta
- d) Portadores de deficiências múltiplas
- e) Deficientes da fala
- f) Hipoacusia
- g) Deficientes da audiocomunicação
- h) Visão reduzida
- i) Cegos
- j) Deficientes físicos não sensoriais.

Por fim, BARBE (1973)<sup>5</sup> classifica-os como: criança lenta, educável e treinável e em termos de capacidade e potencial para aprender os QI (Quociente de Inteligência) são os seguintes:

- lenta: 75 a 90
- educável: 50 a 74
- treinável: 30 a 49

### 3. A criança deficiente mental leve: - Identificação e características.

A criança deficiente mental leve é aquela que pode ser educada, sendo capaz de tornar-se auto-suficiente na idade adulta, quando devidamente estimulada.

#### 3.1 Identificação

Um programa de identificação e diagnóstico é básico e indispensável para a utilização eficiente de qualquer programa especial para crianças deficientes.

Segundo ROUCEK (1973)<sup>6</sup>, os programas de identificação e diagnóstico devem incluir quatro fatores:

- 1 - Exame educacional que revela a presença de retardamento educacional e que pode fornecer uma base para o diagnóstico da incapacidade mental;
- 2 - Exame psicológico ou psicométrico, destinado basicamente a avaliar o nível do desenvolvimento mental da criança.

---

<sup>5</sup>BARBE, Walter B. La educación del niño excepcional. Buenos Aires: Medico Panamericano, 1973.

<sup>6</sup>ROUCEK, Joseph. A criança excepcional. São Paulo: Ibrasa, 1973.

- 3 - Exame médico, destinado a revelar a etiologia e indicar o tratamento médico, quando necessário.
- 4 - Investigação, no campo do ajustamento pessoal, que inclua relações pessoais e fatores de personalidade.

### 3.2 Características

A criança portadora de deficiência mental leve apresenta limitações de aprendizagem espontânea, dificuldade de compreensão, de transferir aprendizagem, bem como de manter a atenção dirigida.

Embora possua habilidades de adaptação pessoal e social, pode apresentar um comportamento agressivo, tendência à justiça, teimosia, automatismo, sugestionabilidade e falta de censura.

MACHADO & ALMEIDA (1971)<sup>7</sup> caracterizam a criança deficiente mental leve como "aquela capaz de uma aprendizagem formal da leitura, escrita e aritmética, geralmente entre 9 e 12 anos de idade cronológica, necessitando de experiências concretas, uma vez que lhes falta aptidão para trabalhar com sucesso em abstrações. Embora limitado, seu vocabulário é suficiente para as situações normais da vida prática. O reconhecimento do seu atraso mental é, na maioria dos casos, verificado quando ingressa na escola; às vezes o crescimento físico é normal e o retardo só se evidencia ao apresentar pouca habili-

---

<sup>7</sup>MACHADO, Maria Terezinha de Carvalho. ALMEIDA, Marlene Concetto de Oliveira. Ensinando crianças excepcionais. Rio de Janeiro: José Olympio, 1971.

dade na execução das tarefas escolares. Atinge, na fase adulta, uma idade mental entre nove e doze anos, podendo realizar um trabalho não especializado ou semi-especializado, o que lhe possibilita a auto-suficiência".

A criança deficiente mental leve revela aspectos similares aos da criança normal, porém, aspectos característicos desviam-na desta normalidade.

Para DUNN(1971)<sup>8</sup> as características "desviantes" são:

- 1 - maior compreensão do concreto do que do abstrato;
- 2 - limitada capacidade de raciocínio;
- 3 - limitada capacidade de atenção;
- 4 - limitada capacidade de associação de idéias;
- 5 - falta de realismo;
- 6 - falta de capacidade de autocrítica;
- 7 - juízo limitado;
- 8 - falta de "visão";
- 9 - lastro maior de experiências frustrantes;
- 10 - ajuste insatisfatório.

Características específicas, que parecem típicas nestas crianças são:

- 1 - Reações muito lentas: levam muito mais tempo para se ajustar a uma nova idéia, obtendo maior desempenho quando existe uma rotina a ser seguida coerentemente.

---

<sup>8</sup>DUNN, Loyd M. Crianças excepcionais: Seus problemas, sua educação. Rio de Janeiro: Oa Livro Técnico, 1975

2 - Pouca atenção: não conseguem concentrar-se numa mesma atividade durante um período de tempo muito grande. Por isso as atividades devem ser planejadas de acordo com o curto período de atenção da criança. Isto evitará que ela se distraia, além de estimular sua compreensão do material apresentado.

3 - Limitação de linguagem: um grande número de deficientes mentais leves pertence ao grupo cuja origem de retardamento é familiar. As deficiências mais comuns neste grupo são as de linguagem. As semelhanças e diferenças precisam ser apontadas repetidamente, e um vocabulário oral precisa ser estabelecido. Tanto os símbolos numéricos quanto os verbais devem ser utilizados para o desenvolvimento do conhecimento e para aumentar a compreensão dos significados abstratos. A família pode desempenhar um papel muito importante no desenvolvimento da linguagem da criança, mediante a realização de exercícios simples, como determinar a diferença entre objetos maiores e menores, duros e moles, através de materiais concretos e adequados para o ensino destes conceitos.

4 - Pobreza de julgamento: as crianças deficientes mentais leves necessitam de ajuda para planejar e determinar quais as situações que são importantes. A família deve ser incentivada a ajudá-las neste particular. Atitudes como permitir a criança organizar uma festa, podem ser um meio de desenvolvê-la. Com os pais ela poderá decidir sobre os preparativos da mesma: número de convidados, hora de início, tipo e quantidade de refrigerantes, etc... (FLEMING, 1978)<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup>FLEMING, Juanita W. A criança excepcional. Rio de Janeiro: Francisco Alves, S.A., 1978.

Geralmente as crianças deficientes não estão em condições de julgar e discriminar o que é essencial do que não é. Não são capazes também de distinguir o certo do errado, pois tem uma capacidade limitada para antecipar a seqüência de uma ação.

### 3.3 Características físicas

As crianças deficientes mentais leves se aproximam das normais muito mais de perto no que tange ao físico e a saúde em geral do que intelectualmente, exibindo efetivamente uma certa inferioridade. As deficiências físicas são resultantes de uma variedade de causas, tais como acidentes, maior contato e menor resistência às doenças e infecções transmissíveis, assistência médica inadequada e do próprio estado de sub-desenvolvimento em que se encontram.

## 4. O grupo familiar: Seu significado e atribuições.

Dada a importância das inter-relações familiares na estruturação psíquica do deficiente mental, torna-se indispensável tecer algumas considerações sobre o termo família, o seu significado, atribuições e organização.

NATHAN ACHERMANN (1978)<sup>10</sup> baseado na afirmação de que ninguém vive a vida só e de que alguns aspectos da experiência vital são mais individuais que sociais e outros mais so-

---

<sup>10</sup>ACHERMANN, Nathan W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares y psicodinamismos de la vida familiar. Buenos Aires: Hormé, 1978. pg. 128.

ciais que individuais, porém a vida não deixa de ser uma experiência compartilhada entre pessoas que habitam sob um mesmo teto, conceitua família como: "Unidade básica de desenvolvimento e experiência, de realização e de fracasso, de enfermidade e de saúde."

CLEMENTE FILHO (1977)<sup>11</sup> propõe o seguinte conceito de família: "A família é um conjunto de pessoas ligadas por um parentesco, que vivem na mesma casa, ou no sentido mais largo, é o conjunto de pessoas ligadas por um laço conjugal, por parentesco sangüíneo ou ainda por afinidade constituindo o conjunto de adultos, adolescentes e crianças, com quem primeiro o ser humano entra em contato, sem nenhuma dúvida, importância primacial para a sua formação, para a sua educação e para a sua adaptação social. A interação que se estabelece entre indivíduos e família pode modificar o indivíduo da mesma forma que pode modificar a família".

Para PRADO (1982)<sup>12</sup>:

"Uma família é não só o tecido fundamental de relações, mas também um conjunto de papéis socialmente definidos. Não é um simples fenômeno natural. Ela é uma Instituição Social variando através da história e apresentando até formas e finalidades numa mesma época e lugar, conforme o grupo social que esteja sendo observado."

É através da família que a criança se integra no mundo adulto. É nesse meio que aprende a canalizar seus afetos, a

---

<sup>11</sup>CLEMENTE FILHO, Antonio S. Participação da comunidade na integração do Deficiente Mental. Brasília : Departamento de Documentação e Divulgação, 1977.

<sup>12</sup>PRADO, Danda. O que é família. São Paulo: Brasiliense, 1982. p.95.

avaliar e selecionar suas relações. É na família, ainda, que recebe orientação e estímulo para ocupar um determinado lugar na sociedade.

As relações alteradas entre irmãos, pais e filhos, entre os cônjuges, freqüentemente com relação aos colaterais e afins, em virtude da presença do deficiente mental, determinam tensões internas e externas que podem romper os laços familiares. Quando isso não acontece, perturbam a dinâmica familiar ao ponto de constituírem, por si mesmos, um conflito que precisa ser encarado e resolvido, quando visa a integração social do deficiente mental.

Família nem sempre tem o significado de pai, mãe, filho. Às vezes é representada pelo funcionamento complexo e unitário de uma casa, composta por pessoas que estabelecem estreitos vínculos afetivos e têm um propósito social eficaz.

Os vínculos familiares se fazem por meio de uma combinação de fatores: biológicos, psicológicos, sociais e econômicos.

No aspecto biológico, cabe a família garantir a perpetuação da espécie, pela união do homem e da mulher. É a unidade básica da sociedade que se encarrega de gerar descendentes, assegurando sua criação e educação.

Psicologicamente, os membros da família estão ligados em uma relação de interdependência mútua, para a satisfação de suas necessidades afetivas.

Economicamente a família tem por fim prover as necessidades materiais de seus membros.

Do ponto de vista social, a família tem o papel de socializar o indivíduo, ou seja, ensiná-lo a cumprir o seu papel na sociedade, proporcionando-lhe aprendizagem, incentivando a responsabilidade de seus atos, estimulando a iniciativa individual e criatividade, levando-o a estabelecer sua identidade no meio social em que vive.

A família é, em todos sentidos, a produto da evolução. É uma unidade flexível que se adapta sutilmente às influências que atuam sobre ela, tanto internas como externas. Em suas relações, deve adaptar-se aos costumes e normas vigentes, fazendo conexões amplas com forças raciais, religiosas, sociais e econômicas. Deve também, aceitar dentro do seu contexto, as condições das ligações biológicas básicas de homem e mulher e de mãe e filho.

A unidade psicológica da família é moldada continuamente pelas condições externas, tanto como por sua organização interna. Assim como no desenvolvimento do indivíduo existem crises decisivas, também na vida familiar há períodos críticos em que os conflitos podem fortalecer ou debilitar os vínculos nela estabelecidos.

As mudanças adaptativas da estrutura familiar estão determinadas tanto por sua organização interna como por sua posição externa na comunidade. A trama das relações familiares pode estar influenciada por um ambiente social amistoso, protetor, hostil ou perigoso. Um ambiente social que impõe perigos pode levar a família a uma desintegração. Um ambiente externo amistoso, que proporciona oportunidades de auto-expressão e recompensa na comunidade mais ampla, pode fortalecer os

laços da família e fomentar em seus membros uma mobilidade social incrementada.

Com a mudança de estrutura familiar em resposta a mudança social, as ligações de amor e lealdade fortalecem-se ou debilitam-se, alterando a participação nas experiências, a divisão do trabalho e a distribuição da autoridade entre o pai e a mãe. Sob condições favoráveis, os sentimentos de amor e lealdade prevalecem e se mantém a harmonia familiar, porém em condições de tensão e conflito excessivo, podem surgir antagonismos e ódios mútuos, ameaçando a integridade do grupo familiar.

## 5. Organização do grupo familiar

A configuração da família determina as formas de conduta que se requeiram para os papéis: esposo, esposa, pai, mãe, e filho. A paternidade, a maternidade e o papel de filho, adquirem significado específico somente dentro de uma estrutura familiar determinada. Assim, a família molda a classe de pessoas que necessita para levar a cabo suas funções e nesse processo, cada membro reconcilia seu condicionamento passado com as expectativas de sua relação atual. Este processo é contínuo, porque a identidade psicológica de uma família altera com o tempo e, dentro do marco desse processo, cada membro, dentro de certos limites, altera estas expectativas da relação.

No curso habitual dos acontecimentos da vida em família, todos os membros estão destinados a experimentar alguma desilusão; em consequência disto, pode ocorrer aborrecimento ou temor. Um excesso de frustração, dor e ódio podem provocar um

sério prejuízo para seu desenvolvimento saudável. Porém, é essencial para o desenvolvimento emocional experimentar certa desilusão, a fim de desenvolver tolerância à frustração e aceitar resultados não completamente esperados.

A criança sempre experimenta tanto amor como ódio em relação a seus pais. O controle eficaz deste equilíbrio está profundamente determinado pelas atitudes dos pais, ainda que estas sejam, por sua vez, influenciadas pelas atitudes e condutas dos filhos. A forma característica dos pais mostrarem seu amor entre si e aos filhos, é da maior significação para determinar o clima emocional da família.

O conflito provoca tensão hostil que pode ameaçar a organização familiar. Quando os pais se amam, o filho os ama; quando os pais se odeiam, a criança está compelida a colocar-se do lado de um e contra o outro.

A criança possui ao nascer certo potencial hereditário, mas, num sentido mais amplo, não tem mente nem personalidade próprias. Sua individualidade vai se moldando etapa por etapa a partir da unidade primária mãe e filho. A percepção da diferenciação entre ambos, pode ser um estímulo para a aprendizagem, se a auto-estima da criança estiver garantida pelo vínculo de identificação. Para que se mantenha uma união emocional saudável entre mãe e filho, é necessário uma saudável separação do eu individual da criança.

A tarefa da família é socializar o indivíduo e fomentar o desenvolvimento de sua identidade. Existem dois processos centrais neste desenvolvimento: o primeiro, é a passagem de uma posição de dependência e comodidade infantis à auto-

direção do adulto e suas satisfações concomitantes; o segundo, é a passagem de um lugar de importância infantil, magnífica, onipotente, a uma posição de menor importância, isto é, de dependência à independência. Ambos os processos são funções psicológicas da família como unidade e o essencial, é que eles sejam sutilmente graduais em benefício da saúde emocional da criança.

As condutas materna e paterna não podem vincular-se a uma relação causal simples, de parte a parte, com as responsabilidades individuais dos pais. Atuar como mãe e pai significa adaptar-se a relações recíprocas, interdependentes, moldadas pela configuração psicológica total do grupo familiar, mais do que pela influência da bagagem individual dos pais. Assim, a conduta do pai e da mãe em relação ao filho não pode ser considerada num vácuo social ou num contexto exclusivo da interação paterno filial. Deve pois, ser considerada como expressão funcional da experiência interpessoal total que caracteriza a vida da família.

O grupo familiar executa a tarefa de socializar o indivíduo, moldar o desenvolvimento da personalidade, determinando em grande parte o destino mental da criança. Os processos pelos quais ela absorve ou rejeita sua atmosfera familiar, determinam seu caráter.

Como a família promove uma classe específica de experiências formadoras, que permitem a adaptação da criança a situações vitais diversas, pode ser considerada como um campo de treinamento, onde ela adquire prática e cada vez maior destreza para cumprir uma ampla variedade de relações sociais.

A estabilidade do grupo familiar depende de um padrão de equilíbrio e intercâmbio emocional. Cada membro influi na conduta de todos os outros e, um desvio na interação emocional de um deles, altera os processos de interação dos outros familiares. A enfermidade emocional de um membro pode complementar a de outro ou ter efeitos antagônicos. Deste modo, uma crise na vida da família pode ter efeitos profundos e de grande alcance na saúde mental da criança.

#### **6. A dinâmica familiar da criança portadora de deficiência mental leve**

O fato de receber o diagnóstico que caracteriza a deficiência leva o grupo familiar inicialmente a uma situação de estresse total (desintegração emocional). Junto a este estresse, geralmente está associada a noção de negação da deficiência ou do retardo da criança.

A criança deficiente mental leve representa para os pais uma extensão de si mesmos; assim, é normal que a família perceba qualquer defeito da criança como um reflexo de suas próprias inadequações.

Posteriormente, como o auxílio de profissionais e técnicas adequadas, os pais aprenderão a aceitar o diagnóstico, auxiliando o deficiente a superar as barreiras da deficiência.

Em um terceiro momento, passam a aceitá-lo e amá-lo, lidando com ele de uma maneira mais construtiva, agora sem o estresse inicial.

Segundo JOSEPH ROUCEK (1973)<sup>13</sup>:

"Muito frequentemente os pais hesitam em admitir, mesmo a si próprios, que o filho é diferente. Tal recusa de encarar a realidade pode ser seguida por uma tentativa de encontrar alguém ou algo em que culpar o problema. São aspectos normais do desenvolvimento dos pais e devem ser tratados com paciência e realisticamente. Ajudar os pais a aceitar o filho incomum, como ele é, com um mínimo de falsas esperanças e anseios, envolve uma avaliação bem definida e certa da natureza e do significado da excepcionalidade. Tal explicação poderá precisar de muitas repetições e muitos esforços, antes de conseguir uma verdadeira compreensão e aceitação."

As famílias que possuem um membro portador de deficiência mental leve, enfrentam um problema básico que é o de como se conduzir frente a mesma, de forma a estimular em vez de dificultar o crescimento e desenvolvimento dos seus membros e do próprio deficiente mental. O comportamento deste, pode ser talhado pelas ações e atitudes das pessoas que se relacionam com ele, podendo o grupo familiar limitar e distorcer, como também, encorajar e facilitar sua potencialidade de desenvolvimento.

