



PUC
RIO

ROSEMARY HOHLENWERGER SCHETTINI

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO INFANTIL: UM ESTUDO DAS
EXPECTATIVAS DE PAIS PERTENCENTES ÀS CLASSES POPULARES**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

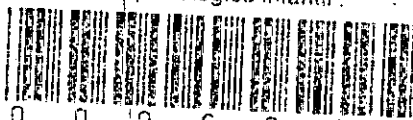
**RIO DE JANEIRO
1995**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO**

**Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>**

N.Chamada: 150 / S327 / TESE UC

Titulo: Atendimento psicologico infantil :



0 0 9 5 0 4 4

EX 1-CENTRAL

1830

ROSEMARY HOHLENWERGER SCETTINI

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO INFANTIL: UM ESTUDO DAS
EXPECTATIVAS DE PAIS PERTENCENTES ÀS CLASSES POPULARES**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

1996

ROSEMARY HOHLENWERGER SCHETTINI

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO INFANTIL: UM ESTUDO DAS
EXPECTATIVAS DE PAIS PERTENCENTES ÀS CLASSES POPULARES**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Psicologia da PUC/RJ
como parte dos requisitos para
obtenção do Título de Mestre em
Psicologia Clínica**

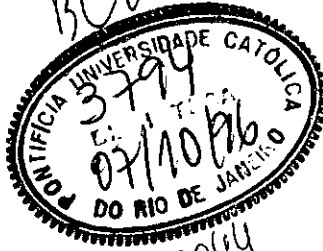
Orientadora: Maria Euchares Motta

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA - PUC/Rio

RIO DE JANEIRO

1995

Beld



150

5327

TESEUC

96044

AGRADECIMENTOS

À Maria Euchares Motta pelo excesso de compreensão e delicadeza com que conduziu a orientação deste trabalho.

À professora Junia de vilhena pelas valiosas sugestões.

Aos entrevistados que concordaram em dar depoimentos para esclarecer nossas questões.

Ao Departamento de Psicologia da PUC por ter possibilitado a realização deste trabalho.

Às secretárias Vera e Marise que esclareceram dúvidas nas horas confusas.

Ao CNPq pelo financiamento desta pesquisa.

E não sendo possível dizer aqui tudo que ganhei nestes anos de convivência, deixo aos meus pais, Pedro e Margarida, meu agradecimento.

Minha irmã Rosangela pelo seu interesse animador.

A Márcio, meu marido, que em momento algum me tirou o estímulo e a certeza para a realização deste trabalho.

Aos meus filhos, Matheus, Samuel e Isabela que sempre estiveram presentes neste mestrado, presentes até demais.

RESUMO

Este trabalho faz uma investigação das expectativas de pais, pertencentes à população de baixa renda, em relação ao tratamento psicológico de seus filhos.

A preferência por esse segmento da população deve-se ao fato de a questão sob investigação ter surgido durante um estágio em um serviço de atendimento psicológico voltado para a população carente. O uso do termo não implica necessariamente que a problemática estudada seja restrita a esse grupo.

Vale ressaltar que tal trabalho não se volta para uma análise exaustiva do atendimento infantil e familiar, mas tem, isto sim, o objetivo de saber o que buscam os pais dos clientes infantis pertencentes à população carente quando chegam a um serviço de atendimento psicológico.

Após revisão da evidência encontrada na literatura e da análise do conteúdo das entrevistas realizadas com 14 terapeutas de criança foram apontadas. Foram apontadas algumas características.

ABSTRACT

This study aims to investigate low-income parent's expectations about the psychological treatment of their children.

The interest towards the issue under investigation aroused while undergoing supervised undergraduate practice on psychotherapy with children from working class families. However, it does not necessarily imply that the questions focused here do not refer as well to other segment of the population.

It is worth mentioning that there is no intention to conduct an exhaustive analysis of child and family psychotherapy but to increase knowledge on what low income parents are asking for when they demand psychological treatment for their children.

After a brief review of the literature's current evidence and the content analysis of fourteen child psychotherapist's interviews carried out by the author some conclusion on whether or not the psychotherapeutic process meet the parent's expectation were presented.

PALAVRAS CHAVES

- Expectativas de pais
- Psicoterapia de criança
- Psicoterapia de classe trabalhadoras
- Abandono de terapia

sumário

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. QUADRO TEÓRICO.....	12
2.1. A questão do atendimento psicológico às crianças do setor popular.....	12
2.2. A linguagem verbal: código de comunicação e entendimento.....	27
2.3. A criança e a família.....	32
2.3.1. O envolvimento dos pais no tratamento.....	41
3. AS EXPECTATIVAS DOS PAIS.....	44
3.1 Definição de “expectativa”.....	45
3.2 Pesquisas e casos de expectativas.....	48
3.3 As expectativas dos pais conforme os terapeutas.....	51
3.4 A questão do “abandono da terapia”.....	53
3.5 As “falas” dos pais versus “as falas” dos terapeutas.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
BIBIOGRAFIA.....	63
ANEXOS.....	69

1. INTRODUÇÃO

É fato que não precisa de comprovação que, no Brasil, o sistema de saúde pública não vai bem, o que pode ser diariamente verificado no noticiário da imprensa. O atendimento emergencial à população comum chega a patamares alarmantes, com falta de material básico hospitalar, decréscimo de eficiência e recursos humanos insuficientes e mal-pagos para a consecução do objetivo constitucional proposto de universalizar o direito dos cidadãos à saúde.

Na tentativa de suprir a grande demanda pelos serviços de saúde, a rede pública foi obrigada a aumentar o número de atendimentos-dia, sem levar em conta a qualidade que deveriam manter e os investimentos necessários para esse fim.

Nesse contexto, considerando o atendimento psicológico à população carente, além dos mesmos problemas relativos à rede pública geral, deparamo-nos com dúvidas e questões referentes à prática clínica exercida, sobre o que buscam os pacientes que chegam ao serviço de atendimento psicológico, o que podemos lhes oferecer e quais as expectativas que têm sobre nós, terapeutas.

Neste trabalho, vamos tratar especificamente do atendimento psicológico à criança de baixa renda, tentando focalizar os seus problemas através da fala e expectativa dos pais, sem contudo minimizar a relação fundamental entre terapeuta e criança. O atendimento tem que considerar o papel colaborador dos pais, ao longo da terapia, em virtude de que são eles que trazem as informações sobre os pacientes. No entanto, fica a cargo do psicólogo não

quebrar a aliança com o cliente, de modo que a criança crie confiança em si mesma e no profissional, diminuindo assim uma excessiva interferência dos pais.