## 7. Reações familiares frente a deficiência

Constatam-se vários padrões de reações parentais frente a presença de uma criança portadora de deficiência mental leve. Entre as diferentes reações, destacam-se:

---

<sup>13</sup>ROUCEK, Joseph. A criança excepcional. São Paulo: Ibrasa, 1973.

### 7.1 Encarar os problemas de modo realista

Muitos pais são capazes de lidar, de um modo salutar e construtivo, com os conflitos e problemas gerados pela presença de um filho portador de deficiência mental. Apresentam-se bem integrados ao vivenciarem suas decisões e tensões, tal como encaram com maturidade as crises e tensões de sua própria vida. Sendo assim, mostram-se mais estruturados e equilibrados quanto ao direcionamento a seguir, frente as dificuldades surgidas ao vivenciar a situação de ter um filho deficiente.

### 7.2 Negação da deficiência

Percebe-se que a maioria dos pais reagem com certa negação ao fato de possuir um filho portador de deficiência mental leve. Para isso, verifica-se também que existem fortes influências sociais e pessoais, motivando-os a negarem as provas do excepcionalidade do filho.

O estereótipo social e cultural de ter um filho ideal, somado à expectativa dos pais de terem um filho que desempenhe com êxito um papel cultural, contribuem para uma reação de negação.

Assim, a negação é um mecanismo de defesa empregado pelos pais para se protegerem, a fim de não sofrerem a deflação do ego, frente à excepcionalidade do filho.

### 7.3 Lamentações e comiseração dos pais com a própria sorte. (auto-comiseração)

A esta reação, as perguntas e exclamações mais comuns são:

- "Por que é que isto tem que acontecer logo na minha família?"
- "O que foi que eu fiz para merecer isto?"

Assim, a ameaça ao prestígio dos pais e da família passa a ser representada pela presença do membro portador de deficiência mental.

Quando ocorrer de a reação emocional ser extrema, os próprios valores religiosos do grupo familiar são postos em dúvida, pois apesar das suas crenças religiosas, está sempre sujeito a sofrimentos e dificuldades, pela presença de um membro deficiente.

### 7.4 Ambivalência em relação a criança ou sua rejeição

O sentimento de ambivalência para com os filhos é constatado na maioria dos pais. Verifica-se que as restrições de atividades, as responsabilidades adicionais, os pequenos desapontamentos da paternidade e maternidade, as angústias e as irritações, que são fatores constituintes de uma conduta normal na criação de um filho, produzem reações parentais ambivalentes. Os pais aceitam e amam, mas também rejeitam e detestam os filhos.

Assim sendo, é inevitável que haja uma acentuação desses componentes negativos, ao se tratar de uma criança portadora de deficiência mental.

Estas reações variam desde o desejo consciente de morte do filho excepcional, ou de que ele nunca tivesse nascido, até a reprimida, irreconhecida, escondida e simbólica hostilidade e rejeição. Em quaisquer desses casos, os sentimentos ambivalentes provocam reações de culpa, que acabam por resultar na superproteção, excessiva solicitude e uma vida de martírio, que constitui uma tentativa de negação ou compensação dos sentimentos hostis de que se envergonham.

#### 7.5 Projeção da dificuldade como causa da deficiência

A projeção é entendida como um mecanismo de defesa comum, contra os sentimentos de ansiedade.

Este mecanismo funciona de forma a que a ansiedade relacionada a culpa pessoal, ou a sentimentos inaceitáveis de ressentimento e hostilidade, venha ser diminuída, responsabilizando outra pessoa pela situação tida como ameaçadora.

Desta forma, pais de filhos portadores de deficiência mental projetam, freqüentemente, as causas da deficiência da criança em outros membros da família. Com isso, o ressentimento e a hostilidade existentes podem ser direcionados aos outros filhos, ao próprio cônjuge, ou a pessoas próximas.

## 7.6 Sentimentos de culpa, vergonha e depressão

Estes fatores fazem parte de muitos padrões de reação e são componentes importantes na avaliação de comportamentos diante da deficiência.

A vergonha relaciona-se à preocupação com a reação e pensamento de outras pessoas em relação à deficiência, como, também, à expectativa da crítica e às manifestações de opiniões das outras pessoas.

A culpa está relacionada aos sentimentos de autocensura, de autocondenação, de remorso, como também ao sentimento de depreciação pessoal.

Ambas, vergonha e culpa, apresentam-se acompanhadas de ansiedade. Assim sendo, muitas vezes o sentimento de culpa, com a ansiedade, somado à depreciação pessoal, transformam-se em depressão.

Conseqüentemente, em relação à reação dos pais, percebe-se que, quando esta é de vergonha, o que ocorre é um risco à ameaça do prestígio pessoal, como, também, ao status social do grupo familiar. Diante deste aspecto, é que muitas vezes ocorre a rejeição social da criança portadora de deficiência mental leve, por parte das pessoas que convivem com ela.

Por vezes, alguns pais adotam uma postura de renúncia à participação social, outros tendem a um papel de mártires, com a intenção de suprir a falta de preparação parental ou de inadequação do papel de pais, como uma causa possível da deficiência mental apresentada pelo filho.

Em outros casos de reações parentais, constata-se uma conduta onde a criança é esquecida, não tendo os cuidados necessários de que precisa para desenvolver suas potencialidades.

Os sentimentos de culpa e de recriminação, como também a vergonha, podem resultar para os pais em uma vida de martírio. Porém, o martírio conseqüente do sentimento de vergonha se traduz como uma tentativa de provar para as pessoas que eles são competentes e adequados.

A extrema preocupação e a máxima solicitude são formas de reação que levam os pais a provar para si mesmos que desempenham seus papéis adequadamente, levando-os a adotar atitudes superprotetoras em relação ao filho deficiente. A atitude de superproteção verifica-se, também, com pais que sentem extrema culpa diante da deficiência do filho, protegendo-o mais que o necessário.

Frente a essas várias posições, constata-se a forte influência dos sentimentos dos pais na interação com o filho, dificultando ou prejudicando o vínculo emocional, o que influenciará inevitavelmente no desenvolvimento psicossocial do mesmo.

### 7.7 Padrões de mútua dependência

Os padrões de relação de mútua dependência são frequentemente desenvolvidos na família que tem um membro portador de deficiência mental. Tal padrão de interação ocorre, principalmente, em família de pais altamente ansiosos.

Neste caso, os pais passam a viver em função do filho deficiente, esquecendo-se de sua posição individual e de cumprir seus papéis dentro do grupo familiar.

Por outro lado, o filho portador de deficiência pode estabelecer vínculos afetivos tão restritos e dependentes, dos quais não consegue libertar-se, vivendo em função dos mesmos.

#### 7.8 Reação dos irmãos frente ao membro deficiente mental leve.

Verifica-se que, na maioria dos casos, os irmãos reagem adotando a mesma conduta dos pais.

Por vezes, ocorre de os pais solicitarem aos outros filhos que defendam, protejam e cuidem do irmão portador de deficiência mental, o que acarreta ressentimentos a estes. O ressentimento é mais intensamente vivido pelos irmãos, quando o portador da deficiência recebe mais afeto e atenção, ou quando ocorre de a deficiência privar os demais irmãos de seus direitos. Apesar disto, são poucos os irmãos que expressam inveja ou ressentimentos contra os irmãos excepcionais. A atitude, que na maioria dos casos prevalece, é a de proteção e cuidado em não ferir os sentimentos do irmão deficiente.

A competição, que entre irmãos é comum ocorrer, apresenta-se quase sempre ausente em irmãos de crianças portadoras de deficiência mental.

Nesses relacionamentos, é freqüente ocorrer falta de franqueza dos irmãos, em comentar sobre a situação do irmão ou irmã deficiente mental. Pouco falam sobre a deficiência, por receio de ferir os sentimentos do irmão, como se a excepcionalidade fosse algo de que não se pudesse falar.

Estas reações familiares interferem em alto grau no desenvolvimento do deficiente, dificultando, sobremaneira, a interação do grupo familiar.

#### **8. O Conflito nas relações interpessoais do grupo familiar**

A família sendo formada de um grupo de pessoas, constitui-se num sistema diferenciado de posições e papéis desempenhados pelos membros que a compõem.

Sua estrutura emerge da interdependência de tais papéis, que correspondem a situação triangular básica (pai-mãe-filho). Esta situação triangular básica é universal com suas possíveis variáveis culturais, determina o modelo que seguirão as inter-relações familiares.

Estas inter-relações é que irão determinar o tipo de estabilidade na dinâmica familiar. A estabilidade da família e de seus membros depende de um padrão de equilíbrio e intercâmbio emocional, cada membro influenciando na conduta de todos os outros. Assim, um desvio na interação emocional de um dos membros de uma família, altera os processos interacionais dos outros.

Na dinâmica familiar ressalta-se o conflito como um elemento importante para o estabelecimento da interação entre os membros, e da estabilidade familiar.

O conflito poderá de um lado representar uma fonte de crescimento dos membros do grupo, e de outro, servir como determinante do desequilíbrio emocional, no relacionamento familiar, dificultando as relações interpessoais de tal grupo,

dependendo da maneira de como se apresenta e como é manejado pelos membros.

Para Nathan Ackermann<sup>14</sup> a estabilidade de conduta dos membros de uma família é influenciada pela capacidade de manejar o conflito. O autor diz que "o controle do conflito é dimensão especial, ligada diretamente às relações do indivíduo e a família". O fracasso para encontrar uma solução para os conflitos, pode levar a uma inadaptação e também a uma enfermidade emocional.

No indivíduo existem conflitos, ansiedades, e os sintomas defeituosamente controlados significam vulnerabilidade para o fracasso na sua adaptação e na doença mental. Com estas forças coexistem as capacidades potenciais de encontrar soluções para tais conflitos, ou de estabelecer um equilíbrio protetor, ou de compensar os efeitos do conflito. Na complementariedade dos papéis familiares, estas forças podem oferecer satisfações, soluções para o conflito, aliviando as ansiedades. Na configuração do conflito há influência do indivíduo conflitivo sobre a sua família conflitiva, o qual projeta elementos de sua vida emocional interna, nos processos de interação familiar, e por conseguinte, a família pode levar o indivíduo à uma compensação emocional dentro destes conflitos. Assim, as relações entre os membros da família podem ser benignas e positivas quando estimulam o seu crescimento, e negativas, quando conduzem à um colapso no equilíbrio emocional, fracassando com isto a adaptação individual dos membros.

---

<sup>14</sup>ACHERMANN, Nathan W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Opus cit.

A Assistente Social Maria Alice Correia encara o conflito como fonte de crescimento do grupo familiar, estando sempre presente nas relações interpessoais, sendo portanto estimulado.

"As situações conflitantes estão sempre presentes na ordem natural e social, já que o conflito surge da oposição entre elementos contrários. Dentro desta perspectiva é que se pode considerar o conflito como fonte de vida, já que 'as coisas mudam porque encerram uma contradição interna (elas próprias e seus contrários). Os contrários estão em conflito e as mudanças nascem desses conflitos,<sup>15</sup> ou seja, o conflito é o motor da mudança".

Como nenhum grupo está constantemente em equilíbrio, seus membros buscam através do manejo do conflito, uma mudança, a fim de que o grupo alcance o seu equilíbrio novamente.

O manejo do conflito representa a utilização de conhecimento das contradições, das quais o grupo familiar vai se apossando, no decorrer de sua existência, e que o conduz a um enfrentamento deste conflito, por um agir pensado e transformador.

Enfim, as situações conflitantes são positivas, e servem como fonte de equilíbrio do grupo, levando-o sempre a um crescimento.

---

<sup>15</sup> CORREIA, Maria Alice. O Assistente Social e o manejo do conflito. Trabalho de Mestrado em Serviço Social. PUC - Rio de Janeiro, 1975.

## 9. Orientação do grupo familiar

Com o progresso das pesquisas e dos conhecimentos acerca da deficiência mental, a família está procurando auxílio tão logo percebe a existência de um filho deficiente mental.

Várias técnicas estão sendo exploradas e aprimoradas, no esforço de desenvolver nos pais a habilidade de comunicar-se com sucesso com os filhos excepcionais.

O grupo operativo, proposto por PICHÓN RIVIÉRE (1983)<sup>16</sup> pode ser utilizado para o manejo dos conflitos familiares surgidos pelo estabelecimento das interrelações pessoais da criança deficiente mental leve. Tal grupo, oferece aos pais oportunidades para contribuírem na resolução dos conflitos, diminuindo a situação de estresse originária da própria deficiência mental.

É um grupo centrado na tarefa, que tem por finalidade aprender a pensar em termos de resolução das dificuldades familiares, manifestadas no campo grupal e discutidas a nível consciente. Por meio de sucessivas reflexões sobre a realidade, surge ao indivíduo integrado ao grupo, a possibilidade de um "INSIGHT" com a conseqüente atenuação das ansiedades básicas, tornando sua atitude menos resistente quanto a mudança desta realidade.

---

<sup>16</sup> RIVIÉRE, Enrique Pichón. Processo grupal. Rio de Janeiro: Livraria Martim Fontes: Ed. Ltda., 1983. pg.107.

Assim, pela experiência de grupo o indivíduo vai desenvolvendo uma adaptação ativa a realidade, sendo modificado pelo grupo e por sua vez atuando como um agente de mudança da realidade sócio-familiar.

Na medida em que cada membro do grupo percebe a sua realidade, faz o grupo participante de problemas grupais que por vezes não tinham ainda surgido isoladamente.

Enfim, o grupo operativo na tarefa de pensar, desenvolve uma adaptação ativa à realidade, a possibilidade de assumir novos papéis e a maior responsabilidade sobre os mesmos.

Uma técnica grupal muito utilizada na orientação de pais de crianças deficientes mentais leves, é a "discussão reflexiva", que possibilita ao grupo familiar um conhecimento dos elementos presentes nas situações conflitivas trazidas por eles, provocando uma nova visão dos problemas apresentados. A base desta técnica está assentada sobre aspectos perceptivos e cognitivos, supondo que o grupo, ao refletir, torna-se capaz de aprender e compreender certos conceitos relacionados a deficiência mental.

A discussão reflexiva não se propõe a dirigir o grupo no sentido de assumir por ele, mas, preocupa-se em acompanhar o seu desenvolvimento gradativo, tanto para dentro como para fora, em relação a outros grupos dos quais participam seus membros.

São trabalhados com os membros do grupo os conflitos trazidos por eles, agindo-se de uma maneira consciente e reflexiva sobre suas contradições, orientando-os a manejarem adequadamente tais situações conflitivas.

Esta técnica permite à família uma investigação e reflexão acerca de sua própria problemática como grupo, conduzindo os seus membros a uma análise mais consciente e crítica do contexto onde encontram-se inseridos.

A discussão é voltada para situações concretas vivenciadas pela família da criança deficiente mental, com um enfoque para a prática "do que" e "de como" fazer frente às mesmas.

As mães apresentam situações individuais, as quais serão trabalhadas em grupo, não deixando de ser identificadas como problemas do grupo, na medida em que há uma base comum de dificuldades e situações em confronto, bem como experiências que devem ser trocadas entre os seus membros.

O objetivo básico do grupo é desenvolver maior interesse dos pais em expandir o aspecto global da excepcionalidade, em vez de ficarem confinados aos aspectos de significação imediata nas relações com os filhos portadores de deficiência mental leve.

### CAPÍTULO III

#### DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

## 1. A Intervenção Realizada

A presente experiência representou uma prática de intervenção realizada desde o mês de agosto de 1988. O início da pesquisa constituiu-se na investigação diagnóstica para a qual foi utilizada a técnica de entrevista com as mães das crianças deficientes mentais leves em tratamento, a fim de se poder detectar as situações-problemas que envolviam a família e as crianças em tratamento, bem como, verificar como as mães se posicionavam e agiam frente aos problemas apresentados por seus filhos deficientes.

Foram realizadas entrevistas com as mães a partir do início do mês de agosto de 1988, até o início do mês de janeiro de 1989, através das quais, estas foram selecionadas e, posteriormente, encaminhadas a grupos operativos. Estes grupos iniciaram-se no mês de fevereiro de 1989, tendo por objetivo fundamental discutir as dificuldades cotidianas das famílias, bem como, manejar os conflitos trazidos pelas mães à eles.

Como critérios de seleção para os grupos foram estabelecidos:

- disposição da mãe em aceitar o trabalho do grupo;
- disponibilidade em termos de tempo;
- interesse em comparecer ao ambulatório, a fim de colaborar no tratamento dos filhos;
- interesse de trazer ao grupo suas dificuldades cotidianas;

- valorização do trabalho realizado na Instituição pelas famílias das crianças;
- aceitação das mães quanto à problemática do filho deficiente.

Dentro dos grupos orientados pela Assistente Social, foi selecionado um, de acordo com as características anteriormente citadas, para a aplicação e avaliação da teoria proposta.

A seguir, serão apresentadas a ficha das crianças, juntamente com a nucleação do grupo, a fim de que se possa estabelecer uma relação destas com suas mães, as quais, experimentaram a intervenção do Serviço Social.

Para preservação do sigilo profissional, tanto os nomes das crianças como das mães são fictícios.

## 2. Ficha dos pacientes

NOME	IDADE	ESCOLARIDADE	INÍCIO DO TRATAMENTO
Paulo	9 anos	1ª Série	Agosto/88
Jaime	13 anos	3ª Série	Outubro/88
Jane	12 anos	3ª Série	Dezembro/88
Márcia	10 anos	2ª Série	Dezembro/88
Marcos	10 anos	2ª Série	Novembro/88
Cíntia	12 anos	3ª Série	Novembro/88
Marina	13 anos	3ª Série	Agosto/88

**OBS.:** Com exceção de Paulo, todas as crianças frequentavam classes especiais.

### 3. Nucleação do Grupo

#### FAMILIARES DOS PACIENTES

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	RENDA FAMILIAR (SALÁRIO MÍNIMO)	SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	PROFISSÃO
Marta	29 anos	casada	4ª Série-1º Grau	3 Salários Mínimos	INAMPS	do lar
Maria das Dores	37 anos	casada	2ª Série-1º Grau	4 Salários Mínimos	INAMPS	diarista
Sônia	29 anos	casada	4ª Série-1º Grau	4 Salários Mínimos	PARANÁ CLÍNICAS	do lar
Eliane	43 anos	casada	1º Grau-Completo	3 Salários Mínimos	INAMPS	do lar
Mirtes	33 anos	casada	4ª Série-1º Grau	4 Salários Mínimos	INAMPS	diarista
Marli	34 anos	casada	3ª Série-1º Grau	3 Salários Mínimos	INAMPS	servente
Laura	44 anos	casada	3ª Série-1º Grau	4 Salários Mínimos	INAMPS	do lar

#### 4. Operacionalização da Pesquisa

A presente monografia propõe-se a descrever a atuação da Assistente Social junto a um grupo operativo constituído por 7 (sete) mães, que procuraram o ambulatório psiquiátrico em busca de tratamento para seus filhos portadores de deficiência mental leve, os quais apresentavam problemas emocionais.

Inicialmente foram realizadas entrevistas de triagem (estruturadas) com as mães, através das quais foram aplicados formulários contendo dados como: identificação da mãe, grau de instrução, situação profissional, situação habitacional, antecedentes familiares, composição familiar, situação previdenciária e histórico familiar.

Através da aplicação destes instrumentos de pesquisa, observou-se que estas mães apresentavam, de um modo geral, baixo grau instrucional e possuíam faixa etária compreendida entre 29 e 44 anos. Cinquenta e sete por cento (57%) delas não executavam atividades fora de casa e quarenta e três por cento (43%) trabalhavam fora, exercendo a profissão de diaristas, e servente. Todas as mães habitavam em casas próprias, localizadas nas regiões suburbanas da cidade (bairros da Vila Centenário, São Bráz, Vila Nossa Senhora da Luz, Pinheirinho e Xaxim).

Como a população de mães era pequena (7 mães) não houve a necessidade de seleção de amostragem para a execução da experiência.

A aplicação destes formulários permitiu à Assistente Social detectar as situações sociais-problemas que envolviam o grupo familiar das crianças deficientes mentais leves em tratamento, bem como, por meio deles pode-se verificar como estas mães se posicionam e agiam frente aos problemas e dificuldades apresentados pelos filhos excepcionais.

Tais entrevistas, como já foi dito, realizaram-se a partir do mês de agosto de 1988, até o início do mês de janeiro de 1989 e serviram como instrumentos de seleção das mães, para o seu posterior encaminhamento a grupos operativos. Estes grupos estavam voltados para a discussão das dificuldades cotidianas das mães bem como, para o manejo dos conflitos trazidos por elas às reuniões grupais.

Para Enrique Pichón Riviére (1983),<sup>17</sup> o grupo operativo é um grupo centrado na tarefa, que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades familiares, manifestadas no campo grupal e discutidas a nível consciente.

A técnica grupal utilizada no desenvolvimento desta experiência, teve como base o referencial teórico de Maria Alice Correia (1975),<sup>18</sup> a qual propõe a discussão reflexiva como uma técnica para se atingir o manejo do conflito. Tal técnica possibilitou ao grupo um conhecimento dos elementos presentes nas situações conflitivas trazidas pelas mães, provocando uma nova visão do conflito.

---

<sup>17</sup>RIVIÉRE, Enrique Pichón. Processo Grupal. Rio de Janeiro. Livraria Martins Fontes. Editora Ltda., 1983.

<sup>18</sup>CORREIA, Maria Alice. O Assistente Social e o manejo do conflito. Trabalho de Mestrado em Serviço Social - PUC - Rio de Janeiro, 1975.

Os conteúdos discutidos reflexivamente pelo grupo procederam geralmente das próprias mães, a partir de suas experiências cotidianas.

A base desta técnica estava assentada sobre aspectos perceptivos e cognitivos, supondo que o grupo, ao refletir, tornou-se capaz de aprender e compreender certos conceitos, estabelecer relações entre os elementos, sendo auxiliado pela Assistente Social a deter informações que podiam, em determinadas situações, estar relacionadas com seus sentimentos e emoções; em se tratando de mães de crianças deficientes mentais leves, emoções e sentimentos frente à deficiência destas crianças.

Tal técnica não se propunha a dirigir o grupo no sentido de assumir por ele mas, preocupava-se em acompanhar o seu desenvolvimento gradativo, tanto para dentro, como para fora, em relação a outros grupos dos quais participavam seus membros.

Através dela, a Assistente Social trabalhava com os membros do grupo os conflitos trazidos por eles, agindo de uma maneira consciente e reflexiva sobre suas contradições. Com isto, os orientava a manejarem tais situações conflitivas, as quais, nunca desapareciam, mudando constantemente de polo.

Sendo o conflito considerado positivo ao grupo e, como nenhum grupo está em constante equilíbrio, o seu manejo caracterizou-se como o uso que o grupo fez do conhecimento das contradições do qual foi se apossando durante o seu desenvolvimento.

Assim, a Assistente Social tinha como objetivo fundamental capacitar o grupo, por meio da discussão reflexiva, a manejar as situações conflitivas, através de uma série de intervenções verbais, as quais sempre provocavam um movimento reflexivo de seus membros.

A seguir, serão citados alguns aspectos fundamentais do uso da técnica de discussão reflexiva, correlacionando-se a teoria apresentada com a experiência vivenciada pelas mães.

Tal técnica permitiu às mães uma investigação e reflexão de sua própria problemática como grupo, como também conduziu-as a uma análise mais consciente e crítica do contexto onde encontravam-se inseridas.

A discussão era voltada para situações concretas vivenciadas pelas mães, com um enfoque para a prática "do que" e "de como" fazer frente às mesmas. Partia das necessidades cotidianas, as quais, de um modo geral eram comuns a todos os membros do grupo.

O grupo se caracterizava por "falares" a nível da realidade concreta (grupo operativo), diferenciando-se do grupo terapêutico, pois as técnicas e os objetivos propostos no trabalho, estavam dirigidos de uma maneira especial, ao plano do conhecimento e da ação. Apresentava situações individuais as quais, eram trabalhadas pelos seus membros, que não deixavam de ser identificadas como problemas de grupo, na medida em que havia uma base comum de dificuldades e situações em confronto e experiências que podiam ser trocadas entre eles.

O grupo de mães se caracterizava por um conjunto de pessoas com problemas individuais, que estavam reunidas mais

para receber do que dar, em um movimento centrífugo inicial (tirar de dentro para fora) que era diferente do que ocorria no grupo que se reunia para resolver problemas do grupo como tal, os quais extrapolavam a área de interesse individual.

Como o conflito era positivo ao grupo, a Assistente Social não estava preocupada em aniquilá-lo, conformá-lo, apaziguá-lo ou minimizá-lo, mas sim, procurou manejá-lo, utilizando-o como fonte de crescimento do grupo.

Além dos instrumentos e técnicas acima mencionados, foi utilizada a técnica de observação durante todo o desenvolvimento do trabalho, por este constituir-se em um instrumento de pesquisa científica. Esta técnica foi usada na fase exploratória, a fim de colher dados para a formulação de um pré-diagnóstico; na etapa diagnóstica, para comprovar dados que evidenciavam a hipótese levantada; na execução da experiência, para avaliar constantemente o trabalho e, na fase de análise do trabalho, para medir os resultados alcançados.

Os indicadores da primeira variável dependente - nova visão do problema pelas mães e atitude destas nas reuniões, foram medidos tanto por meio da análise dos relatórios das reuniões de grupo, como também através do retrospecto feito pelas mães durante o desenvolvimento da última reunião (reunião de avaliação do grupo).

O indicador referente a aceitação das mães em participar do tratamento foi medido através da consulta aos formulários preenchidos durante as entrevistas individuais com as mães realizadas pela Assistente Social.

Para medir a frequência das mães às entrevistas e reuniões realizadas pelo Serviço Social da Instituição foi montado um quadro de frequência das mães às reuniões (conforme modelo anexo) bem como, foram consultadas as fichas individuais das mães.

Para avaliar os indicadores da segunda variável dependente, grau de verbalização do conflito no grupo (número de verbalizações de cada elemento e a classificação das mesmas) foram elaboradas tabelas de avaliação de cada reunião, conforme o modelo anexo.

A classificação das verbalizações foi subdividida em:

- a) verbalização positiva (+): - verbalização apresentando mudança de percepção do problema (manejo do conflito ou tentativa de); compreensão das mães dos problemas e situações apresentadas; intervenção na discussão do problema do outro e reforço à intervenção da Assistente Social.
- b) verbalização negativa (-): - não percepção da realidade; incompreensão das mães frente aos problemas ou situações apresentadas; falta de coerência da verbalização com o assunto em discussão; dispersão; conversa paralela e desinteresse.

Os demais indicadores da segunda variável dependente: o grau de mudança de percepção do problema; o efeito multiplicador da mãe participante do grupo no contexto familiar e a mudança no comportamento da criança foram medidos pela análise dos relatórios individuais das crianças em tratamento, elaborados pelas psicólogas da Instituição.

## 5. Análise da Prática conforme os indicadores da variável dependente(V.D.)

A análise da prática realizada com as mães, será apresentada através de dados retirados dos relatórios das 10 reuniões grupais realizadas, os quais, encontram-se arquivados na Instituição, estando 4 deles exemplificados em anexo.

### 5.1 Análise da prática reunião por reunião

#### 1ª Reunião

#### 1ª Variável Dependente

#### A) Nova visão do problema pelas mães.

- Depoimento de D. Sônia, p.1 linhas 22-25; 27-29.
- Depoimento de D. Maria das Dores, p.2, linhas 50-53.

#### B) Atitude das mães na reunião.

NOMES	ATIVI- DADE	PASSIVI- DADE	INTERE- SE	DESIN- TERESSE	CONTRI- BUIÇÃO	NÃO CON- TRIBUIÇÃO
Marta	X		X		X	
Mã das Dores	X		X		X	
Sonia	X		X		X	
Eliane		X		X		X
Mirtes	X		X		X	

Pela análise dos dados da Tabela acima, verificou-se que 80% das mães participantes da reunião se apresentaram ativas, interessadas e contribuintes, e as 20% restantes, demonstraram atitudes de passividade e desinteresse, não contribuindo ao manejo dos conflitos emergentes do grupo, durante o desenvolvimento da reunião.

C) Frequência das mães a reunião

NOME	PRESENÇA	AUSÊNCIA
Marta	X	-
Maria das Dores	X	-
Sônia	X	-
Eliane	X	-
Mirtes	X	-
Marli	-	X

Pela análise dos dados acima, podemos observar que 83% das mães estiveram presentes a reunião e 17% não compareceram à mesma.

## 2ª Variável Dependente

- Grau de verbalização do conflito no grupo

NOME	VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO		Nº TOTAL DE VERBALIZAÇÕES	INTERVENÇÃO ASSIST.SOCIAL NO GRUPO
	Positiva (+)	Negativa (-)		
Marta	5	-	5	9
Mã das Dores	6	1	7	-
Sônia	9	-	9	-
Eliane	2	-	2	-
Mirtes	6	-	6	-

Embora sendo esta a 1ª reunião do grupo, onde inicialmente houve o estabelecimento de um clima de tensão e ansiedade entre os membros, o número de verbalizações (positivas) do conflito foi praticamente equilibrado, destacando-se D. Sonia com 9 verbalizações. D. Eliane, porém, verbalizou somente 2 vezes, apresentando conforme nos mostra a tabela nº 1, atitudes de desinteresse e passividade, não contribuindo ao manejo dos conflitos surgidos. D. Maria das Dores, embora houvesse apresentado uma verbalização negativa, mostrou-se interessada, contribuindo ativamente com o grupo.

- Localização das verbalizações no relatório.

. D.Marta: Linhas 29 - 31 (+); 46 - 49 (+); 61 - 63(+); 65 - 67(+); 114 - 116(+).

- . D.Maria das Dores: Linhas 14-17(+); 37-39(+); 42-43(-); 49-53(+); 90-92(+); 100-103(+); 105-108(+).
- . D.Sônia: Linhas 18-20(+); 22-25(+); 27-29(+); 57-60(+); 68-70(+); 84-85(+); 92-95(+); 111-113(+); 120-127(+).
- . D.Eliane: Linhas 73-83(+); 85-89(+).
- . D.Mirtes: Linhas 26-27(+); 31-36(+); 44-46(+); 54-56(+); 63-64(+); 99(+)

- Localização das intervenções da Assistente Social no relatório.

- . Linhas: 8-13; 21-22; 40-42; 70-72; 96-98; 104-105; 110-111; 118-120; 129-130.

## 2ª Reunião

### 1ª Variável Dependente

#### A) Nova visão do problema pelas mães

- Depoimento de D. Maria das Dores: pg 3; Linhas 71-73
- Depoimento de D. Mirtes: pg.3; Linhas 74-75.
- Depoimento de D. Marta: pg.2; Linhas 45-47  
pg.3; Linhas 76-79
- Depoimento de D. Sônia: pg.3; Linha 80.

B) Atitude das mães na reunião

NOMES	ATIVI- DADE	PASSIVI- DADE	INTE- RESSE	DESIN- TERESSE	CONTRI- BUIÇÃO	NÃO CON- TRIBUI- ÇÃO
Marta	X		X		X	
Mãe das Dores	X		X		X	
Sônia	X		X		X	
Eliane	X		X		X	
Mirtes	X		X		X	
Marli	X		X		X	

Pela análise da tabela acima, observou-se que todas as mães participantes da reunião se apresentaram ativas e interessadas, bem como contribuíram ao manejo dos conflitos surgidos.

C) Frequência das mães a reunião

NOMES	PRESENÇA	AUSÊNCIA
Marta	X	-
Maria das Dores	X	-
Sônia	X	-
Eliane	X	-
Mirtes	X	-
Marli	X	-

Todas as mães compareceram a reunião (100% de presença).

## 2ª Variável Dependente

- Grau de verbalização do conflito em grupo

NOME	VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO		Nº TOTAL DE VERBALIZAÇÕES	INTERVENÇÃO ASSIST. SOCIAL NO GRUPO
	POSITIVA(+)	NEGATIVA(-)		
Marta	6	-	6	6
Mã das Dores	1	-	1	
Sônia	4	-	4	
Eliane	5	-	5	
Mirtes	2		2	
Marli	3	1	4	

Embora nesta reunião tenha ocorrido 1 verbalização negativa, esta não interferiu na dinâmica geral do grupo, sendo representada por fuga ou dispersão do assunto, por um dos membros do grupo. Tal verbalização não estava relacionada ao desinteresse e passividade das mães, como evidencia a tabela número 1. As verbalizações positivas, por sua vez, apresentaram-se equilibradas, oscilando entre 1 e 6, destacando-se D. Maria das Dores com somente uma verbalização.

- Localização das verbalizações no relatório.

- . D.Marta: Linhas 15-17(+); 25-28(+); 32-37(+); 45-47(+); 76-79(+); 93-96(+).
- . D.Maria das Dores: Linhas 69-73(+);
- . D.Sônia: Linhas 9-11(+); 41-44(+); 48-54(+); 79-80(+).

- . D.Eliane: linhas 11-15(+); 44-45(+); 55-59(+); (62-68(+); 85-87(+).
- . D.Mirtes: Linhas 64-68(+); 74-75(+).
- . D.Marli: Linhas 5-6(+); 18-24(+); 81-85(-); 87-93(+).

- Localização das intervenções da Assistente Social no relatório.

- . Linhas: 7-9; 29-32; 37-41; 59-61; 97-100; 102-103.

3ª Reunião

1ª Variável Dependente

A) Nova visão do problema pelas mães

- Depoimento de D. Mirtes pg.1 - linhas 15-22;
- D. Eliane pg.2 - linhas 32-35;
- D. Marta pg.3 - linhas 72-75.

B) Atitude das mães na reunião

NOMES	ATIVIDADE	PASSIVIDADE	INTERESSE	DESINTERESSE	CONTRIBUIÇÃO	NÃO CONTRIBUIÇÃO
Marta	X		X		X	
Mã das Dores	X		X		X	
Sônia	X		X		X	
Eliane	X		X		X	
Mirtes	X		X		X	
Marli	X		X		X	
Laura	X		X		X	

Todas as mães participantes da reunião se apresentaram ativas e interessadas, bem como contribuíram para o manejo dos conflitos que surgiram no desenvolvimento da mesma.

C) Frequência das mães a reunião

NOMES	PRESENÇA	AUSÊNCIA
Marta	X	-
Maria das Dores	X	-
Sônia	X	-
Eliane	X	-
Mirtes	X	-
Marli	X	-
Laura	X	-

Todas as mães comparecerem a reunião (100% de presença).

2ª Variável Dependente

- Grau de verbalização do conflito em grupo

NOMES	VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO		Nº TOTAL DE VERBALIZAÇÕES	INTERVENÇÃO ASSIST. SOCIAL NO GRUPO
	Positiva(+)	Negativa(-)		
Marta	3	-	3	9
Mã das Dores	2	-	2	
Sônia	7	1	8	
Eliane	5	-	5	
Mirtes	4	-	4	
Marli	3	-	3	
Laura	3	-	3	

Nesta reunião podemos observar que as verbalizações positivas do grupo, oscilaram entre 2 e 7. Ressaltou-se a participação de D.Sônia, com 7 verbalizações positivas, a qual, contribuiu efetivamente para o manejo dos conflitos. Embora D.Sônia tenha verbalizado negativamente uma vez, tal verbalização não interferiu na dinâmica geral da reunião.

- Localização das verbalizações no relatório

- . D. Marta: Linhas 40-43(+); 72-75(+); 102-103(+).
- . D. Maria das Dores: Linhas 35-36(+); 123-128(+).
- . D. Sônia: Linhas 25-27(+); 54-58(+); 70-71(+); 86-92(+); 101-102(+); 104-106(+); 108-110(-); 111-114(+).
- . D. Eliane: Linhas 31-35(+); 37-40(+); 43-46(+); 65-70(+); 106-108(+)
- . D. Mirtes: Linhas 12-22(+); 59-61(+); 64-65(+); 76-81(+).
- . D. Marli: Linhas 61-63(+); 81-84(+); 114-122(+).
- . D. Laura: Linhas 6-10(+); 46-52(+); 92-100(+).