No atendimento psicológico infantil, temos observado que o abandono das terapias atinge índices particularmente altos, o que nos motivou a fazer um estudo das expectativas dos pais em relação ao tratamento de seus filhos, partindo da suposição de que o abandono de tratamento infantil poderia estar vinculado com as expectativas familiares. Muitas vezes os pais não têm noção do que consiste o atendimento, não sabendo o que acontece em uma consulta com o psicólogo, uns buscando remédios; outros, conselhos, ficando à procura de respostas objetivas e imediatas sobre o problema que os afligem.

No atendimento infantil, a presença dos pais é marcante e, na maioria das vezes, a escola desempenha um papel significativo de encaminhamento. Os pais trazem queixas: *meu filho é agitado, ele não pára, a escola mandou porque ele não se interessa por nada, ele é muito parado* - entre outras expressões.

Como os pais idealizam o tratamento de seus filhos? O que buscam quando os levam ao psicólogo? Acreditamos que um estudo voltado para as expectativas dos pais, referente a esse tipo de atendimento, seja um passo que poderá contribuir para um bom andamento da terapia de crianças pertencentes à população carente. Além da falta de motivação por parte de terapeutas estagiários, que raramente têm a chance de levar a termo os seus casos, dado que o tempo de permanência nos serviços de psicologia aplicada é quase sempre menor do que o tempo necessário para finalizar os tratamentos - a alta incidência de casos de abandono é muitas vezes justificada pelo

desconhecimento sobre terapia por parte dos pais da clientela infantil e também pelas diferentes concepções de saúde e doença existentes na população carente.

Por outro lado, muitas vezes a noção que o paciente possui de sua doença, as causas, o tratamento e a cura, contrasta com o que pensa o terapeuta (Bezerra, 1987). É fundamental que se perceba a diversidade relativa a essas questões, de tal sorte que seja possível ouvir o paciente sem preconceitos etnocêntricos, destruidores do valor e da característica do outro.

Ao termos contato com a realidade em que vivem os pacientes, com reflexões sobre saúde, doença, trabalho e família, percebemos que suas idéias são organizadas num discurso sobre as próprias experiências cotidianas. É preciso, pois, que seja cultivado o entendimento entre o terapeuta e o paciente para o bom andamento da terapia e, principalmente, para que ela chegue até o final e atinja o objetivo planejado, que é a cura.

A despeito das deficiências do sistema público de saúde e da falta de recursos financeiros da população de baixa renda, não é pequena a procura por atendimento psicológico nesse segmento da população. Torna-se, portanto, imperativo que sejam buscadas as causas da evasão dos ambulatórios e consultórios por parte da população carente, além das deficiências habituais, facilmente constatáveis nas listas de espera e nas filas de atendimento de hospitais, clínicas-escola e unidades básicas de saúde públicos.

Interessa-nos, ainda, a concepção particular de saúde e doença, expressa na verbalização das famílias mais carentes, porque ela é fundamental

para compreender o papel desempenhado pela família sobre a criança e a interpretação sobre o atendimento psicológico a que deveria ser submetida. É difícil para esses pais - como iremos comprovar - falar sobre o sofrimento psíquico de seus filhos, dado que encaram o trabalho do psicólogo dentro de um ponto de vista puramente médico, como se seus filhos apenas necessitassem de um alívio físico. Dessa forma, desenvolvermos, com o auxílio de vários autores, a concepção de que formas culturalmente adquiridas de conceber o sofrimento podem trazer dificuldades para famílias que busquem o atendimento psicológico para seus filhos, existindo um descompasso entre o que as famílias esperam do tratamento e a ajuda que o psicólogo pode dar.

2. QUADRO TEÓRICO

2.1. A QUESTÃO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO À CRIANÇA DO SETOR POPULAR

A criança brasileira vem sofrendo com a ausência de políticas educacionais adequadas à sua realidade. Se por um lado a criança é relegada a segundo plano por vários setores governamentais, por outro existe a tentativa de entendimento dessa realidade especialmente por setores não-governamentais, através de programas e alternativas de atendimento à criança e adolescentes, cujo objetivo seria amenizar os problemas que afetam a maioria da população de baixa renda, que precisa de educação, justiça e bem-estar.

Ao abordarmos os problemas relativos à criança não podemos deixar de falar do seu contexto familiar, já que os pais são importantes no seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social. Tanto é assim que, incluindo o atendimento psicológico infantil, importa muito a participação da família no processo terapêutico. A família é, pois, o agente principal nos cuidados da criança e, por isso, tem seu espaço garantido na assistência de sua saúde, tanto física quanto psíquica.

Não nos deteremos aqui em diferenciar as dinâmicas existentes entre uma família de classe média e uma de baixa renda, mas sabemos que as relações que se estabelecem no interior de ambas são bem distintas. Por exemplo, nas classes média e alta a definição de saúde está estreitamente ligada à noção de bem-estar. Havendo alteração deste estado, existe um sinal de doença (Bezerra Jr., 1987). Já nas classes operárias, a identidade está ligada a ser "trabalhador", que é visto como condição básica da natureza humana, com o trabalho se

transformando em fator indispensável para a sobrevivência individual, como também para o estabelecimento de novas relações, como ser homem e ser pai (Costa, 1989). Por conseguinte, é no corpo que se manifesta aquilo que não vai bem na identidade trabalhadora, sendo a verdadeira instância de explicação dos sintomas (ibid). Temos, portanto, como mais abrangente, o conceito de saúde nas classes trabalhadoras, que caracterizam a noção de doença como um estado que dificulta ou impede a atividade de trabalhar. Encontramos aqui a idéia de "corpo-trabalho", uma característica da classe operária que relaciona o corpo sadio com a capacidade de trabalhar (Bezerra Jr., 1987) exercida fisicamente e a noção de doença como impossibilidade de realização das tarefas (Costa, 1989; Bezerra Jr., 1987 e Quintana, 1988)¹.

Albuquerque (1992) também observou em seu trabalho que os pais ao levarem seus filhos ao psicólogo, levavam queixas relacionadas ao âmbito escolar. As preocupações com as crianças estavam ligadas à saúde física e ao desempenho escolar e sua intensidade aumentava na medida em que decresciam seus níveis de renda. Nesse sentido assinala o autor:

Busca-se tratamento quando a criança fracassa em seu "trabalho" na escola, que é altamente valorizada por ser considerada passagem necessária para melhores empregos e ascensão social (Ibid).