- Localização das intervenções da Assistente Social no relatório.

- Linhas: 3-5; 11-12; 22-25; 28-30; 52-54; 84-86; 110-111; 128-130; 132-133.

#### 4ª Reunião

##### 1ª Variável Dependente

##### A) Nova visão do problema pelas mães

- Não houve nesta reunião nenhum depoimento que apresentasse uma nova visão do problema pelas mães.

B) Atitude das mães na reunião

NOMES	ATIVI- DADE	PASSIVI- DADE	INTE- RESSE	DESIN- TERESSE	CONTRI- BUIÇÃO	NÃO CON- TRIBUIÇÃO
Marta	X		X		X	
Mãe das Dores		X		X		X
Sônia	X		X		X	
Eliane	X		X		X	
Mirtes	X		X		X	
Laura		X		X		X
Marli	X		X		X	

Conforme os dados da tabela acima podemos observar que 71% das mães se apresentaram ativas, interessadas e contribuintes na reunião, e as 29% restantes, demonstraram atitudes de passividade e desinteresse, não contribuindo para o manejo dos conflitos surgidos.

C) Frequência das mães a reunião

NOMES	PRESENÇA	AUSÊNCIA
Marta	X	-
Maria das Dores	X	-
Sônia	X	-
Eliane	X	-
Mirtes	X	-
Laura	X	-
Marli	X	-

Todas as mães compareceram a reunião (100% de presença).

## 2ª Variável Dependente

### - Grau de verbalização do conflito em grupo.

NOMES	VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO		Nº TOTAL DE VERBALIZAÇÕES	INTERVENÇÃO ASSIS. SOCIAL NO GRUPO
	Positiva(+)	Negativa(-)		
Marta	3	1	4	5
Mã das Dores	1	-	1	
Sônia	5	-	5	
Eliane	6	1	7	
Mirtes	3	-	3	
Marli	2	1	3	
Laura	1	-	1	

Observou-se que durante esta reunião as verbalizações positivas do conflito variaram consideravelmente, apresentando-se em um número relativamente baixo, oscilando entre 1 e 6 verbalizações. Destacaram-se D.Maria das Dores e D.Laura por haverem verbalizado uma única vez, apresentando conforme mostra a tabela nº 1, atitudes de passividade, desinteresse e não contribuição, durante o desenvolvimento da reunião; as verbalizações negativas surgidas, não alteraram a dinâmica grupal.

### - Localização das verbalizações no relatório

. D.Marta: Linhas 11-15(+); 46-52(+); 84-85(+); 88-90(-)

- . D.Mã das Dores: Linhas 37-41(+).
- . D.Sônia: Linhas 21-23(+); 27-34(+); 42-46(+); 54-57(+)  
73-75(+).
- . D.Eliane: Linhas 17-19(+); 58-60(+); 76-77(+); 78-80(+)  
82-84(+); 86-87(+); 93-100(-).
- . D.Mirtes: Linhas 23-27(+); 34-36(+); 60-66(+).
- . D.Marli: Linhas 77-78(+); 80-82(+); 100-106(-).
- . D.Laura: Linhas 66-69(+).

- Localização das intervenções da Assistente Social no relatório.

- . Linhas: 2-5; 15-17; 52-54; 70-73; 107-110.

### 5ª Reunião

#### 1ª Variável Dependente

##### A) Nova visão do problema pelas mães

- Depoimento de D. Eliane, p.2; linhas 34-41.
- Depoimento de D. Marli, p. 4; linhas 93-102.
- Depoimento de D. Laura, p.3; linhas 60-67; 76-78.
- Depoimento de D. Mã das Dores, p.3; linhas 67-71.

B) Atitude das mães na reunião

NOMES	ATIVI- DADE	PASSIVI- DADE	INTE- RESSE	DESIN- TERESSE	CONTRI- BUIÇÃO	NÃO CON- TRIBUIÇÃO
Marta		X		X		X
Mã das Dores	X		X		X	
Sônia		X		X		X
Eliane	X		X		X	
Mirtes	X		X		X	
Marli	X		X		X	
Laura		X		X		X

Podemos observar, pela análise da tabela acima, que 57% das mães participantes da reunião, se apresentaram ativas, interessadas e contribuintes e as 43% restantes, demonstraram atitudes de passividade e desinteresse, não contribuindo com o grupo no manejo dos conflitos surgidos.

C) Frequência das mães a reunião

NOMES	PRESENÇA	AUSÊNCIA
Marta	X	-
Maria das Dores	X	-
Sônia	X	-
Eliane	X	-
Mirtes	X	-
Marli	X	-
Laura	X	-

Todas as mães compareceram a reunião (100% de presença).

## 2ª Variável Dependente

### - Grau de verbalização do conflito em grupo

NOMES	VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO		Nº TOTAL DE VERBALIZAÇÕES	INTERVENÇÃO ASSIST. SOCIAL NO GRUPO
	Positiva(+)	Negativa(+)		
Marta	-	-	-	3
Mã das Dores	4	-	4	
Sônia	1	-	1	
Eliane	3	1	4	
Mirtes	3	-	3	
Marli	5	-	5	
Laura	1	-	1	

Durante o desenvolvimento da reunião observou-se um baixo número de verbalizações do conflito pelo grupo, bem como, percebeu-se uma razoável oscilação em seu número (entre 1 e 5). Destacou-se, sobretudo, D.Marta a qual conservou-se apática e desinteressada durante toda a reunião, mostrando-se muito resistente ao tratamento, não colaborando com o grupo em momento algum. A verbalização negativa de D. Eliane, não alterou a dinâmica grupal.

### - Localização das verbalizações no relatório.

. D.Marta: nenhuma verbalização.

- . D.Maria das Dores: Linhas 4-8(+); 28-30(+); 67-71(+); 102-105(+).
- . D.Sônia: Linhas 78-80(+).
- . D.Eliane: Linhas 8-10(+); 34-41(+); 71-74(+); 86-93(-).
- . D.Mirtes: Linhas 42-53(+); 75-76(+); 86-92(+).
- . D.Marli: Linhas 11-23(+); 25-27(+); 53-58(+); 93-102(+); 105-107(+).
- . D.Laura: Linhas 58-67(+).

- Localização das intervenções da Assistente Social no relatório

Linhas: 3-4; 23-24; 107-108.

6ª Reunião

1ª Variável Dependente

A) Nova visão do problema pelas mães.

- Depoimento de D. Mirtes, p.1; linhas 9-12
- Depoimento de D. Eliane, p-1; linhas 15-19.

B) Atitude das mães na reunião

NOMES	ATIVIDADE	PASSIDADE	INTERESSE	DESINTERESSE	CONTRIBUIÇÃO	NÃO CONTRIBUIÇÃO
Marta	X		X		X	
Sônia	X		X		X	
Eliane	X		X		X	
Mirtes	X		X		X	
Laura	X		X		X	
Marli	X		X		X	

Pelos dados da tabela acima, podemos observar que todas as mães participantes da reunião se apresentaram ativas e interessadas, assim como contribuíram para o manejo dos conflitos surgidos.

C) Frequência das mães a reunião

NOMES	PRESEÇA	AUSÊNCIA
Marta	X	-
Sônia	X	-
Eliane	X	-
Mirtes	X	-
Laura	X	-
Marli	X	-
Maria das Dores	-	X

Pela análise dos dados da tabela anterior, podemos observar que 86% das mães estiveram presentes à reunião, e 14% não compareceram a mesma.

## 2ª Variável Dependente

### - Grau de verbalização do conflito em grupo

NOMES	VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO		Nº TOTAL DE VERBALIZAÇÕES	INTERVENÇÃO DA ASSIST. SOCIAL NO GRUPO
	Positiva(+)	Negativa(+)		
Marta	4	-	4	7
Sônia	4	-	4	
Eliane	5	-	5	
Mirtes	6	-	6	
Laura	5	-	5	
Marli	5	-	5	

Observamos, nesta reunião, que o número de verbalizações positivas manteve-se equilibrado, não havendo nenhuma verbalização negativa. A reunião foi bastante produtiva, sendo manejados adequadamente todos os conflitos apresentados.

### - Localização das verbalizações no relatório

- . D.Marta: Linhas 12-13(+); 14-15(+); 90-94(+); 106-107(+).
- . D.Sônia: Linhas 12-13(+); 44-52(+); 75-79(+); 106-107(+).
- . D.Eliane: Linhas 12-13(+); 15-19(+); 22-33(+); 53-56(+); 106-107(+).

- . D.Mirtes: Linhas 5-6(+); 9-13(+); 33-44(+); 70-74(+); 94-98(+); 106-107(+).
- . D.Laura: Linhas 12-13(+); 20-22(+); 79-85(+); 87-70(+); 106-107(+).
- . D.Marli: Linhas 12-13(+); 60-65(+); 85-86(+); 102-105(+); 106-107(+).

- Localização das intervenções da Assistente Social no relatório.

- Linhas: 2-5; 7-9; 56-60; 65-69; 99-102; 107-111; 112-113.

7ª Reunião

1ª Variável Dependente

A) Nova visão do problema pelas mães

- Depoimento de D. Sônia, p.1; 2; linhas 25-27.
- Depoimento de D. Laura p.2; linhas 28-31.

B) Atitude das mães na reunião

NOME	ATIVI- DADE	PASSIVI- DADE	INTERE- SE	DESIN- TERESSE	CONTRI- BUIÇÃO	NÃO CON- TRIBUIÇÃO
Marta	X	-	X	-	X	-
Mã das Dores	X	-	X	-	X	-
Sônia	X	-	X	-	X	-
Eliane	X	-	X	-	X	-
Laura	X	-	X	-	X	-
Mirtes	X	-	X	-	X	-
Marli	X	-	X	-	X	-

Conforme os dados da tabela acima, podemos observar que todas as mães participantes da reunião se apresentaram ativas e interessadas, assim como contribuíram para o manejo dos conflitos que apareceram.

C) Frequência das mães a reunião

NOMES	PRESENÇA	AUSÊNCIA
Marta	X	-
Maria das Dores	X	-
Sônia	X	-
Eliane	X	-
Laura	X	-
Mirtes	X	-
Marli	X	-

Pelos dados acima, podemos observar que todas as mães compareceram à reunião (100% de presença).

## 2ª Variável Dependente

### - Grau de verbalização do conflito em grupo

NOMES	VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO		Nº TOTAL DE VERBALIZAÇÕES	INTERVENÇÃO ASSIS. SOCIAL NO GRUPO
	Positiva(+)	Negativa(-)		
Marta	3	-	3	3
Mã das Dores	3	-	3	
Sônia	3	-	3	
Eliane	5	-	5	
Laura	3	-	3	
Mirtes	4	1	5	
Marli	3	-	3	

No desenvolvimento da reunião, percebeu-se que o número de verbalizações positivas manteve-se equilibrado, oscilando entre 3 e 5 verbalizações. Embora D.Mirtes tenha apresentado uma verbalização negativa, esta não interferiu na dinâmica do grupo. Observou-se também, uma participação ativa de todos os membros, evidenciada pelos dados da tabela nº 1, propiciando o manejo adequado dos conflitos emergentes do grupo.

### - Localização das verbalizações no relatório

. D.Marta: Linhas 7-8(+); 34-41(+); 77-78(+).

. D.Maria das Dores: Linhas 2-6(+); 8-11(+); 77-78(+).

- . D.Eliane: Linhas 13-15(+); 22-23(+); 41-47(+); 61-68(+); 77-78(+).
  - . D.Laura: Linhas 27-31(+); 68-70(+); 77-78(+).
  - . D.Mirtes: Linha 11-13(+); 15-21(-); 54-61(+); 70-75(+); 77-78(+).
  - . D.Marli: Linhas 14-16(+); 27-29(+); 52-55(+).
  - . D.Sonia: Linhas 30-33(+); 46-52(+); 72-74(+).
- Localização das intervenções da Assistente Social no relatório.
- . Linhas: 31-34; 47-50; 78-79.

#### 8ª Reunião

#### 1ª Variável Dependente

##### A) Nova visão do problema pelas mães.

- Depoimento de D. Mirtes p.2; linhas 40-44.
- Depoimento de D. Maria das Dores, p.3; linhas 61-67; 70-72.

B) Atitude das mães na reunião

NOMES	ATIVIDADE	PASSIVIDADE	INTERESSE	DESINTERESSE	CONTRIBUIÇÃO	NÃO CONTRIBUIÇÃO
Marta	X	-	X	-	X	-
Mã das Dores	X	-	X	-	X	-
Sônia	X	-	X	-	X	-
Eliane	X	-	X	-	X	-
Mirtes	-	X	-	X	-	X
Laura	-	X	-	X	-	X

Pela análise dos dados da tabela acima, observou-se que 66% das mães se apresentaram ativas, interessadas e contribuintes na reunião, e as 34% restantes demonstraram atitudes de passividade e desinteresse, não contribuindo para o manejo dos conflitos decorrentes da reunião.

C) Frequência das mães a reunião

NOMES	PRESENÇA	AUSÊNCIA
Marta	X	-
Maria das Dores	X	-
Sônia	X	-
Eliane	X	-
Laura	X	-
Mirtes	X	-
Marli	-	X

Pelos dados acima, verificou-se que 86% das mães compareceram a reunião, e 14% delas estiveram ausentes da mesma.

## 2ª Variável Dependente

### - Grau de verbalização do conflito em grupo

NOMES	VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO		Nº TOTAL DE VERBALIZAÇÕES	INTERVENÇÃO DA ASSIST.SOCIAL NO GRUPO
	Positiva(+)	Negativa(-)		
Marta	2	-	2	3
Mã das Dores	3	2	5	
Sônia	2	-	2	
Eliane	3	-	3	
Mirtes	1	-	1	
Laura	1	1	2	

Percebeu-se nesta reunião, que o número de verbalizações positivas apresentou-se bastante baixo, oscilando entre 1 e 3. D.Mirtes e D.Laura, mostraram, conforme evidencia a tabela número 1 atitudes de apatia, desinteresse e não contribuição, durante o desenvolvimento da reunião. Observou-se que as verbalizações negativas, apresentadas por D.Maria das Dores e D. Laura, evidenciaram dispersão e fuga de assunto interferindo na dinâmica grupal, por acentuarem os problemas do seu grupo familiar.

### - Localização das verbalizações no relatório

. D.Marta: Linhas 17-21(+); 55-58(+).

- . D.Maria das Dores: Linhas 2-9(-); 32-36(+); 44-49(-); 59-67(+); 69-72(+).
- . D.Sônia: Linhas 10-12(+); 27-32(+).
- . D.Eliane: Linhas 12-17(+); 49-55(+); 67-69(+).
- . D.Mirtes: Linhas 36-43(+).
- . D.Laura: Linhas 21-24(-); 74-75(+).

- Localização das intervenções da Assistente Social no relatório.

- Linhas: 25-27; 72-74; 75-79.

9ª Reunião

1ª Variável Dependente

A) Nova visão do problema pelas mães

- Depoimento de D. Maria das Dores, p.2; linhas 32-38.
- Depoimento de D. Mirtes, p.2; linhas 39-50.

B) Atitude das mães na reunião.

NOME	ATIVI- DADE	PASSI- DADE	INTE- RESSE	DESIN- TERESSE	CONTRI- BUIÇÃO	NÃO CON- TRIBUIÇÃO
Marta	X	-	X	-	X	-
Mã das Dores	X	-	X	-	X	-
Sônia	-	X	-	X	-	X
Eliane	X	-	X	-	X	-
Mirtes	X	-	X	-	X	-
Laura	-	X	-	X	-	X
Marli	X	-	X	-	X	-

De acordo com os dados da tabela acima, podemos observar que 71% das mães participantes do grupo, se apresentaram ativas, interessadas e contribuintes na reunião, e as 29% restantes, demonstraram atitudes de passividade e desinteresse, não contribuindo para o manejo dos conflitos que surgiram durante o desenvolvimento da reunião.

C) Frequência das mães a reunião

NOMES	PRESENÇA	AUSÊNCIA
Marta	X	-
Maria das Dores	X	-
Sônia	X	-
Eliane	X	-
Mirtes	X	-
Laura	X	-
Marli	X	-

Pela tabela acima, observou-se que todas as mães compareceram a reunião (100% de presença).

2ª Variável Dependente

- Grau de verbalização do conflito do grupo.

NOMES	VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO		Nº TOTAL DE VERBALIZAÇÕES	INTERVENÇÃO ASSIS. SOCIAL NO GRUPO
	Positiva(+)	Negativa(-)		
Marta	3	-	3	5
Mã das Dores	4	-	4	
Sônia	2	-	2	
Eliane	3	-	3	
Mirtes	7	-	7	
Laura	1	1	2	
Marli	3	-	3	

Durante o desenvolvimento da reunião D.Mirtes sobressaiu-se das demais mães por apresentar 7 verbalizações positivas, contribuindo de uma maneira efetiva ao manejo dos conflitos trazidos pelos demais participantes do grupo. A verbalização negativa apresentada por D.Laura, não interferiu na dinâmica grupal da reunião, sendo proveniente da sua apatia e desinteresse em relação aos problemas e dificuldades abordados pelo grupo.

- Localização das verbalizações no relatório

D. Marta: Linhas 16-20(+); 50-52(+); 67-74(+).

- . D. Maria das Dores: Linhas 19-20(+); 22-25(+); 30-38(+); 60-62(+).
- . D. Sônia: Linhas 19-20(+); 65-67(+).
- . D. Eliane: Linhas 13-14(+); 19-20(+); 25-27(+).
- . D. Mirtes: Linhas 9-11(+); 19-20(+); 38-50(+); 52-55(+); 56-59(+); 62-65(+); 77-79(+).
- . D. Laura: Linhas 19-20(+); 55-56(-).
- . D. Marli: Linhas 17-21(+); 33-35(+); 42-45(+).