Nas classes trabalhadoras, a visão de saúde é relacionada com a funcionalidade, com "poder trabalhar", o que também se vincula ao destino das

¹ A utilização do corpo como veículo de comunicação também tem sua dimensão lúdica e erótica, porém não é nosso propósito analisar as relações que os indivíduos estabelecem com o corpo

crianças das classes operárias. As concepções aqui apresentadas autorizam-nos a supor que os pais das famílias de baixa renda levam seus filhos à terapia, identificando a cura de seu filho com um melhor desempenho na escola e como sinal de doença a falta de condições para o desempenho das tarefas escolares.

Boltanski (1971) e Figueira (1975) levantaram a idéia de que a percepção do sofrimento físico depende de toda uma forma estruturada de decodificar sensações orgânicas, determinada culturalmente, variando de um grupo para outro, sendo essa forma de interpretar o sofrimento físico condicionada à linguagem. Borges (1987) faz uso do trabalho desses autores deslocando a questão para o atendimento em saúde mental, e afirmando que o profissional desta área deve estar também voltado para a possibilidade de seu paciente ter uma concepção distinta do que seja saúde e doença, não adotando atitudes interpretativas baseadas no seu próprio modelo.

Se pensarmos no sofrimento físico como um conjunto de sensações orgânicas, esta percepção estaria relacionada com modalidades de decodificação, categorização e expressão dessas sensações. Para expressá-las de forma compreensiva, o indivíduo dependeria de uma habilidade lingüística, para atingir em seguida seu objetivo de, por exemplo, explicar ao médico qual órgão ou região que dói, se é a cabeça ou estômago.

Um adulto, ao falar de seu sofrimento psíquico, busca em seu arsenal verbal dados que exemplifiquem o que ele está sentindo. Já no caso da criança, os pais não conseguem ser tão explícitos, porque não são eles os portadores do sofrimento, que não é facilmente percebido, decodificado, categorizado e conceituado. Como se daria, por conseguinte, a expectativa destes pais no que se

refere ao tratamento de seus filhos na medida em que não se possuem dados concretos que possam exemplificar o sofrimento?

Para Berger e Luckmann (1974: 85 e 86), em suas fases iniciais de socialização, a criança não distingue entre a objetividade dos fenômenos naturais e a objetividade das formações sociais. Todas as instituições parecem para ela um conjunto de dados inalteráveis e evidentes, porque o mundo institucional transmitido pela maioria dos pais tem o caráter de realidade histórica e objetiva. Dizem os autores que esse processo de transmissão simplesmente reforça o sentido que os pais têm da realidade. Nesse contexto, os modelos de compreensão adquiridos anteriormente pelos pais da população de baixa renda preponderariam na transmissão dos problemas psicológicos de seus filhos.

A literatura especializada demonstra que a maioria dos pais nas classes de baixa renda, procura atendimento psicológico para seus filhos, em virtude de sugestão ou encaminhamento da escola. Milman e Araújo (1993) buscaram compreender essas alterações escolares e de comportamento como motivação para a busca de tratamento psicológico. As autoras, afirmam que as queixas trazidas pelos pais da clientela infantil dizem respeito ao desempenho e à adaptação escolar. As razões quase não variam: ou as crianças não se adaptam à vida escolar, apresentando um fraco desempenho, ou têm conduta agressiva e indisciplinada. As falas, colhidas na pesquisa, subsidiam tal convicção:

"Ela tem muita dificuldade para ler e escrever e estava muito desligada em sala de aula; ela não aprendia, nem deixava os coleguinhas aprender".

"Fui chamada na escola porque ele estava com problema de aprendizagem".

"Levei ao médico porque os professores achavam que ela tinha dificuldade no estudo. Agora ela está numa sala especial. Não tem tato, não consegue pegar, faz xixi na cama, andou com três anos e puxa uma perna".

"Não estava desenvolvendo, não aprendia".

"A escola alegou agressividade, irritabilidade, choro excessivo e queda do rendimento escolar".

São feitas também referências a alterações relacionadas ao comportamento, mas estas queixas não se limitam à manifestação corporal, também se associando à própria dinâmica familiar. Esses problemas de saúde física também dificultam a adaptação na escola, sendo motivo justificado para encaminhamento ao psicólogo:

Ela ficou muito sensibilizada com a separação dos pais, muito chorona, não confiando em si própria, ficando muito dependente de mim (mãe), apreensiva em sala de aula, estando sempre no mundo da lua.

Ele perdeu o pai e a mãe viajou; nem bem no colégio ele não vai.

Constata-se que, apesar da grande presença da família junto à criança, ela não costuma buscar atendimento psicológico espontaneamente, pois parece voltar suas preocupações mais para a saúde física e desempenho escolar, como anteriormente sugeriu Albuquerque. Conforme o mesmo autor, ao levarem seus filhos ao psicólogo, os pais traziam queixas relacionadas ao âmbito escolar, exibindo grande preocupação com a saúde física do filho.

O encaminhamento da criança à terapia tem relação direta com a escola e os pais carentes adotam uma postura de conformidade com o estabelecimento de ensino, que encarna um espaço de autoridade, assim como o médico é uma fonte de indicação de terapia para a criança.

Podemos supor que da mesma forma que um adulto vai consultar um psicólogo com queixas referidas a um sofrimento e com concepções próprias de saúde e doença, uma criança é trazida por seu responsável a um serviço de atendimento psicológico muitas vezes por concepções de saúde e doença diferentes do que pode indicar a realidade terapêutica.

Na verdade, a maioria dos pais, que leva seus filhos ao psicólogo, encontra-se numa experiência nova, não tendo uma idéia clara do que seria um tratamento psicoterápico e esse desconhecimento dificulta seu próprio funcionamento. Quando os pais se referem ao atendimento, está explícita a idéia de que se trata de uma conversa que objetiva ajudar a criança nas tarefas escolares, no desenvolvimento do raciocínio e até na modificação do comportamento do pequeno cliente.

A pesquisa de Milman e Araújo (op.cit.) mostrou que a busca do tratamento psicológico se inicia quando as instituições médicas escolares e familiares falham

nos resultados. A indicação vem através dos médicos e da escola que, constatados os problemas nas crianças, os transferem aos cuidados do profissional psicólogo. Observa-se também, reversivamente, que a maioria dos encaminhados pela escola, antes de procurarem um psicólogo, buscam a ajuda médica.

A explicação desse comportamento é motivada pelo fato de que os pais não fazem uma clara distinção das atividades dos profissionais. Inicialmente, eles buscam um médico, mas com a ausência de indicação de medicamentos, as crianças são encaminhadas ao profissional de psicologia, que é visto como "alguém que conversa", estando aí implícita a idéia de que o psicólogo tem o poder terapêutico na palavra.

Boarini (1993) em sua pesquisa realizada nas Clínicas da Rede Pública (Unidades Básicas de Saúde), na Cidade do Rio da Serra, São Paulo, também concluiu que as razões que levam a população carente a procurar tratamento psicológico derivam, em 70% a 90% dos casos, de queixas escolares, embora o encaminhamento não seja fruto de uma acurada observação das crianças, e sim de interpretações precipitadas acerca das causas das dificuldades apresentadas pela criança.

Através de um levantamento realizado por Ciasca (1990) em 150 prontuários do Setor de psicologia Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas, no período de 1980 a 1989, foi possível observar, outra vez, que as razões da procura pelo psicólogo para as crianças são também os distúrbios na aprendizagem e todos vêm encaminhados pela escola. Ela também levantou os dados sócio-econômicos destes pacientes e pôde constatar

que a maioria das pessoas que procura atendimento psicológico para as crianças é da população de baixa renda. Em termos de percentuais, teríamos 87,3% de pessoas de nível econômico baixo; 12,0% de nível médio e 0,7% de médio a alto.

Lopez (1986) em seu estudo sobre as características da clientela de psicólogos, em clínicas-escolas de São Paulo, também apresenta dados semelhantes às demais pesquisas. Segundo ele, as crianças carentes em idade escolar, dos 6 aos 15 anos, têm presença marcante nos serviços de psicologia clínica e todas com queixa de fracasso escolar, como interpreta o autor:

A criança é considerada problemática na medida em que não obteve o sucesso escolar esperado, o fracasso é atestado pela professora que encaminha para atendimento psicológico como forma de solucioná-lo, conseguindo uma adaptação à escola, e a indicação é aceita pelos pais como correta (Lopez, 1987: 37).

Um dado interessante, no trabalho de Lopez, é a descoberta de que a partir dos 16 anos, as queixas relacionadas ao comportamento cognitivo diminuem, dando lugar aos distúrbios do comportamento afetivo. A partir daquela faixa etária, a procura espontânea por tratamento terapêutico costuma ultrapassar os casos encaminhados. A diferença está na quantidade de pacientes do sexo masculino, que é mais significativa do que no feminino. Conforme Lopez, dá-se essa diferença em razão de que, historicamente, para o sexo feminino, foram atribuídos de modo exclusivo os papéis de donas-de-casa e mães, que não exigiam um bom

desempenho escolar e, por conseguinte, diminuíam as pressões individuais e sociais por resultados de realização sobre pessoas do sexo feminino.

Alguns terapeutas consideram que um trabalho interativo e conjunto com a escola e a família pode ajudar ainda mais a criança, permitindo que o paciente se recupere sob melhores condições. Todavia, conforme os estudos de Boarini (1993), os resultados são poucos e lentos, devido à falta de interesse e ao descompromisso dos pais e da escola com a criança.

Albuquerque (1992), por sua vez, evidencia a importância da escola e da Neurologia no atendimento psicoterápico infantil:

A escola enquanto detectora dos problemas da criança e a Neurologia, enquanto especialidade que lida também com "problemas de cabeça", confirmam a necessidade de tratamento. (Albuquerque, 1992).

Lira (1988) também posiciona-se a respeito e discute a influência destas duas áreas para a construção da representação da psicoterapia.

... a psicoterapia passa a ser percebida ora como podendo servir a alguns objetivos similares àqueles da escola, ora como tratamento alternativo àquele oferecido pela Neurologia (Lira, 1988).

Para Albuquerque (op. cit.) os pais levam seus filhos ao Psicólogo impregnados pelo modelo médico e por isso aguardam a prescrição de medicamentos. O andamento da terapia obriga-os a falar e serem ouvidos detalhadamente, provocando-lhes muita ansiedade.

É difícil para um paciente, repentinamente, apossar-se deste tempo e espaço que lhe é oferecido. Parece precisar de tempo para acostumar-se ao setting psicoterápico para fazer uso do tempo, do espaço e do terapeuta. (Albuquerque, Ibid).

A forma como o paciente chega em busca de atendimento psicológico pode influenciar o tempo de permanência no tratamento. Como os pais geralmente conduzem seus filhos ao psicólogo por indicação de terceiros, sejam professores ou médicos, muitas vezes não têm noção clara da função do terapeuta. Aqueles que trazem as queixas negando qualquer relação com a esfera psicológica têm maior dificuldade de entendimento em relação à função da terapia e, por isso, podem apresentar dificuldades em aderir ao tratamento.

Conforme Campos (1988, apud Troian, 1992), há ainda os que, além de serem encaminhados por terceiros, não querem envolver-se com a situação, apresentando, com isso, maior facilidade para abandonar o tratamento. Nesse caso estão os pais para quem os filhos representam um peso e que, inconscientemente, por motivo de história familiar, os rejeitam.

A distância social entre terapeuta e cliente, que, como já vimos, gera um desencontro entre as partes, pode provocar ansiedades imediatistas no paciente, desejoso de receber um remédio que o cure rapidamente, quando o tratamento

psicoterapêutico envolve, por si mesmo, um investimento a longo prazo. Essa distância social produz um conflito hierárquico na relação terapêutica, com o paciente esperando receber "ordens" do terapeuta e, ao mesmo tempo, sentindo-se diminuído, menosprezado por isso. Em outros casos, essa distância corresponderia a conflitos de linguagem e de símbolos que, conforme assinalam Berger e Luckmann, são capazes de construir a realidade:

A linguagem é capaz não somente de construir símbolos altamente abstraídos da experiência diária, mas também de "fazer retornar" estes símbolos, apresentando-os como elementos objetivamente reais na vida cotidiana. Desta maneira, o simbolismo e a linguagem simbólica tornam-se componentes essenciais da realidade da vida cotidiana e da apreensão pelo senso comum desta realidade (Berger e Luckmann, 1974: 61).