- Localização das intervenções da Assistente Social no grupo.

- . Linhas: 2-8; 11-13; 14-16; 27-30; 80-81.

### 10ª Reunião

#### 1ª Variável Dependente

##### A) Nova visão do conflito pelas mães

- Depoimento de D. Maria das Dores, p.2,5; linhas 32-38; 127-134.
- Depoimento de D. Mirtes, p.2,4; linhas 41-46; 118-126.
- Depoimento de D. Eliane, p.2, 3, 5; linhas 52-59; 106-111.
- Depoimento de D. Marta, p.3; linhas 60-69.
- Depoimento de D. Sônia, p.3, 4; linhas 70 - 77; 101-106.

- Depoimento de D. Laura, p.4; linhas 83-88; 94-100.
- Depoimento de D. Marli, p.2, 5, linhas 47-51, 112-118.

B) Atitude das mães na reunião

NOMES	ATIVI- DADE	PASSI- VIDADE	INTERES- SE	DESIN- TERESSE	CONTRI- BUIÇÃO	NÃO CON- TRIBUIÇÃO
Marta	X	-	X	-	X	-
Mã das Dores	X	-	X	-	X	-
Sônia	X	-	X	-	X	-
Eliane	X	-	X	-	X	-
Mirtes	X	-	X	-	X	-
Laura	X	-	X	-	X	-
Marli	X	-	X	-	X	-

Todas as mães participantes da reunião se apresentaram ativas e interessadas, bem como, contribuíram para o manejo dos conflitos surgidos.

C) Frequência das mães a reunião

NOMES	PRESENÇA	AUSÊNCIA
Marta	X	-
Maria das Dores	X	-
Sônia	X	-
Eliane	X	-
Mirtes	X	-
Laura	X	-
Marli	X	-

Todas as mães participantes do grupo, estiveram presentes à reunião (100% de presença).

2ª Variável Dependente

- Grau de verbalização do conflito no grupo

NOMES	VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO		Nº TOTAL DE VERBALIZAÇÕES	INTERVENÇÃO ASSIST. SOCIAL NO GRUPO
	Positiva(+)	Negativa(-)		
Marta	1	-	1	5
Mã das Dores	2	-	2	
Sônia	2	-	2	
Eliane	2	-	2	
Mirtes	3	-	2	
Laura	3	-	3	
Marli	2	-	2	

Sendo esta a última reunião realizada, contou com a participação ativa de todos os membros do grupo. O pequeno número de verbalizações positivas constatadas, deve-se a realização de 2 avaliações, uma objetiva e outra subjetiva, durante o desenvolvimento da reunião. Desta forma, os membros do grupo não estavam voltados somente para o relato verbal dos seus conflitos, participando também do preenchimento de um questionário avaliativo. D. Marta devido a problemas de saúde não participou do retrospecto do grupo, por ter-se ausentado mais cedo da reunião.

- Localização das Verbalizações no Relatório.

- . D.Marta: Linhas 60-69(+).
- . D.Maria das Dores: Linhas 28-38(+); 127-134(+).
- . D.Sônia: Linhas 70-77(+); 101-106(+).
- . D.Eliane: Linhas 52-59(+); 106-111(+).
- . D.Mirtes: Linhas 10-11(+); 38-46(+); 118-126(+).
- . D.Laura: Linhas 8-9(+); 78-88(+); 92-100(+).
- . D.Marli: Linhas 46-51(+); 112-118(+).

- Localização das Intervenções da Assistente Social no Grupo.

- . Linhas: 3-8; 11-20; 24-27; 88-92; 135-139.

5.2 Análise Geral da Prática conforme os Indicadores da V.D. (Variável Dependente)

A análise da prática realizada com as mães, será apresentada através de dados retirados dos relatórios das 10 reuniões grupais, estando 4 deles exemplificados em anexo.

1ª Variável Dependente (V.D.)

A) Nova Visão do Problema pelas mães.

Medido através da análise dos relatórios das reuniões de grupo, como também por meio do retrospecto feito pelas mães durante a reunião de avaliação do grupo (10ª Reunião).

A) RELATÓRIOS

## - D. Eliane:

Relatório da 3ª Reunião; Linhas 32-35.

Relatório da 5ª Reunião; Linhas 34-41.

Relatório da 6ª Reunião; Linhas 15-19.

Relatório da 10ª Reunião; Linhas 52-59; 106-111.

## - D. Maria das Dores:

Relatório da 1ª Reunião; Linhas 50-53;

Relatório da 2ª Reunião; Linhas 71-73.

Relatório da 5ª Reunião; Linhas 67-71.

Relatório da 8ª Reunião; Linhas 61-67; 70-72.

Relatório da 9ª Reunião; Linhas 32-38.

Relatório da 10ª Reunião; Linhas 32-38; 127-134.

## - D. Mirtes:

Relatório de 2ª Reunião; Linhas 74-75.

Relatório da 3ª Reunião; Linhas 15-22.

Relatório da 6ª Reunião; Linhas 9-12.

Relatório da 8ª Reunião; Linhas 40-44.

Relatório da 9ª Reunião; Linhas 39-50.

Relatório da 10ª Reunião; Linhas 41-46; 118-126.

## - D. Marta:

Relatório da 2ª Reunião; Linhas 45-47; 76-79.

Relatório da 3ª Reunião; Linhas 72-75.

Relatório da 10ª Reunião; Linhas 60-69.

- D. Sônia:

Relatório da 1ª Reunião, Linhas 22-25; 27-29.

Relatório da 2ª Reunião; Linha 80.

Relatório da 7ª Reunião; Linhas 25-27.

Relatório da 10ª Reunião; Linhas 70-77; 101-106.

- D. Marli:

Relatório da 5ª Reunião; Linhas 93-102.

Relatório da 10ª Reunião; Linhas 47-51; 112-118.

- D. Laura:

Relatório da 5ª Reunião; Linhas 60-67; 76-78.

Relatório da 7ª Reunião; Linhas 28-31.

Relatório da 10ª Reunião; Linhas 83-88; 94-100.

B) RETROSPECTO (FEITO PELAS MÃES DURANTE A 10ª REUNIÃO)

1) CLIENTE: D. MARIA DAS DORES.

PACIENTE: JAIME

JAIME

**ANTES**

- . Apatia e desinteresse, tanto em casa como na escola.
- . Atitudes imaturas e agressivas.
- . Baixo rendimento escolar.

**DEPOIS**

- . Demonstração de maior interesse pelas tarefas escolares.
- . Menor agressividade.
- . Melhora no aproveitamento escolar.

D. MARIA DAS DORES**ANTES**

- . Dificuldade na imposição de limites.
- . Ausência de estímulo e motivação.
- . Resistente em colaborar com o tratamento.

**DEPOIS**

- . Valorização das atitudes do filho.
- . Atitude de maior paciência e compreensão.
- . Maior interesse pelas tarefas escolares do filho.
- . Valorização do tratamento.
- . Participação ativa no tratamento.

## 2) CLIENTE: D. ELIANE

PACIENTE: MÁRCIA

MÁRCIA**ANTES**

- . Ecoprese (incontinência das fezes).
- . Sintomas de dores de estômago como forma de chamar a atenção da mãe.
- . Dependência da mãe.

**DEPOIS**

- . Melhor controle dos esfíncteres.
- . Diminuição da relação de dependência.
- . Diminuição dos sintomas físicos apresentados.

D. ELIANE**ANTES**

- . Valorização da doença como forma de manter a união da família.

**DEPOIS**

- . Compreensão da importância de sua participação no tratamento da filha.

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>. Relacionamento simbiótico com a filha.</li> <li>. Dificuldade na imposição de limites.</li> <li>. Resistência em colaborar com o tratamento.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Percepção de sua parcela de responsabilidade nos problemas da filha.</li> <li>. Tentativa de não valorizar as dificuldades apresentadas pela filha (ecoprese e dores de estômago).</li> </ul> |
|--|--|

3) CLIENTE: D. MARTA

PACIENTE: PAULO

PAULO

**ANTES**

- . Comportamento de rebeldia e agressividade.
- . Enurese noturna (incontinência da urina durante a noite).

**DEPOIS**

- . Maior compreensão na relação com pais e irmãos.
- . Controle dos esfíncteres.

D. MARTA

**ANTES**

- . Sentimentos de culpa pela rejeição do filho.
- . Superproteção do filho.
- . Dificuldade na imposição de limites.

**DEPOIS**

- . Maior compreensão da deficiência apresentada pelo filho.
- . Mais adequação na colocação de limites.
- . Favorecimento da independência do filho.

4) CLIENTE: D. SÔNIA

PACIENTE: JANE

JANE

**ANTES**

- . Enurese noturna.
- . Dificuldade de aprendizagem.

**DEPOIS**

- . Maior segurança afetiva.
- . Melhor controle dos esfíncteres.
- . Realização das tarefas escolares por iniciativa própria.

D.SÔNIA

**ANTES**

- . Dificuldade na imposição de limites.
- . Superproteção da filha.

**DEPOIS**

- . Colocação de limites, sem ameaças.
- . Valorização das atitudes positivas da filha.

5) CLIENTE: D. MIRTES

PACIENTE: MARCOS

MARCOS

**ANTES**

- . Baixo rendimento escolar.
- . Dificuldade de relacionamento com os colegas e professores.

**DEPOIS**

- . Melhor aproveitamento escolar.
- . Maior amabilidade e sociabilidade, tanto com os membros da família, como na escola.

D.MIRTES**ANTES**

- . Intolerância
- . Dificuldade de aceitação das limitações apresentadas pelo filho.
- . Sentimentos de culpa pela não aceitação do filho deficiente.

**DEPOIS**

- . Valorização das atitudes positivas do filho.
- . Maior compreensão diante das iniciativas do filho.
- . Melhor aceitação das dificuldades do filho.

6) CLIENTE: D. LAURA

PACIENTE: MARINA

MARINA**ANTES**

- . Dificuldade de relacionamento com os colegas e professores.
- . Baixo rendimento escolar.
- . Personalidade imatura e agressiva.

**DEPOIS**

- . Melhor aproveitamento escolar.
- . Diminuição considerável da agressividade e rebeldia.
- . Assumindo melhor as responsabilidades.

D.LAURA**ANTES**

- . Dificuldade em tratar a filha de acordo com a sua idade.

**DEPOIS**

- . Melhor percepção da filha como adolescente.

7) CLIENTE: D. MARLI

PACIENTE: CINTIA

CINTIA

**ANTES**

- . Choro sem motivo aparente.
- . Sintomas de dores de cabeça constantes e persistentes.

**DEPOIS**

- . Diminuição dos sintomas apresentados.

D.MARLI

**ANTES**

- . Permissiva em excesso.
- . Inadequada, com dificuldade na imposição de limites.

**DEPOIS**

- . Maior colocação de limites.
- . Cobrança de comportamentos mais adequados da filha.



## 2ª Variável Dependente

A) GRAU DE VERBALIZAÇÃO DO CONFLITO NO GRUPO.

## QUADRO GERAL DAS VERBALIZAÇÕES DO CONFLITO NO GRUPO

NOMES	VERBALIZAÇÕES POSITIVAS (+)	VERBALIZAÇÕES NEGATIVAS (-)	NÚMERO TOTAL DE VERBALIZAÇÕES
Marta	30	1	31
Maria das Dores	26	3	29
Sônia	39	1	40
Eliane	39	2	41
Mirtes	39	1	40
Laura	18	2	20
Marli	26	2	28

Analisando o quadro geral das verbalizações apresentadas pelas mães durante as 10 reuniões grupais, constatou-se que o número de verbalizações positivas oscilou entre 18 e 39, mantendo-se praticamente equilibrado, demonstrando atitudes de interesse e participação das mães.

D. Mirtes, D. Sônia e D. Eliane sobressairam-se das demais mães por apresentarem 39 verbalizações positivas. D. Maria das Dores embora apresentasse 3 verbalizações negativas, estas não ficam significativas a ponto de alterar a dinâmica geral do grupo. Confrontando as verbalizações positivas com as negativas, observou-se que as últimas apresentavam-se em um número bastante baixo, não interferindo o desenvolvimento do grupo.

B) ATITUDE DAS MÃES NA REUNIÃO (MEDIDO ATRAVÉS DA ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DAS REUNIÕES E PELO  
RETROSPECTO FEITO PELAS MÃES DURANTE A REUNIÃO DE AVALIAÇÃO)

MÃES PARTICIPANTES	ATITUDES POSITIVAS			ATITUDES NEGATIVAS		
	ATIVIDADE	INTERESSE	CONTRIBUIÇÃO	PASSIVIDADE	DESINTERESSE	Ñ CONTRIBUIÇÃO
D. Marta*	90 %	90 %	90 %	10 %	10 %	10 %
D. Maria das Dores**	80 %	80 %	80 %	20 %	20 %	20 %
D. Sônia*	80 %	80 %	80 %	20 %	20 %	20 %
D. Eliane*	90 %	90 %	90 %	10 %	10 %	10 %
D. Mirtes*	90 %	90 %	90 %	10 %	10 %	10 %
D. Laura ***	40 %	40 %	40 %	60 %	60 %	60 %
D. Marli ***	80 %	80 %	80 %	20 %	20 %	20 %

\* Frequentou 10 Reuniões

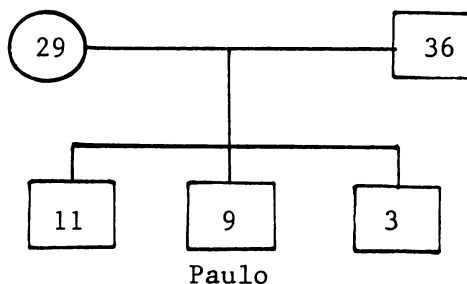
\*\* Frequentou 9 Reuniões

\*\*\* Frequentou 8 Reuniões

B - GRAU DE MUDANÇA DE PERCEPÇÃO DO PROBLEMA; EFEITO MULTIPLICADOR DA MÃE PARTICIPANTE DO GRUPO NO CONTEXTO FAMILIAR E MUDANÇA NO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA. (Medidas através da análise dos relatórios individuais das crianças em tratamento, elaborados pelas psicólogas da Instituição).

1) PACIENTE: PAULO

MÃE: D. MARTA



Paulo foi encaminhado pela CLIMEP (Clínica Médico Psicológica) em agosto de 1988, contando na época com 9 anos. Era o filho do meio, tendo mais dois irmãos, um com 11 anos e outro com 3 anos.

Em entrevista com a mãe percebeu-se que esta não aceitou a gravidez de Paulo, tendo em vista a pequena diferença de idade entre ele e o irmão mais velho. Rejeitou de tal forma a gestação, que até tentou abortar por três vezes o filho. Alegou esta sua atitude, ao fato de que o marido havia tido rubéola quando estava com dois meses de gestação, tendo medo de que a criança viesse a apresentar algum problema físico. O paciente nasceu com problemas digestivos, os quais interferiram sobremaneira no seu desenvolvimento. Com isto, a mãe sentia-se muito culpada, tratando-o como um "filho diferente", superprotegendo-o e satisfazendo todas as suas vontades.

Paulo trouxe como sintomas enurese, rebeldia, brigas constantes com os irmãos e crises de vômito sempre que lhe eram impostos limites.

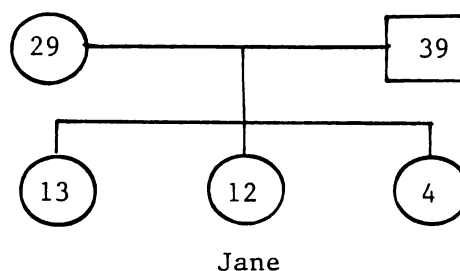
Conforme informação da professora, apresentava comportamentos rebeldes e agressivos na escola, o que dificultava sobremaneira a sua aprendizagem.

Através de contatos periódicos com a mãe, ficou constatado que os sintomas do paciente estavam ligados na dinâmica com a mãe, na forma como eles se relacionavam.

Frente as dificuldades demonstradas, viu-se necessidade de ludoterapia com o paciente e orientação com sua mãe, a fim de que ela percebesse as dificuldades do filho e começasse a agir com mais adequação em relação ao mesmo.

Durante o período de atendimento (tratamento) conforme informação da mãe, houve melhora no quadro apresentado pelo paciente, pois os sintomas diminuíram consideravelmente, e ela passou a perceber o filho de uma maneira diferente, apesar das limitações e dificuldades apresentadas por ele a incomodarem muito.

2) PACIENTE: JANE  
MÃE: D. SÔNIA



Jane foi encaminhada à Clínica em dezembro de 1988, tendo como queixa comportamentos agressivos quando lhe era solicitado algo que não gostasse de fazer, ou quando tinha que fazer as tarefas escolares.

Além desses sintomas, apresentava enurese noturna e tinha uma dificuldade muito grande de relacionamento com os colegas e professoras, o que acarretava uma série de problemas de aprendizagem.

Em entrevista com D. Sônia percebeu-se ter a mesma dificuldade em impor limites e, frente os comportamentos da filha, entrava em ansiedade, satisfazendo todas as suas vontades. A paciente percebendo a reação da mãe, diante de seu sintoma, manipulava-a como queria, como também conduzia de sua maneira, os demais membros da família, com exceção do pai. Este apresentava grande dificuldade em aceitar as limitações da filha, tornando-se hostil e por vezes apático diante de sua deficiência.

Mediante as dificuldades apresentadas, a paciente foi encaminhada para ludoterapia e a sua mãe para orientação com o Serviço Social.