Não se pode deixar de observar, nesse contexto, que a linguagem comum ou simbólica varia segundo o grupo social e político. O terapeuta não consegue apreender o mundo da criança por intermédio de sua linguagem, que, conforme Berger e Luckmann (1974: 189) é um ser "que interioriza o mundo dos pais"; se eles forem carentes, o mundo de seus filhos também assim será expresso, entrando em rota de colisão com a visão de mundo do terapeuta.

O estudo de Lopez (1986) em clínicas-escola do Estado de São Paulo, também se refere aos comparecimentos e desistências do paciente ao

tratamento. Lopez estabeleceu, portanto, as seguintes categorias para melhor entender os problemas associados com a terapia e sua aceitação: *em espera, não compareceu, em atendimento, atendimento suspenso, aguarda novo atendimento, encaminhado, atendido em novo local, informações falhas, alta, não há informações, não se enquadra*. Os motivos de desistência foram caracterizados da seguinte maneira: *mudança de residência, distância e horário, atendimento em outra instituição por problemas temporários, sem motivação e/ou necessidade, faltas, não há informação, não se enquadra*.

De acordo com os resultados da pesquisa, 81,3% dos clientes não chegaram a receber atendimento efetivo, isto é, a maioria desistiu do tratamento na primeira entrevista, sem ao menos dar conhecimento ao terapeuta do motivo pelo qual o procurou. Segundo Lopez, grande parte da clientela não é chamada para o atendimento nas clínicas-escola e muitas vezes é encaminhada para outras instituições. Apenas uma minoria recebeu atendimento completo.

Larrabure (1986) afirma que uma das características da população que procura atendimento gratuito é não estar realmente motivada, pelo fato de que, encaminhadas por terceiros, não compreendem de maneira clara sua necessidade, desconhecendo o que é um atendimento psicológico, uma vez que esse tipo de tratamento não tem repercussão em seu universo educacional e cultural.

Lopez (1986) reconhece que as técnicas psicológicas não se desenvolveram junto à população de baixo nível sócio-econômico e que foram importadas e implantadas sem levar em consideração as condições culturais e

peçoais da população carente. O tempo de atendimento também é outro fator considerado por ele, pois é pouco apropriado à clientela.

Os profissionais que trabalham em clínicas públicas, freqüentemente utilizam parte de seu tempo nos consultórios particulares, aperfeiçoando técnicas diferentes das necessárias à instituição. A dificuldade em seguir o modelo de atendimento preconizado pela instituição traz como conseqüência o encaminhamento do paciente a outras clínicas, ou seja, é inexistente dentro das instituições o serviço adequado ao cliente e, ao mesmo tempo, crescem as listas de espera e a falta de vagas. Por outro lado, essa oferta é abundante nos consultórios particulares onde esta população não tem possibilidade de acesso.

Freller (1983) vai mais além, considerando que o tratamento institucional é inadequado para o tipo de clientela de baixa renda devendo portanto se adequar melhor à esta população tornando-se mais rápido, exigindo menos esforço da clientela.

Ainda que tal depoimento mereça consideração, pode ser interpretado como revelador de uma certa arrogância, na medida em que deixa implícito haver alguma espécie de "superioridade" no tratamento psicológico, sugerindo inclusive, e de forma razoavelmente preconceituosa, que a população de baixa renda é incapaz de pensar e entender como os psicólogos.

Esse preconceito torna a aparecer no mesmo trabalho, quando outro profissional de saúde mental, na tentativa de explicar a taxa tão alta de evasão, chegou a declarar:

Eles têm pouca resistência à frustração. Se a gente demora para chamar, eles já desistem. Às vezes interrompem no meio porque o sofrimento envolvido com as questões levantadas é demais.

Os terapeutas entrevistados nas pesquisas citadas também não se sentem responsáveis pela evasão do paciente e por sua terapia. Nos estudos de Boarini (1993) encontramos os seguintes depoimentos de profissionais da saúde mental:

São poucos [alunos] que prosseguem. Não acham importante. Para que encaminhar isso? Eles [pais] acham que é falta de surra, menos que a criança tem algum problema..

A cada ano que passa fica mais difícil, também eles vêm de outros lugares, da Bahia...

Algumas dessas opiniões "profissionais", deixam entrever que a extensão do preconceito manifestado por alguns terapeutas chega as raias de uma desqualificação generalizada da própria clientela por eles atendida.

Além das dificuldades acima evidenciadas, que acarretam uma série de dificuldades na comunicação entre o paciente e o terapeuta e, por conseguinte, a evasão do paciente, mais um fato pode ser acrescido: a inexperiência dos terapeutas iniciantes, que contribui para o agravamento do problema. Estes, em geral, atendem em clínicas e hospitais públicos no início da carreira e não têm o preparo suficiente para lidar com esta clientela tão diferente daquela conhecida no

cotidiano da classe média, na Universidade, e nos livros de clássicos de Psicologia.

Tudo indica que não há uma causa única, mas um conjunto de fatos que desfavorece a continuidade de um tratamento infantil do setor popular. Tais fatos decorrem da relação de poder, na qual a distância social entre terapeuta e cliente tende a reforçar a submissão do paciente. O vínculo terapêutico é estabelecido de forma diferente da clínica privada, em que a instituição se impõe como terceira instância na relação terapeuta-paciente.

Segundo Milman e Araújo (1993), na rede pública observa-se que o grande número de crianças conduzidas a um serviço de atendimento psicológico é responsabilidade de médicos, professores e outros profissionais. A maioria das queixas origina-se do desencontro entre professores e alunos, entre pais e filhos, e a psicologilização automática da questão impede a utilização de recursos com os quais a família conta, assim como os recursos pedagógicos com que os professores contam. Cada conflito existente nas relações interpessoais confunde-se como indicador de psicopatologia e traz, como consequência a indicação automática de um atendimento psicológico.

2.2. A LINGUAGEM VERBAL: CÓDIGO DE COMUNICAÇÃO E ENTENDIMENTO

Segundo Borges (1987), a situação psicoterápica necessita de algumas virtudes lingüísticas, quais sejam: facilidade para verbalizar experiências singulares; capacidade para lidar com uma forma de autoridade pouco clara e ambígua; habilidade para despojar-se dos valores e regras de seu grupo natural e capacidade para participar de uma relação de comunicação centrada no "eu" do paciente. Acrescente-se a essas virtudes, a crença do psicólogo de que a doença do paciente pode ser curada a partir de uma relação social baseada na comunicação verbal.

Borges (op. cit) se afina com o pensamento de Bernstein (1961) quando este afirma que no setor popular, o código lingüístico utilizado é caracterizado pela falta de motivações individuais e propósitos do sujeito, além da redução de adjetivos e expressões que qualificam sentimentos. É uma fala de organização simples, na qual o "eu" quase não se encontra presente na fala dos sujeitos. Tal código expressa uma identidade social em lugar de uma identidade pessoal.

Borges lembra, ainda, que para Bernstein existem formas diferentes de expressar a fala, de acordo com o meio social em que se vive, devido a influência das formas de se relacionar e da estruturação do ambiente nas diversas classes sociais, que interferem diretamente na socialização e no desenvolvimento das crianças. Os códigos da comunicação falada nascem de cada meio social, da necessidade de analisar e trocar experiências, determinando, assim, a linguagem verbal do indivíduo.

Na definição do termo Nação, está o valor da língua e costumes de um povo, que são a base da sua cultura e da sua identidade. Borges mostra como, ao tratar do assunto, Bernstein resgata a importância das "maneiras de falar de um povo", que junto das demais características culturais localizam e definem o homem dentro do universo. Ainda de acordo com esta tese, Bernstein fala que mudanças na estrutura social provocam mudanças na cultura, por meio dos efeitos causados no modo de falar. O modo de falar controla, de certa forma, as experiências dos indivíduos, pois leva aqueles que falam a se relacionarem de forma diversa com pessoas e objetos, causando mudanças no código lingüístico das diferentes classes sociais, que também determina o que será aprendido e percebido pelo indivíduo. Tomando como base alguns estudos que correlacionam as limitações lingüísticas, o empobrecimento cognitivo e o nível social (Nisbet, Mitchell, McCarthey, apud Bernstein, 1961) foi possível a este autor demonstrar que entre as crianças e suas famílias, nas classes trabalhadoras, existe uma forma simples de se comunicar verbalmente, sem possibilidades formais da organização verbal, a que denominou "código restrito" de comunicação ou "linguagem pública".

Tal linguagem, ele considera pobre e disjuntiva, mas ao mesmo tempo diz que isso não importa, pois o que predomina no sistema de comunicação é a capacidade do interlocutor compartilhar dos mesmos sistemas de comunicação não-verbais, como os gestos, a entonação, o olhar e a expressão facial. E esta sintonia só se adquire na convivência, na troca de experiências e na identidade cultural comum, sendo desnecessária a elaboração e explicação do discurso.

O mesmo autor também fala sobre as crianças que têm acesso a diferentes sistemas de discurso e afirma que elas têm condições de aprender outros papéis

e podem se relacionar de forma diferente com o ambiente e com as demais pessoas, assimilando, através da linguagem falada, as coisas do mundo. Já as crianças de classes média e alta, têm outro código para se comunicar, denominado por Bernstein de "código elaborado", porque, segundo ele, tiveram um adulto para lhes explicar como se deve falar e oferecer possibilidades para pensar e agir de forma adequada, apurando, desta forma, sua percepção cognitiva e social.

Para Bernstein há diferenças sociais na estruturação da linguagem, diferenças essas que provêm das variadas formas de relação social presentes nas diversas classes sociais. O autor afirma que as maneiras de analisar e transmitir experiência, entre outros aspectos da cultura de um povo, estão relacionadas com sua visão de vida e organização de sua cultura. Portanto, a estruturação social origina códigos que definem os comportamentos verbais do falante.

O mesmo autor argumenta que o "modo de falar" exerce um certo controle sobre as experiências dos indivíduos de diferentes classes sociais, uma vez que as classes sociais exercem influência sobre o código lingüístico por eles utilizado. Ao ressaltar os vínculos entre classe social e linguagem, ele afirma que a forma de linguagem da classe pobre torna importante aquilo que é tido como irrelevante na forma de linguagem da classe média e segue com a idéia que são as diferentes características dos códigos lingüísticos que direcionam à organização do pensamento, dos sentimentos, das percepções.

Cabe ressaltar que Bernstein não emite juízos de valor no que diz respeito ao código de comunicação e às formas de pensamento das classes pobres, embora afirme que as classes mais favorecidas apresentam padrões de interação

social, atitudes, valores, formas de sociabilidade e linguagem ideais na medida que favorecem o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social. Desse modo, o que nos pode chamar a atenção é exatamente a ausência dessas características naquilo que classifica de código restrito, ou seja, naquilo que fica implícito ao atribuir esse tipo de classificação ao código de comunicação usado nos segmentos mais pobres da sociedade.

Labov (1969), crítico ferrenho do conceito de "privação verbal" implícito na idéia bernsteiniana de código restrito, realizou pesquisas sobre a relação entre a linguagem e a classe social, e sobre a linguagem falada -no caso, o inglês- nas diferentes classes sociais e não aceitou a suposição de que as crianças negras que moravam nos guetos recebiam pouca estimulação verbal, não tendo, portanto, condição sequer de dizer uma frase bem-formada.

Segundo Labov, a privação verbal é um mito que não tem bases na realidade social. Seus estudos mostram que estas crianças tanto recebem estimulação, como têm o mesmo vocabulário básico e a mesma capacidade para usar a lógica que todo mundo usa para aprender a língua. Trata as "deficiências lingüísticas" das classes pobres, não como tais, mas busca uma melhor compreensão na relação entre dialeto padrão e não-padrão. Afirma que grupos desprivilegiados possuem uma cultura diferente e um dialeto que tanto a escola como outras instituições muitas vezes deixam de levar em consideração. O importante para Labov é considerar o contexto cultural da produção da linguagem da população pobre, ignorado por muitos profissionais de saúde mental, que acreditam na tese da deficiência lingüística. Reforçando o seu ponto de vista, diz que os narradores das classes populares são mais eficientes e razoáveis do que

os da classe média, pois não se preocupam em qualificar e contemporizar, nem tampouco se perdem em argumentos e detalhes insignificantes.