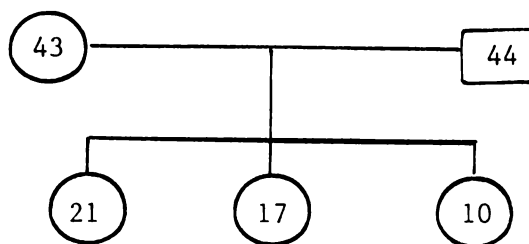
Atualmente Jane fez uma avaliação neurológica e foi constatado que possui uma DCM (Disfunção Cerebral Mínima), sendo medicada.

Conforme informações da orientadora da escola, percebeu-se que o quadro de Jane alterou consideravelmente, estando bem mais comunicativa na escola, mudando de uma maneira notória o seu rendimento escolar.

Houve melhora no quadro, tendo em vista a participação e disponibilidade da mãe para propiciar mudanças no ambiente familiar.

3) PACIENTE: MÁRCIA

MÃE: D. ELIANE



Márcia

Márcia veio para atendimento em dezembro de 1988, trazendo como queixa ecoprese, dores no estômago e uma história de vários tratamentos clínicos anteriores.

Conforme o laudo fornecido pelo pediatra, a paciente não apresentava nenhum distúrbio fisiológico.

Em entrevista com a mãe percebeu-se que a dinâmica familiar era muito comprometida, pois a mesma só recebia atenção do marido quando encontrava-se doente. Percebeu-se na família uma preocupação exagerada com doença.

O marido de D. Eliane era indiferente à filha deficiente, adotando constantemente atitudes de auto-comiseração em relação à mesma.

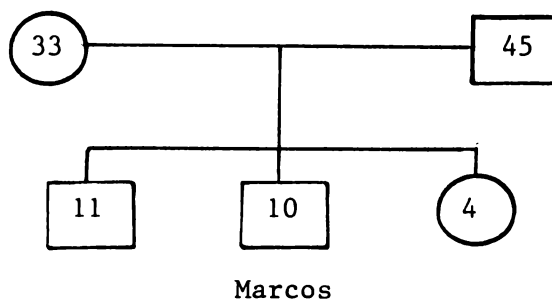
Constatou-se também que os sintomas apresentados pelo paciente representavam uma forma de manter sempre a mãe ao seu lado.

Frente as dificuldades demonstradas, Márcia foi encaminhada para ludoterapia e sua mãe para orientação com o Serviço Social.

Pelo que D. Eliane trouxe posteriormente, percebeu-se melhora no quadro da paciente, tendo em vista que a mãe é bastante comprometida e não quer se tratar, aceitando a orientação com certa relutância. O relacionamento entre ambas é simbiótico tornando-se difícil desmantelar esta dinâmica.

4) PACIENTE: MARCOS

MÃE: D. MIRTES



Marcos foi encaminhado para tratamento pela Clínica de Psicologia da Faculdade Tuiuti, em novembro de 1988, tendo como queixa baixo rendimento escolar, personalidade introvertida e dificuldades em participar das atividades realizadas em sala de aula.

Pela avaliação apresentada, constatou-se que apresentava um nível motor intelectual inferior ao da sua idade.

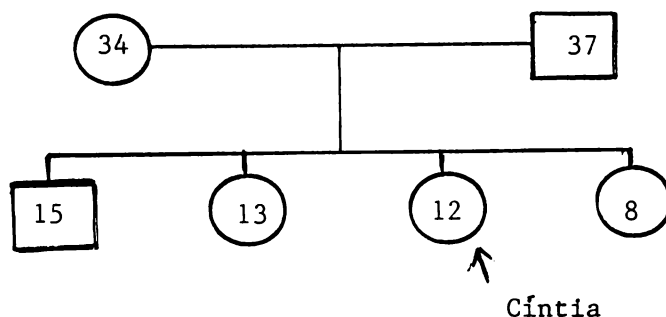
Percebeu-se incoerência no relato da mãe, pois ora dizia não haver desejado a gravidez de Marcos e outras vezes, dizia que esperava uma menina. Notou-se nela culpas em relação ao filho, por não tê-lo aceito bem quando nasceu. Apresenta-se inadequada na forma de tratar Marcos e sua dinâmica pessoal favorecia que o filho fosse muito dependente dela.

Frente as dificuldades apresentadas, o paciente foi encaminhado para ludoterapia e a sua mãe para orientação com o Serviço Social.

No decorrer do tratamento, conforme informações da mãe e da professora, o paciente progrediu bastante. Na escola estava indo muito bem e, em casa estava mais solto, apresentando comportamentos mais adequados para sua idade.

5) PACIENTE: CÍNTIA

MÃE: D. MARLI



Cíntia foi encaminhada à clínica em outubro de 1988, tendo como queixa choro sem causa aparente e fortes dores de cabeça.

Pelo relato da mãe, percebeu-se que a paciente sempre foi tratada de maneira "diferente", tanto pelos pais como pelos avós. Quando criança não aceitava o não, batendo com a cabeça na parede cada vez que era contrariada. Com esta atitude, ela sempre conseguia o que queria.

A mãe se identificava com a filha no sentido de achá-la muito nervosa. Percebeu-se ser permissiva em excesso, inadequada ao lidar com as dificuldades apresentadas por Cíntia.

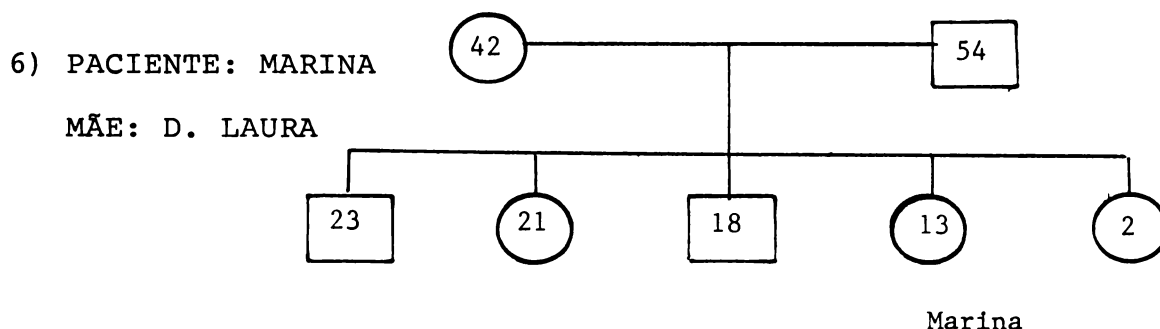
Diante do seu comportamento, a paciente manipulava as situações como desejava, pois se percebia tratada de uma maneira diferente.

Constatou-se que o choro, que parecia ser sem causa aparente, era uma maneira de Cíntia chamar a atenção dos familiares, como também de satisfazer as suas vontades.

Diante desta situação problemática, a paciente foi encaminhada para ludoterapia e a sua mãe para orientação com o Serviço Social.

Percebeu-se a mãe bastante receptiva e com boa percepção da situação, desejando realmente alterar suas atitudes, o

que contribuiu consideravelmente para a melhora do quadro da paciente.



Marina veio para atendimento em agosto de 1988, trazendo como queixas ser desligada, não ter amigos e não gostar de sair de casa. Com relação à escolaridade, estava freqüentando pela terceira vez a 3ª série do 1º grau, apresentando problemas de aprendizagem. Tais problemas eram uma constante na família e não os preocupava, uma vez que nenhum de seus membros havia ido bem na escola. Percebeu-se ser o nível sócio-cultural da família muito baixo, não havendo neles expectativas com relação à aprendizagem.

Pela avaliação da CLIMP (Clínica Médico Psicológica) constatou-se que Marina apresentava um baixo nível motor e intelectual, o que acarretava o seu baixo rendimento escolar.

A mãe trouxe que a paciente sendo a última filha, sempre foi tratada como um bebê, com muitos dengos e mimos. Porém, com o nascimento da irmã, passou a isolar-se, apresentando problemas de relacionamento em casa e na escola.

A paciente apresentava personalidade imatura, em função da forma como estava sendo tratada. Com o nascimento da irmã, a família passou a exigir mais dela, o que dificultou ainda mais a sua dinâmica pessoal.

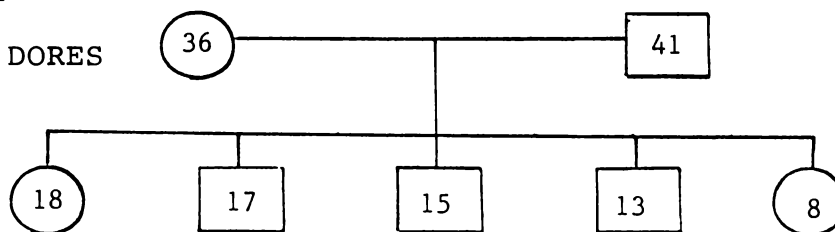
Considerou-se ainda, neste caso, a faixa etária da paciente, que representava uma fase conturbada, com a perda do mundo infantil para a entrada no mundo adulto (puberdade).

Como procedimento, a paciente foi encaminhada para ludoterapia e sua mãe para orientação com o Serviço Social.

Percebeu-se melhora no quadro da paciente, pois havia boa receptividade por parte de ambos (mãe e filha) em serem ajudadas.

7) PACIENTE: JAIME

MÃE: MARIA DAS DORES



Jaime

Jaime foi encaminhado para tratamento em outubro de 1988, por apresentar baixo rendimento escolar.

Na 1ª e 2ª séries (classe especial) foi aprovado, porém abaixo do nível esperado, e na 3ª série havia reprovado 2 vezes. Estava freqüentando a 3ª série pela terceira vez e apresentava sérias dificuldades de aprendizagem e relacionamento.

Nos testes demonstrou aprendizagem lenta, idade mental com três anos de atraso e, com relação a personalidade, apresentou retraimento, ansiedade e impulsividade com tendência a depressão.

Em entrevista com a mãe, percebeu-se não ser muito ligada aos filhos, não lhes impondo nada, permitindo que atua-

sem por sua própria iniciativa. Notou-se também, que no ambiente familiar faltava motivação e estimulação necessárias ao desenvolvimento.

Com relação a história de vida do paciente, este logo ao nascer, teve icterícia, a qual foi tratada em casa. Conforme informações médicas, tal doença quando tratada de forma inadequada deixa resquícios, comprometendo o futuro desenvolvimento do indivíduo, principalmente em relação a aprendizagem.

Frente as dificuldades apresentadas, o paciente foi encaminhado para ludoterapia, tendo como linha de base melhor estimulação para aprender e sua mãe foi encaminhada para orientação com o Serviço Social, para perceber e trabalhar suas dificuldades de relacionamento com os filhos.

Notou-se alguma melhora no quadro, a qual poderia ser mais acentuada, se não ocorresse certa resistência de D. Maria das Dores em colaborar com o tratamento, preferindo até se omitir, como forma de não se incomodar.

## CONCLUSÃO

Partindo da premissa de que todo o ser humano guarda interiormente um potencial, que, se incentivado e estimulado, favorece a ocorrência de mudanças internas e externas, através deste trabalho me propuz a orientar as mães das crianças portadoras de deficiência mental leve, ao manejo do conflito gerado nas relações interpessoais estabelecidas em seu ambiente familiar.

Constatou-se que a família, apesar de vivenciar uma série de crises e conflitos circunstanciais frente a realidade de possuir um membro deficiente mental leve, permanece sendo a base fundamental através do qual a criança deficiente adquire os subsídios básicos para desenvolver-se adequadamente, integrando-se ao seu meio social.

Analisando-se a teoria de Maria Alice Correia sobre o manejo do conflito, embasou-se a intervenção realizada em tal referencial teórico, procurando capacitar as mães, através da discussão reflexiva, ao manejo do conflito, a fim de que refletissem sobre a realidade que as envolvia, em função dos problemas emocionais apresentados por seus filhos.

Esta experiência grupal realizada, teve como objetivo fundamental, uma mudança da percepção das mães, em relação aos conflitos emergentes do ambiente familiar, a qual direta ou indiretamente se traduziu em uma participação mais efetiva do grupo familiar no tratamento das crianças.

Após uma análise individual das mães participantes, bem como de seus filhos, pode-se perceber mudanças significativas nos mesmos, bem como na dinâmica familiar aonde encontravam-se inseridos. Isto veio comprovar a hipótese de que o manejo do conflito levou as mães a refletirem sobre a sua realidade, o que contribuiu de uma maneira considerável, para uma mudança nas relações interpessoais de seu grupo familiar.

Com uma nova visão acerca da deficiência mental e de toda a problemática que a envolvia, o grupo familiar passou a levar a criança deficiente a sentir-se amada, querida e aceita como um membro participativo da família e de grupos externos a ela. Cercada de afeição e estimulada psicologicamente, sentiu-se importante e segura, condições essenciais para o desenvolvimento de uma personalidade estável.

Por fim, as famílias ao superarem as barreiras geradas pela própria deficiência, passaram a descobrir as potencialidades dos filhos deficientes, evitando a aquisição de comprometimentos emocionais secundários, que dificultariam ainda mais a sua caminhada em busca da realização e felicidade.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 ACKERMANN, Nathan W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Ediciones Horme S.A.E. Editorial Paidós, 1974. 4ª e.
- 2 ASTIVERA, Armando. Metodologia da pesquisa científica. Porto Alegre: Globo, 1974.
- 3 BARBE, Walter B. La educación del niño excepcional. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1973.
- 4 BRASIL, Ministério de Educação e Cultura. Centro Nacional de Educação Especial. Diretrizes Básicas para Ação do Centro Nacional de Educação Especial. Rio de Janeiro, 1974.
- 5 CABRAL, E & PIVA S.R. Educação especial dos subdotados. Porto Alegre: Sulina, 1975.
- 6 CLEMENTE FILHO, Antonio S. Participação da comunidade na integração do Deficiente Mental. Brasília: Departamento de Documentação e Divulgação, 1977.
- 7 COLLETTEN, Albert. Introducion à la Phychologie Dynamique. Bruxelles, Université Libbre de Belgique, 1973.
- 8 CORREIA, Maria Alice. O Assistente Social e o manejo do conflito. Trabalho de Mestrado em Serviço Social. PUC Rio de Janeiro, 1975.
- 9 DUNN, Loyd M. Crianças excepcionais: Seus problemas, sua educação. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1975.
- 10 FIGUEIRA, Sérvulo Augusto et al. Família, psicologia e sociedade. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- 11 FITCHER, J. Sociologia. São Paulo, Herder, 1967.

- 12 FLEMING, Juanita W. A criança excepcional. Rio de Janeiro: Francisco Alves S.A., 1974.
- 13 HÖCHE, José Cortes. Fundamentos da Metodologia Científica. 5ª ed. Caxias do Sul, Universidade de Caxias do Sul, 1980.
- 14 KOLB, C. LAWRENCE: Psiquiatria Clínica. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. 9ª ed.
- 15 MACHADO, Maria Terezinha de Carvalho & ALMEIDA, Marlene Concelto de Oliveira. Ensinando criança excepcionais. Rio de Janeiro: José Olympio, 1971.
- 16 PRADO, Danda. O que é família. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- 17 RIVIÈRE, Enrique Pichón. Processo grupal. Rio de Janeiro, Livraria Martins Fontes. Editora Ltda, 1983.
- 18 ROUCEK, Joseph. A criança excepcional. São Paulo: Ibrasa, 1973.
- 19 SOLOMON, Philip; PATCH, Vernon D. Manual de Psiquiatria. São Paulo: Atheneu, 1976, p.563-565.