Sawaya (1992) pôde descobrir em suas pesquisas num bairro da periferia de São Paulo, sobre Pobreza e Linguagem Oral em Crianças, que:

Sua verbalização é a própria expressão simbólica da vida da comunidade. As crianças são os porta-vozes e sua fala é síntese e expressão das condições objetivas e subjetivas dessa vida. Assim é que grande parte da vida do bairro nos foi revelada pelas crianças... (...) se utilizam da interação verbal como recurso, através da qual a cultura, a vida social são integralizadas por elas, tornando-se parte de sua natureza. É através dela que elaboram sua compreensão do mundo e integram com ele, produzindo novas relações, fazendo planos de ação, e expressando os problemas que vivenciam cotidianamente.²

Acreditamos que ambos os autores trazem contribuições ao nosso estudo, já que Bernstein defende a tese de que o meio social produz diferentes formas de comunicação e Labov reforça a idéia de que, em se tratando de população de

² Existem outros autores que, também preocupados com a relação entre linguagem e sociedade, trazem ricas contribuições à questão, são eles: Susan Houston (1969), Cagliari (1985), Bosi (1987), Leser de Mello (1985), Moffat (1984), Bordieri e Passeur (1975).

baixa renda, deve-se considerar o contexto cultural no qual foi produzida a linguagem.³

2.3. A CRIANÇA E A FAMÍLIA

Achamos pertinente, primeiramente, definir o termo família, buscando para isso alguns estudos de diversos teóricos, para, em seguida, chegarmos à família e mais especificamente à família do setor popular. Conhecendo a dinâmica familiar, entenderemos melhor como se estabelece o vínculo dos pais com o atendimento de seu filho.

No presente estudo, usaremos como definição a família conjugal, seja ela constituída por marido, esposa e filhos, e eventualmente por outros parentes, ou seja ela limitada à mãe e aos filhos.

Várias são as definições de família, e, normalmente, são usadas de acordo com o contexto. Dentre essas definições, destacamos:

Pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos; pessoas do mesmo sangue; ascendência, linhagem, estirpe; grupo de indivíduos que professam o mesmo credo, têm os mesmos interesses, a mesma profissão, são do mesmo lugar de origem, etc... por exemplo: a família católica, a família paulista; comunidade

³ Não é nossa intenção, ao longo desse trabalho, dispor de interpretações enfiadas e preconceituosas mas seguir com a idéia de que as maneiras de falar possuem raízes na vida social onde diferentes tipos de linguagem demandam diferentes escutas, inclusive no tocante à patologia do paciente. A idéia é atentar para a necessidade de buscar a singularidade de cada indivíduo, seja ele rico ou pobre.

constituída por um homem e uma mulher, unidos por laço matrimonial e pelos filhos nascidos dessa união; unidade espiritual constituída pelas gerações descendentes de um mesmo tronco, e fundada, pois, na consangüinidade; grupo formado por indivíduos que são ou se consideram consangüíneos uns dos outros, ou por descendentes de um tronco ancestral comum e estranhos admitidos por adoção" (Aurélio, 1986).

De acordo com o Dicionário de Ciências Sociais (1986), família é uma instituição social básica, que aparece sob as formas mais diversas em todas as sociedades humanas. Descartadas as diferenças sociais e culturais, dá-se o nome de família a um grupo caracterizado pela residência em comum e pelo convívio de pais e filhos isolados dos demais parentes. Não se deve confundir família e grupo doméstico. Este é constituído por indivíduos que partilham de um *habitat* comum e da mesma reserva de alimentos. Entre seus membros não há necessariamente laços de parentesco.

Através dos tempos, a família tem desempenhado diversas funções, ora perdendo algumas, ora acrescentando outras. Entre elas, estão a função econômica e a de conferir *status* e classificação social a seus membros. Porém as mais importantes e permanentes parecem ser a reprodução da espécie e a educação e socialização dos filhos, que é a transmissão essencial do patrimônio cultural. E ainda, no sentido mais amplo, a função de transmitir a seus membros todos os condicionamentos para expressão ou inibição de emoções.

A tendência na família humana sempre foi romper os limites biológicos criados, por exemplo, pelo relacionamento sexual e pela reprodução. Isto é feito através de relacionamentos sociais como a adoção ou parentesco fictício. É comum, por exemplo, em diversas sociedades estabelecer-se o parentesco através da linha materna. Pode ocorrer que o tio materno, não o pai biológico, seja o verdadeiro chefe da família e represente para a criança a autoridade paterna.

O casamento, que funda a família, gera efeitos sociais que nada têm a ver com a função biológica, que é mais que um relacionamento sexual, o elo biológico é um componente básico, mas não suficiente.

A relação mãe e filho parece constituir o núcleo fundamental da família. A figura materna tem sua importância na alimentação e na criação do filho, como também na polarização de suas emoções.

Costuma-se contrapor aos tipos tradicionais, compostos de marido, mulher e filhos. É chamada família nuclear. Essa família, apesar de despida de algumas funções assumidas pela família tradicional e extensa, é ainda responsável pela socialização dos filhos e pela estabilidade das personalidades adultas.

Um dos fatos mais importantes da história moderna é o declínio da família extensa e a expansão da família nuclear, que surge com outros traços, tais como: a livre escolha dos companheiros no casamento, o maior número de divórcios, a maior mobilidade residencial, o enfraquecimento dos laços de parentesco, a emancipação da mulher, dada pelo seu ingresso no mercado de trabalho e a perda do sentido de responsabilidade dos filhos em relação aos pais e avós.

Isso não significa que está eliminada a importância dos laços de parentesco, que muitas vezes continuam, sobretudo na classe operária e na classe média.

Uma grande contribuição à sociologia da família é a obra de Freud, que estudou sob o prisma dos mecanismos de expressão e inibição da libido e, por conseguinte, da formação do ego social e da neurose. A partir daí os trabalhos dos psicanalistas trouxeram importantes contribuições sobre um aspecto essencial da vida familiar, que é a socialização dos filhos e a definição do seu mundo emocional.

Lévi-Strauss afirma que o núcleo das instituições de parentesco não é a família nuclear ou biológica, mas uma constelação de papéis que pode incluir os filhos naturais. Para ele, a essência do parentesco está nas relações e não nas unidades familiares ou nos indivíduos que os compõem. A relação social sobrepõe-se à relação biológica. O papel da mãe pode corresponder ao de mulher do marido e não à relação biológica. Ele entende que a universalidade da família deve-se a fatores culturais e não a necessidades biológicas ou afetivas.

Existe uma diversidade no que se refere ao conceito de criança. Estudos mostram que este conceito foi transformado ao longo da história e mudou nos diferentes segmentos sociais. Esta diferença estaria relacionadas às estruturas socioeconômicas distintas.

Ariés (1978) mostra-nos uma mudança com respeito à concepção de infância e família na França, a partir do século XV. Inicialmente, nas camadas altas da sociedade e, posteriormente, nos extratos mais baixos.