**A N E X O I**

**FICHA DE TRIAGEM SOCIAL**

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

**2. GRAU DE INSTRUÇÃO:** Curso completo Curso incompleto**3. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:**Trabalha:  Sim  Não

Ocupação: \_\_\_\_\_ Tempo de Serviço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Vínculo Empregatício:  Sim Não

Salário: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

**4. SITUAÇÃO HABITACIONAL:**Casa:  Própria  Alugada  CedidaTipo:  Alvenaria  Madeira  Outros

Nº de Peças: \_\_\_\_\_

## 5. ANTECEDENTES FAMILIARES:

---



---



---

## 6. NÚMERO DE INTERNAMENTOS:

---

## 7. COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

NOME	PAREN- TESCO	IDADE	TRABALHO	SALÁRIO	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO

## 8. SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Segurado     | <input type="checkbox"/> Aposentado |
| <input type="checkbox"/> Dependente   | <input type="checkbox"/> Em Perícia |
| <input type="checkbox"/> Em benefício | <input type="checkbox"/> Outros     |

## 9. HISTÓRICO FAMILIAR

---



---



---

## 10. PARECER SOCIAL



**A N E X O I I****RELATÓRIOS**

## RELATÓRIO DA 1ª REUNIÃO

**Data:** 29/02/89

**Presentes:** D. Marta, D. Maria das Dores, D. Sônia, D. Eliane e D. Mir-tes.

**Ausente:** D. Marli.

01           A reunião teve início às 14:00 horas do dia 29 de feve-  
02 reiro de 1989, em uma das dependências da Clínica Melanie Klein  
03 SC. Ltda. (consultório A) propício para a realização de gru-  
04 pos, pelo seu tamanho e localização. O grupo constituído por  
05 cinco(5) mães de crianças portadoras de deficiência     mental  
06 leve, que se encontravam em tratamento na clínica, foi recep-  
07 cionado pela Assistente Social da Instituição e conduzido     à  
08 sala de reuniões. Inicialmente estabeleceu-se um certo clima de  
09 tensão e ansiedade entre os membros, o qual     posteriormente  
10 foi aliviado pela pronta intervenção da Assistente     Social,  
11 quando solicitou a cada uma das mães que se apresentasse e a  
12 seguir, expusesse os motivos pelos quais procurou o tratamen-  
13 to da clínica para seus filhos. Após a breve apresentação, D.  
14 Maria da Dores iniciou dizendo que procurou ajuda na     clínica  
15 pois seu filho Jaime estava repetindo pela terceira vez a 3ª  
16 série do primeiro grau sendo muito imaturo e por vezes agres-  
17 sivo tanto para com ela como para com seus irmãos,. D. Sônia  
18 prosseguiu dizendo que além de apresentar dificuldades na es-  
19 cola, sua filha quando ficava nervosa não conseguia controlar  
20 seus esfíncteres, principalmente durante a noite. A Assistente  
21 Social intervém perguntando à ela qual era a sua reação dian-  
22 te do fato. D. Sônia disse que no início levantava e trocava  
23 as roupas da filha como também a sua cama, mas que,     durante

24 os contatos individuais que mantivera com a Assistente Social  
25 percebeu a necessidade de deixá-la molhada. D. Mirtes pergun-  
26 tou se ela havia mudado de atitude em relação ao comportamen-  
27 to da filha. D.Sônia respondeu afirmativamente, dizendo estar  
28 surpreendida com a reação de Jane que há mais de dois meses  
29 não molhava mais a cama. D. Marta perguntou ao grupo: "O que  
30 devemos fazer quando o nosso filho não presta atenção nas au-  
31 las? "D. Mirtes colocou que procurou a clínica pois seu fi-  
32 lho Marcos também apresentava sérios problemas na escola e  
33 já havia feito de tudo para que ele se interessasse pelos  
34 estudos. Disse ter muitas dificuldades em lidar com o filho,  
35 não só pela sua grande agitação, como também pelos seus com-  
36 portamentos agressivos e irreverentes. D. Maria das Dores con-  
37 cordou com a colocação de D. Mirtes e complementou: "Meu fi-  
38 lho além de não se concentrar durante as aulas, tem grandes  
39 limitações de linguagem e comunicação. A Assistente Social  
40 questionou se D. Maria das Dores havia procurado ajuda de um  
41 profissional especializado (fonoaudiólogo) para auxiliar seu  
42 filho. D. Maria das Dores respondeu que não, pois desconhecia  
43 o trabalho realizado por este profissional. D. Mirtes colocou  
44 que seu filho também apresentava dificuldade de comunicação e  
45 que no momento estava fazendo tratamento na Clínica fonoau-  
46 diológica da PUC. D. Marta comentou que procurou o auxílio na  
47 clínica pois seu filho era muito lento, apresentando dificul-  
48 dades tanto de coordenação motora, como de assimilar os con-  
49 teúdos ministrados na escola. D.Maria das Dores disse que D.  
50 Marta fez bem em procurar ajuda na clínica, pois o tratamento  
51 fez com que seu filho perdesse o medo da escola e das profes-  
52 soras. E prosseguiu: "Este ano ele começou as aulas bem mais

53 animado, e tem se esforçado muito para fazer as suas tarefas!"  
54 D. Mirtes intervém dizendo que a professora de seu filho não  
55 a deixa orientá-lo nas tarefas pois acha que com isso ela o  
56 estará prejudicando, podendo deixá-lo dependente e inseguro.  
57 D.Sônia disse discordar da atitude adotada pela professora,  
58 pois achava muito importante a mãe acompanhar e orientar seu  
59 filho nas lições, principalmente quando ele apresenta limita-  
60 ções e dificuldades na realização das mesmas. D. Marta comen-  
61 tou ser a favor de que a mãe apontasse os erros dos filhos,  
62 para que mais tarde eles não viessem a cometer as mesmas fa-  
63 lhas. D. Mirtes perguntou: "O que vocês acham de uma criança  
64 repetente permanecer com a mesma professora no ano seguinte?"  
65 D. Marta colocou que achava muito importante variar a profes-  
66 sora, para que a criança tenha conhecimento de outras, não se  
67 acostumando a mesma todos os anos. D. Sônia intervém dizendo  
68 achar ótimo mudar a professora todo o ano, pois seria uma mo-  
69 tivação nova para a criança manter contacto com outras pro-  
70 fessoras. A Assistente Social se dirigiu a D. Eliane, a qual  
71 ainda não havia verbalizado nada e perguntou à ela qual o mo-  
72 tivo que a levou a procurar a clínica. D. Eliane colocou que  
73 os motivos que a levaram a procurar o tratamento na clínica  
74 estavam relacionados a grande dificuldade de sua filha em se  
75 adaptar com as novas situações da vida. Disse que ela obtinha  
76 um melhor desempenho somente quando existia uma rotina a ser  
77 seguida. Segundo ela, a filha Márcia diante de novos aconte-  
78 cimentos e fatos, se descontrolava de uma maneira tal que não  
79 conseguia controlar as fezes. Colocou haver consultado vários  
80 médicos, o que não alterou o problema da filha. Trouxe ter  
81 passado uma gestação muito difícil, cheia de problemas, tendo

82 que deixar a filha "temporona" desde um ano e oito meses sob  
83 os cuidados das irmãs mais velhas, para poder trabalhar fora.  
84 D. Sônia perguntou à D. Eliane. "E no colégio ela também age  
85 da mesma maneira?" D. Eliane respondeu negativamente, dizendo  
86 que isto ocorria principalmente quando ela se encontrava em  
87 casa. Disse que Márcia não se alimentava caso não lhe levasse  
88 café na cama e que, com medo de que a filha ficasse sem se  
89 alimentar fazia todos os seus gostos. D. Maria das Dores ques-  
90 tionou: "Se a sua filha ficasse sem comer durante um dia, a  
91 senhora não acha que no dia seguinte ela procuraria sozinha a  
92 comida?" D. Sônia intervém dizendo que D. Eliane deveria dei-  
93 xar de levar as refeições para a filha na cama, pois, no mo-  
94 mento que ela sentisse fome, ela mesma procuraria se alimen-  
95 tar; caso contrário, ela ficaria muito dependente da mãe. Ao  
96 término da discussão, a Assistente Social questionou ao grupo  
97 quanto a importância do estabelecimento de combinados, a fim  
98 de que o mesmo funcionasse adequada e organizadamente. D. Mir-  
99 tes perguntou: "O que seriam estes combinados?" D. Maria das  
100 Dores respondeu que seriam as regras do grupo, as quais já  
101 conhecia, pois havia participado anteriormente de grupos de  
102 pais na escola de seu filho, onde também eram estabelecidos  
103 combinados para o bom funcionamento dos grupos. A Assistente  
104 Social solicitou a D. Maria das Dores que sugerisse ao grupo  
105 alguns combinados. Ela disse que nos grupos de pais, uma re-  
106 gra muito importante a ser seguida era o respeito mútuo entre  
107 eles, dando oportunidade a todos de verbalizarem suas difi-  
108 culdades e problemas durante a reunião. A Assistente Social  
109 complementou dizendo que deveriam ser também estabelecidos  
110 combinados quanto ao horário, ao número de faltas e aos atra-

111 sos às reuniões. D. Sônia solicitou ao grupo a tolerância de  
112 dez minutos quanto ao horário do início da reunião, pois mo-  
113 rava muito longe e dependia de transportes coletivos. D. Mar-  
114 ta opinou dizendo que a mãe que porventura não pudesse compa-  
115 recer à reunião, deveria avisar com antecedência para que o  
116 grupo não ficasse a sua espera. Os demais membros do grupo  
117 concordaram com a opinião de D. Marta. A Assistente Social in-  
118 tervém perguntando ao grupo: "E quanto ao limite máximo de  
119 faltas às reuniões e a sua periodicidade, o que ficaria esta-  
120 belecido?" D. Sônia colocou que em sua opinião poderiam ser  
121 admitidas no máximo três(3) faltas, pois o interesse era de-  
122 las próprias em participarem das reuniões assiduamente, a fim  
123 de auxiliarem no tratamento dos filhos. Continuou dizendo que  
124 as reuniões deveriam ser quinzenais, de acordo com os combi-  
125 nados feitos com a Assistente Social durante os contatos in-  
126 dividuais, pois quanto mais ela participasse do grupo melhor  
127 saberia conduzir sua filha. Os demais membros do grupo con-  
128 cordaram com a colocação de D. Sônia. Devido a hora a Assis-  
129 tente Social encerrou a reunião, lembrando às mães a data e o  
130 horário da próxima reunião.

## RELATÓRIO DA 2ª REUNIÃO

**Data:** 14/03/89

**Presentes:** D. Marta, D. Maria das Dores, D. Sônia, D. Eliane, D. Mirtes e D. Marli (membro novo).

**Ausente:** Ninguém.

01           A reunião teve início às 14:00 horas do dia 14 de março  
02 de 1989, com a participação de seis (6) mães. Inicialmente a  
03 Assistente Social solicitou ao novo membro integrante do gru-  
04 po que se apresentasse e após, justificasse sua falta à reu-  
05 nião anterior. Após a apresentação, D.Marli justificou a sua  
06 ausência alegando motivos de doença na família. A Assistente  
07 Social intervém, solicitando à D. Sônia a sua colaboração no  
08 sentido de comunicar à D. Marli os combinados estabelecidos  
09 pelo grupo na reunião anterior. D. Sônia iniciou explicando  
10 primeiramente o que eram combinados enumerando, a seguir, um  
11 a um para D. Marli. D. Eliane complementou dizendo que estes  
12 combinados foram estabelecidos pelo próprio grupo e que era  
13 muito importante segui-los, uma vez que as mães eram as prin-  
14 cipais interessadas em participarem das reuniões, a fim de  
15 ajudarem no tratamento de seus filhos. D. Marta intervém, so-  
16 licitando à D. Marli que expusesse os motivos que a levaram a  
17 procurar o tratamento na clínica para sua filha. D. Marli  
18 trouxe que procurou a clínica porque sua filha Cíntia chora-  
19 va muito, sem motivo aparente, apresentando-se muito nervosa e  
20 agressiva tanto para com ela como para com os irmãos. Disse  
21 que Cíntia fazia tratamento em uma clínica de Psicologia nas  
22 Mercês e que de lá havia sido encaminhada ao ambulatório. Co-  
23 locou possuir grandes dificuldades em aceitar a deficiência

24 da filha, sentindo muitas culpas em relação à mesma. D. Marta  
25 intervém dizendo: "Eu também me sinto culpada por Paulo apre-  
26 sentar atitudes e comportamentos "diferentes" das outras cri-  
27 anças. Esta minha culpa está relacionada a três(3) tentativas  
28 de aborto feitas durante a sua gestação." A Assistente Social  
29 colocou que todas as mães participantes do grupo apresentavam  
30 dificuldades em lidar com as limitações dos filhos e que o  
31 objetivo principal do grupo era auxiliá-las na resolução das  
32 mesmas. D. Marta perguntou ao grupo qual a atitude que deve-  
33 ria adotar quando o filho lhe solicitasse dinheiro em troca  
34 da realização das tarefas por ela estabelecidas. Queixou-se  
35 também que a professora estava constantemente reclamando de  
36 suas atitudes agressivas e de sua falta de atenção durante as  
37 aulas. A Assistente Social intervém colocando que a limitada  
38 capacidade de atenção era uma das características apresenta-  
39 das por crianças portadoras de deficiência mental leve e que  
40 cabia à professora fazer uso de técnicas adequadas que des-  
41 pertassem a atenção de seu filho. D.Sônia colocou discordar  
42 das mães que trocavam dinheiro por tarefas, já que elas fa-  
43 ziam tudo para seus filhos, com boa vontade e com carinho,  
44 sem solicitar nada em troca. D. Eliane perguntou à D. Marta  
45 se ela satisfazia a vontade do filho. D. Marta respondeu ne-  
46 tivamente dizendo que muitas vezes precisava se controlar para  
47 não ceder aos caprichos de Paulo. D. Sônia intervém solici-  
48 tando ao grupo ajuda no sentido de resolver um problema que a  
49 estava preocupando muito. E colocou: "Meu marido não aceita a  
50 deficiência de Jane, tratando-a com descaso e apatia. Tem  
51 vergonha da filha por ela ser "diferente" das irmãs. Não gos-  
52 ta de levá-la para passear e muito menos de expô-la diante de

53 visitas. Ela percebe as suas atitudes e sofre muito com as  
54 mesmas, dizendo constantemente que o pai não gosta dela". D.  
55 Eliane intervém, dizendo que o seu marido também não aceitava  
56 as dificuldades de sua filha. E colocou "Ele é indiferente à  
57 ela, perguntando o tempo todo. O que foi que eu fiz para me-  
58 recer isto? Lá em casa já não agüentamos mais as suas lamen-  
59 tações". A Assistente Social questionou D. Eliane se o seu ma-  
60 rido além de lamentar as limitações da filha, fazia algo para  
61 ajudá-la em seu processo de integração e desenvolvimento. D.  
62 Eliane respondeu negativamente, colocando que o marido se  
63 omitia de todas as situações que envolvessem o tratamento da  
64 filha. D. Mirtes intervém dizendo que o seu marido adotava  
65 atitudes diferentes das mencionadas. E complementou: "Ele su-  
66 perprotege o filho levando-o a uma dependência muito grande,  
67 deixando sempre os outros filhos de lado. As crianças estão  
68 reclamando muito e já não aceitam mais brincar com o irmão."  
69 D. Maria das Dores colocou ser muito difícil o convívio de  
70 uma família que possui um membro deficiente. E complementou:  
71 "Já estou aceitando mais as limitações de meu filho, sabendo  
72 lidar melhor com elas. Esta minha mudança está relacionada a  
73 ajuda que venho recebendo na clínica". D. Mirtes prosseguiu  
74 dizendo que o trabalho da Assistente Social também a estava  
75 ajudando muito na resolução de seus problemas familiares. D.  
76 Marta colocou que estava sendo bem mais carinhosa para com os  
77 filhos, atendendo-os com mais paciência em suas solicitações,  
78 como também vinha valorizando certas atitudes suas, mostran-  
79 do-lhes que eram inteligentes e capazes. D. Sônia colocou que  
80 era muito importante para a criança sentir-se valorizada. D.  
81 Marli intervém dizendo: "Concordo com a senhora quando diz

82 que a valorização da criança é muito importante porém, na mi-  
83 nha opinião, muitas vezes não surte efeitos. A minha filha é  
84 muito preguiçosa e não quer fazer nada, por mais que eu a  
85 elogie e valorize". D. Eliane prosseguiu dizendo que a tarefa  
86 da mãe era sempre muito difícil, pois devia saber sempre nos  
87 momentos certos, dosar elogios e censuras. D. Marli colocou  
88 que estava encontrando sérias dificuldades em lidar com sua  
89 filha Cintia, pois ela sempre levantava birrenta, não admi-  
90 tindo ser contrariada em tudo aquilo que fazia. E continuou:  
91 "Ela acha que pode fazer o que quer só porque é muito fraca e  
92 doente. As irmãs já não suportam mais as suas manhas e atitu-  
93 des agressivas. D. Marta colocou ser muito difícil manter um  
94 ambiente familiar de tranquilidade e equilíbrio, porque cada um  
95 de nós possui suas dificuldades para enfrentar os problemas da  
96 vida. Os demais membros do grupo concordaram com a colocação  
97 de D. Marta. Antes do término da reunião a Assistente Social  
98 questionou ao grupo sobre a possibilidade de ser alterado o  
99 horário de início das reuniões, o qual passaria às 14:30 ho-  
100 ras, devido a outros compromissos seus na clínica. A proposta  
101 da Assistente Social foi aceita por todos os membros partici-  
102 pantes do grupo. Devido a hora se encerrou a reunião, comuni-  
103 cando às mães a data da próxima reunião.

**RELATÓRIO DA 3ª REUNIÃO**

**Data:** 28/03/89

**Presentes:** D. Marta, D. Maria das Dores, D. Sônia, D. Eliane, D. Mirtes, D. Marli e D. Laura (membro novo).

**Ausente:** Ninguém.

01           A reunião teve início às 14:30 horas do dia 28 de março  
02 de 1989, com a participação de sete (7) mães. A Assistente So-  
03 cial iniciou a reunião solicitando ao novo membro do grupo  
04 que se apresentasse e após, expusesse quais os motivos que a  
05 levaram a procurar a clínica para o tratamento de sua filha.  
06 Após a breve apresentação, D. Laura colocou que procurou a  
07 clínica pois sua filha era muito desatenta e desligada, tanto  
08 em relação as tarefas caseiras como as tarefas escolares. Na  
09 escola sentia dificuldades em acompanhar os colegas, não con-  
10 seguindo escrever corretamente, trocando a maioria das letras.  
11 A Assistente Social solicitou a D. Mirtes que expusesse os  
12 combinados do grupo à D. Laura. Após relatar o que eram e  
13 quais eram os combinados, D. Mirtes colocou ao grupo que se  
14 encontrava muito feliz e que tinha novidades para relatar. E  
15 continuou: "A semana que passou me trouxe muitas alegrias, pois  
16 meu filho Marcos tirou o primeiro lugar na escola, em um tra-  
17 balho sobre a cidade de Curitiba. Ele está bastante motivado  
18 e até suas notas melhoraram de uma maneira incrível. Capricha  
19 mais nos deveres, participa mais das aulas e, inclusive, até  
20 na catequese está mais atento e participativo. O grupo está  
21 me ajudando muito, pois vejo que outras famílias também têm  
22 os mesmos problemas e dificuldades que minha família." A As-  
23 sistente Social intervém questionando ao grupo se D. Mirtes

24 não teria alguma participação na mudança de comportamento do  
25 filho. D. Sônia colocou que D. Mirtes também era responsável  
26 pela transformação do filho pois o estava ajudando muito, par-  
27 ticipando ativamente do seu tratamento. A Assistente Social  
28 concordou com a opinião de D. Sônia e colocou ser muito im-  
29 portante para a criança sentir-se valorizada e perceber que  
30 é capaz de realizar as suas tarefas corretamente. D. Eliane  
31 concordou com a colocação de D. Sônia e continuou: "Já obser-  
32 vei lá em casa, que quando eu não chamo a atenção de minha  
33 filha no momento em que suja as calças, ela muda de comporta-  
34 mento. Minhas filhas casadas acham que eu a mimo demais e que  
35 faço todas as suas vontades". D. Maria das Dores perguntou  
36 como D. Eliane via o seu comportamento em relação a filha. D.  
37 Eliane respondeu que discordava das filhas, pois, ao contrá-  
38 rio, se considerava muito exigente com Márcia. E continuou:  
39 "As vezes sinto muita culpa por não poder solucionar os pro-  
40 blemas de minha filha. D. Marta intervém procurando tranqui-  
41 lizar D. Eliane, colocando que ela ao participar das reuniões  
42 da clínica, já estava contribuindo muito para a melhora da  
43 filha. D. Eliane verbalizou ter muita dificuldade em aceitar  
44 as limitações da filha. Colocou sentir-se responsável pela  
45 sua deficiência, por não haver desejado sua gestação devido a  
46 idade avançada. D. Laura colocou que tanto seu marido como  
47 seus filhos também não aceitaram as dificuldades da filha de-  
48 ficiente. E continuou "Os meus outros filhos não querem sair  
49 com a irmã pois sentem vergonha dos seus comportamentos ima-  
50 tuos e inadequados. Já tentei explicar-lhe que ela é doente  
51 e precisa ser ajudada e não rejeitada, porém eles não me es-  
52 cutam!" A Assistente Social intervém colocando ser de grande

53 valor o posicionamento de D. Laura em relação a aceitação da  
54 filha deficiente. D. Sônia questionou ao grupo. "O que devo  
55 fazer para que minha filha deixe de ser tão imatura e insegura,  
56 tornando-se mais independente em suas atitudes? Ela tem  
57 medo de que eu saia e não volte mais para casa, perguntando  
58 sempre aonde vou e a que horas vou voltar". D. Mirtes inter-  
59 rompeu D. Sônia e colocou: "Acho muito importante a senhora  
60 conversar com sua filha explicando aonde vai e que vai voltar,  
61 para ela sentir-se mais protegida e segura". D. Marli ques-  
62 tionou ao grupo quanto a atitude de mães que ameaçavam sair  
63 de casa, quando os filhos adotavam comportamentos inadequados.  
64 D. Mirtes colocou ser contra tal atitude pois com ameaças não  
65 se consegue nada. D. Eliane concordou com a colocação de D.  
66 Mirtes e complementou dizendo: "As mães jamais deveriam ini-  
67ibir seus filhos por meio de atitudes ameaçadoras, pois estas  
68 não os fazem pensar e refletir sobre seus comportamentos ina-  
69dequados e, muitas vezes, até reforçavam estes comportamen-  
70tos". D. Sônia questionou ao grupo: "E quando a criança ao ser  
71contrariada diz que vai embora, o que devemos fazer?" D. Mar-  
72ta respondeu: "Comigo já aconteceu este fato; Paulo quando  
73era contrariado, constantemente ameaçava de ir embora. Certo  
74dia, eu estava muita nervosa e o mandei arrumar suas coisas e  
75sair. Para minha surpresa, ele nunca mais repetiu a ameaça".  
76D. Mirtes intervém questionando as mães como era o clima das  
77refeições em suas casas. E colocou: "A hora das refeições lá  
78em casa é um martírio. Meus filhos não querem mais almoçar  
79nem jantar com Marcos, pois ele é muito agitado e os provoca  
80o tempo todo. Quando os irmãos revidam ele chora sem parar,  
81conturbando toda a nossa refeição". D. Marli colocou aconte-

82 cer o mesmo em sua casa, dizendo que o seu marido ficava mui-  
83 to nervoso quando as crianças não o deixavam fazer as refei-  
84 ções com tranquilidade. A Assistente Social ressaltou a ne-  
85 cessidade de se criar um clima propício para que todos os  
86 membros da família fizessem juntos as refeições. D. Sônia co-  
87 locou que em sua casa a família fazia as refeições sem dis-  
88 cussões e brigas. E continuou: "Neste ponto as meninas não me  
89 incomodam porém, então dando o que fazer para estudar. A Jane  
90 quando sente dificuldades na matéria, não quer fazer os deve-  
91 res e nem assistir as aulas. Chora, fica nervosa e agressiva  
92 comigo e com as irmãs. D. Laura colocou ter o mesmo problema  
93 de D. Sônia e continuou: "Minha filha Marina é apática, não  
94 demonstrando interesse por nada, principalmente quando se  
95 trata de fazer os deveres escolares. Não conclui nada que co-  
96 meça a fazer, estando sempre desanimada. A sua professora con-  
97 tribui ainda mais para reforçar o seu desinteresse, pois a  
98 ameaça constantemente, chamando-a de preguiçosa e burra. Já  
99 fui na escola falar com D. Ivete mas não consegui, pois esta-  
100 va em uma reunião e não pode me atender." D. Sônia intervém  
101 dizendo que a professora de sua filha além de ameaçá-la a es-  
102 tava maltratando com castigos e punições. D. Marta perguntou  
103 à ela se havia conversado com a professora. D. Sônia respon-  
104 deu afirmativamente, dizendo que o marido e ela foram até a  
105 escola e que a professora negou tudo o que a filha lhe havia  
106 contado. D. Eliane disse que era preciso ter muito cuidado,  
107 muitas vezes, as crianças inventavam estórias que não aconte-  
108 ceram. D. Sônia interrompeu D. Eliane, dizendo que sua filha  
109 jamais mentiria para ela e que confiava plenamente no que di-  
110 zia. A Assistente Social questionou até que ponto Jane ou a

111 professora falavam a verdade. D. Sônia respondeu que as ami-  
112 gas da filha confirmaram tudo o que ela lhe havia contado, di-  
113 zendo que a professora era agressiva não só com a sua filha,  
114 mas também com todos os outros alunos. D. Marli intervém di-  
115 zendo que a professora de sua filha também a estava ameaçando,  
116 fazendo-a desinteressar-se cada vez mais pelos estudos. E  
117 continuou: "Fui até a escola falar com ela, mas D. Maria fez  
118 pouco caso de minha filha, dizendo que ela era muito atrasada  
119 e lenta, não conseguindo terminar as tarefas que começava. A  
120 Cintia não quer mais fazer as tarefas escolares, estando cada  
121 vez mais revoltada com a professora e com o colégio. Meu ma-  
122 rido até lhe prometeu um brinco de ouro caso ela passe de ano!"  
123 D. Maria das Dores colocou discordar da atitude adotada pelo  
124 marido de D. Marli, posicionando-se contra a troca, pois para  
125 ela a vida não era feita só de trocas. E continuou. "Na vida,  
126 a maioria das vezes, nós damos uma mão às pessoas e não rece-  
127 bemos nada em troca, por isso é importante que sua filha se  
128 acostume a dar sem receber". A Assistente Social intervém di-  
129 zendo que para as pessoas crescerem é necessário que se frus-  
130 trem e aprendam a dar sem esperar nada em troca. Todos os  
131 membros do grupo concordaram com a colocação da Assistente  
132 Social. Devido a hora, a reunião foi encerrada, lembrando - se  
133 às mães o horário e a data da próxima reunião.

**RELATÓRIO DA 10ª REUNIÃO**  
**(reunião de avaliação)**

**Data:** 04/07/89

**Presentes:** D. Marta, D. Maria das Dores, D. Sônia, D. Eliane, D. Mirtes,  
D. Marli e D. Laura.

**Ausente:** Ninguém

01           A reunião teve início às 14:30 horas do dia 4 de julho  
02 de 1989, com a participação de sete (7) mães. A Assistente So-  
03 cial iniciou a reunião informando ao grupo que sendo esta a  
04 última reunião seria chamada de reunião de avaliação, estando  
05 dividida em três partes. Na primeira parte da reunião cada  
06 membro do grupo iria responder em 20 minutos a um questioná-  
07 rio, constituído de dez perguntas, a ser entregue e poste-  
08 riormente explicado pela Assistente Social. D. Laura intervém  
09 dizendo ter dificuldades em ler e escrever. D. Mirtes colo-  
10 cou-se a disposição para auxiliar D. Laura no que fosse ne-  
11 cessário. A Assistente Social prosseguiu colocando que na se-  
12 gunda parte da reunião seria elaborada, em 30 minutos, a his-  
13 tória do grupo, na qual, cada mãe relataria como ficou para  
14 si o desenvolvimento do grupo, e como sentiu sua participação  
15 nas reuniões; e na terceira parte da reunião seria feita em  
16 50 minutos uma retrospectiva de cada caso, onde cada uma das  
17 mães relataria como via e sentia os problemas e conflitos dos  
18 seus filhos e dos demais membros de sua família, no início do  
19 grupo e como os estava sentindo após a sua participação nas  
20 reuniões grupais. Após as explicações, a Assistente Social  
21 entregou os questionários para as mães, saindo da sala a fim  
22 de que fossem preenchidos. Depois da entrega dos questionári-  
23 os, a Assistente Social iniciou a história do grupo, colocan-

24 do às mães: "O nosso grupo formou-se a partir do momento em  
25 que as psicólogas do Departamento Infanto-Juvenil encaminha-  
26 ram algumas mães à Assistente Social, a fim de receberem ori-  
27 entação, através de reuniões grupais". D. Maria das Dores con-  
28 tinuou dizendo: "Estou em contato com o Serviço Social desde  
29 o mês de outubro do ano passado e, durante este tempo todo,  
30 percebi mudanças muito grandes tanto no meu filho, que apre-  
31 sentava sérias dificuldades na escola, como em mim. Passei a  
32 valorizar mais as suas atitudes, orientando-o nas tarefas es-  
33 colares com mais paciência e interesse. No início do grupo me  
34 sentia muito ansiosa pois tinha receio de trazer meus proble-  
35 mas às outras mães, porém, com o tempo este receio foi desa-  
36 parecendo e pude fazer do grupo o meu melhor conselheiro. Gos-  
37 tei muito de participar das reuniões, onde pude aprender mui-  
38 tas coisas". D. Mirtes intervém dizendo: "O meu primeiro con-  
39 tato com a Assistente Social ocorreu no mês de novembro do  
40 ano passado e, a partir desta data estou agindo de uma maneir-  
41 ra diferente com o meu filho Marcos. No início do grupo, su-  
42 perprotegia demais a ele, favorecendo que fosse muito depen-  
43 dente de mim. Agora, ao contrário, estou procurando deixá-lo  
44 mais livre, para poder agir de acordo com a sua própria von-  
45 tade, como também estou procurando valorizar e estimular cada  
46 vez mais as suas atitudes. D. Marli intervém colocando: "Atra-  
47 vés do grupo pude perceber que não é só minha família que  
48 apresenta problemas; muitas outras também os tem e, em maior  
49 quantidade e gravidade que os meus. Foi muito importante para  
50 mim e para a minha filha a minha participação do grupo, onde  
51 pude compreender e resolver melhor os problemas lá de casa".  
52 D. Eliane a seguir colocou: "Embora eu no início resistisse

53 muito em participar do grupo, agora percebo como ele foi vã-  
54 lido para mim. Durante as primeiras reuniões me senti muito  
55 acanhada, sem coragem para trazer os meus problemas ao grupo.  
56 Com o correr de tempo, fui adquirindo confiança no grupo e  
57 passei a colocar as minhas dificuldades pessoais e familiares  
58 com menos inibição. Com o grupo percebi que também tenho uma  
59 parcela de culpa nos problemas apresentados por Márcia." D.  
60 Marta continuou verbalizando: "Desde o momento em que comecei  
61 a participar do grupo passei a perceber alterações no meu mo-  
62 do de conduzir meu filho. Antes fazia todas as suas vontades,  
63 não conseguindo negar os seus pedidos e exigências, princi-  
64 palmente em relação a Paulo. Agora estou percebendo que isto  
65 tudo ocorria devido ao grande sentimento de culpa que sinto  
66 por não ter aceito a sua gestação e, principalmente, por não  
67 aceitar as suas limitações, que me incomodam muito. Com isto,  
68 estou procurando não superprotegê-lo tanto, dosando censuras  
69 e elogios, nos momentos adequados". D. Sônia prosseguiu: "As  
70 reuniões de grupo foram muito importantes para mim, pois atra-  
71 vés delas, pude perceber que muitas vezes não estava condu-  
72 zindo adequadamente as minhas filhas. No início do grupo, fi-  
73 quei meio desorientada, por me sentir muito insegura, porém,  
74 com o tempo, aprendi a confiar no grupo, e passei a trazer ao  
75 mesmo os meus problemas com mais facilidade. O grupo me aju-  
76 dou a ver os problemas lá de casa com mais clareza, como  
77 também me auxiliou muito na orientação de minhas filhas." D.  
78 Laura intervém dizendo: "Como quando cheguei ao grupo, já ha-  
79 viam passado duas reuniões, no início, fiquei muito nervosa e  
80 envergonhada. Porém, como fui muito bem recebida pelas mães  
81 e pela Assistente Social, logo comecei a contar os meus pro-

82 blemas para o grupo, o qual, me ajudou muito a resolvê-los.  
83 Com a ajuda do grupo, passei a perceber que sempre fui muito  
84 nervosa com meus filhos e com o meu marido, implicando demais  
85 com ele pelo seu desinteresse para com o nosso filho especial.  
86 Agora, procuro compreendê-lo melhor e aceitá-lo com os seus  
87 defeitos, o que diminuiu de maneira incrível as discussões lá  
88 em casa." A Assistente Social prosseguiu solicitando a cada  
89 uma das mães que elaborasse o retrospecto do grupo, onde de-  
90 veriam colocar seus posicionamentos frente aos conflitos apre-  
91 sentados nas reuniões, antes e após a sua participação nas  
92 mesmas. D. Laura iniciou colocando que a partir do momento em  
93 que passou a frequentar as reuniões de grupo, os problemas de  
94 sua casa melhoraram bastante. E acrescentou: "A Marina no  
95 início, tinha dificuldade de fazer amizades, estando sempre  
96 sozinha, como também não queria sair de casa, sendo muito pre-  
97 guiçosa para estudar e fazer as tarefas escolares. Agora, além  
98 de estar bem mais carinhosa comigo e com os irmãos, faz os  
99 deveres com mais interesse, estando bem mais responsável em  
100 casa como também na escola". D. Sônia prosseguiu colocando: "Os  
101 problemas de Jane estão sendo superados com a ajuda do grupo.  
102 Passei a limitá-la mais, cobrando-lhe certas atitudes sem fa-  
103 zer uso de ameaças. O grupo me ajudou no sentido de saber con-  
104 duzir a Jane, ajudando-a no que é preciso, sem fazer todas as  
105 suas vontades. Estamos nos dando muito bem e estou muito fe-  
106 liz com isto. "D. Eliane continuou acrescentando: "Através do  
107 grupo aprendi como lidar melhor com a Márcia, principalmente  
108 em relação ao seu problema de não controlar as fezes, o que  
109 me preocupava muito. Pude perceber que no momento em que dei-  
110 xei de chamar tanto a sua atenção, de valorizar o seu proble-

111 ma, ele praticamente desapareceu. "D. Marli continuou verba-  
112 lizando: "Antes de freqüentar o nosso grupo a Cintia era  
113 muito rebelde, não admitindo ser contrariada tanto por mim  
114 como pelos irmãos. Como ela ficava muito nervosa quando eu  
115 lhe negava alguma coisa, preferia satisfazer todos os seus  
116 gostos. Com o grupo consegui perceber que nem sempre devemos  
117 fazer tudo o que as crianças querem, pois isto só prejudica o  
118 desenvolvimento". D. Mirtes prosseguiu colocando: "Quando  
119 comecei a frequentar as reuniões, Marcos apresentava um  
120 aproveitamento escolar muito baixo assim como, tinha sérias  
121 dificuldades de relacionamento com os colegas e professores.  
122 Através das experiências de outras mães pude aproveitar mui-  
123 to, principalmente no sentido de valorizar certas atitudes  
124 de Marcos, as quais, até então passavam despercebidas. Com  
125 isto ele alterou completamente o seu comportamento, estando  
126 interessado e participativo nas aulas. "D. Maria das Dores  
127 prosseguiu colocando: "Quando comecei a participar do grupo,  
128 o Jaime apresentava muitas dificuldades na escola, sendo  
129 apático, desinteressado, bem como apresentando um baixo ren-  
130 dimento escolar. Com a ajuda do grupo, passei a motivá-lo e  
131 orientá-lo em suas tarefas, valorizando sempre os seus trabal  
132 hos, corrigindo os seus erros para que não voltasse mais a  
133 cometê-los. Aprendi muito com a experiência das demais mães  
134 e aconselho a participação do grupo de todas as mães que ti-  
135 verem oportunidade." Devido a hora, a Assistente Social en-  
136 cerrou a reunião lembrando a cada uma das mães a data e o  
137 horário do seu próximo contato com o Serviço Social, que a  
138 partir daí, conforme combinado nas entrevistas individuais  
139 iniciais, seria individual e com opção para novo grupo que  
140 se organizaria.

**A N E X O   I I I****QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO AVALIATIVO**

## QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO AVALIATIVO

01. Já participou alguma vez de alguma experiência de grupo?

( ) Não

( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

02. Achou que o grupo foi interessante? ( ) Sim ( ) Não

Achou que o grupo foi produtivo? ( ) Sim ( ) Não  
(ajudou nos problemas)

Achou que o grupo foi monótono? ( ) Sim ( ) Não

03. Teve alguma dificuldade dentro do grupo?

( ) Não

( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

04. Qual foi a reunião que mais gostou?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

05. Teve algum assunto que não conseguiu trazer para o grupo,  
embora fosse importante?

( ) Não

( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

06. Você acha importante o grupo familiar participar do tratamento do paciente?

( ) Não.

( ) Sim. Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

07. A organização das reuniões quanto a tempo, periodicidade, forma e maneira de conduzir pela estagiária foi satisfatória?

( ) Não.

( ) Sim. Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

08. Você gostaria de continuar a orientação com o Serviço Social?

( ) Sim                      De forma: ( ) individual

( ) Não                                      ( ) grupal

09. Você acha que esta experiência de grupo seria importante também para outras mães da clínica?

( ) Não

( ) Sim. Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Você acha que todas as mães tiveram condições de participar do grupo?

( ) Não.

( ) Sim. Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_