Para Ariés, na família antiga, a função afetiva entre os membros não era fundamental para o seu equilíbrio. As crianças ficavam junto dos pais até os 7 anos, sendo enviadas a outras famílias como aprendizes de alguma profissão. Assim, a socialização e os valores não eram assegurados pela família.

Por volta do século XVII com a expansão da economia, através do mercantilismo, ocorrem mudanças sensíveis na concepção de vida familiar e, conseqüentemente, um outro sentimento em relação à infância.

Ariés (1981) afirma que só a partir desta época começa a existir o "sentimento de infância", ou seja, a distinção entre criança e adulto.

As crianças, por suas características de fragilidade e inocência, tornam-se foco de controle e disciplina. Daí a necessidade de conhecê-las melhor para adaptar-lhes, a seu nível, os métodos de educação.

Nesta mesma época, educadores fomentam o desenvolvimento das instituições escolares, admitindo que era preciso submeter a criança a um regime especial antes de uní-la aos adultos. Durante a escolarização a disciplina era rigorosa e efetiva. *Era o pai que determinava o grau de instrução, a profissão, as escolhas afetivas e sexuais de seus dependentes* (Resch, 1987).

Segundo Resch o filho tinha a posição de instrumento dentro da família, ou seja, ao pai, proprietário, interessava ver o filho adulto com capacidade para herdar e administrar seus bens, levando adiante seu trabalho e enriquecendo a família.

A partir do século XVIII, a medicina higienista influencia os costumes familiares. O fluxo afetivo torna-se mais livre entre os membros de parentesco restrito (pai, mãe e filho). A família fica dominada pelo sentimento de privacidade, distinguindo-se da família antiga. Pais e filhos começam a valorizar o convívio interno e exclusivo entre eles. Os pais passam a ter maior interesse pelo desenvolvimento físico e emocional dos filhos.

Este cuidado com a saúde física dos filhos trouxe uma maior atenção para o psiquismo, fazendo crescer o valor do indivíduo e de sua história físico-emocional. Os pais modificaram suas relações com os filhos e a família assume o lugar de poder e cuidados com a infância.

No sistema social brasileiro, a família é, entre as instituições, a que mais contribui para a formação da personalidade básica do ser humano. Ela representa o centro maior dos relacionamentos e foco das interações individuais.

Além de servir de centro para os relacionamentos sexuais que promovem a reprodução do grupo étnico e de assumir o cuidado dos filhos na fase de dependência, o papel da família também é marcante na introdução das novas gerações na sociedade, e sobretudo, na definição de seus *status* na trajetória social. A família desempenha, ainda, uma função de solidariedade e proteção a seus membros.

A família tornou-se uma instituição de segurança, garantindo a ordem pública e a manutenção da lei. Tais funções aparecem principalmente na família patriarcal, dominante em nossa formação, a qual era organizada em torno do marido e pai, a quem se subordinavam as mulheres e os filhos.

Freyre (1987) se refere à família patriarcal como forma dominante de arranjo familiar no Brasil, instalando-se no país, a partir de 1532. Segundo ele, o sistema patriarcal vem atravessando a história do Brasil, atingindo segmentos da população. Freyre define a família patriarcal como sendo constituída por um grupo extenso, formado pelo patriarca, sua mulher concubina, filhos e grande número de agregados, na qual a solidariedade e regime de poder são mantidos por laços de sangue e compadrio.

A mudança social acarretada pela decadência do latifúndio, pelo processo de urbanização e pela multiplicidade de novos tipos -o colono, o industrial e o imigrante- foi desintegrando a família patriarcal. Esta mudança reflete-se nos relacionamentos dentro do grupo familiar, entre pais e filhos, e entre marido e mulher. As relações entre pais e filhos perderam a rigidez que caracterizava a família patriarcal e surge o fenômeno de rebeldia dos jovens. Primeiro, copiando as frases dos velhos, depois na precocidade de hábitos, sobretudo sexuais. As relações entre homem e mulher sofrem profundas modificações.

Freyre (1951) registra a passagem da família patriarcal à conjugal, que segundo ele, ocorreu devido às mudanças econômicas e sociais do século XIX. Dentre estas, aponta mudanças como o declínio da sociedade agrária, a urbanização crescente, o início da industrialização e a influência dos costumes europeus trazidos pelos imigrantes, enfraquecendo o poder paterno, sem reduzir por completo os privilégios masculinos.

Resch (1987) cita em seu trabalho alguns estudos realizados com famílias brasileiras, mostrando algumas de suas características. Entre eles, está o trabalho de Neves (1982), realizado no Morro do Cavalão, com o qual ele constatou que a

independência dos filhos se dá em torno de 5 a 7 anos, quando já aprenderam a comer e se locomover sozinhos, e juntam-se ao grupo de crianças para brincadeira de quintal. Posteriormente, substituem as mães nas tarefas de casa e ajudam os pais com pequenos biscates. A independência da criança pode ser antecipada devido às dificuldades financeiras.

Neto (1984), em seu estudo com mulheres faveladas, afirma que a socialização da criança se dá no sentido de fazê-la trabalhar, para ajudar o mais cedo possível a aumentar a renda familiar.

Em uma pesquisa realizada na favela de Acari - RJ, Ropa et alii (1983) observaram que pai e mãe têm papéis bem delineados: ao pai é dada a função de chefiar a família e todas as suas relações com o mundo externo; a mãe fica responsável pelas tarefas do interior da casa. E mesmo quando trabalha fora, cabe a ela os cuidados com as crianças, como educação, saúde e higiene. Por isso, a maioria dos relatos acerca da história dos filhos é feito pela mãe.

Dentro deste modelo, meninos e meninas recebem uma educação diferente, pelo fato de seus lugares na família serem diferentes.

É baseada nesta demarcação de papéis, que se estabelece a dinâmica familiar de maneira significativa na educação dos filhos. A educação para o trabalho e para o desenvolvimento de atividades produtivas é que têm destaque (Albuquerque, 1992).

Daí, entendem-se as razões que levam os pais da classe trabalhadora a procurarem o tratamento psicológico para seus filhos, aconselhados pela escola. A criança em idade escolar tem uma função a desempenhar e quando falha nesta função, os pais buscam soluções para um melhor desempenho do filho, em suas tarefas produtivas. Se voltarmos à questão da identidade existente nas classes populares, ligada a ser trabalhador, podemos, no caso da criança, entender que ao acreditarem que a boa saúde é condição essencial para trabalhar, os pais estariam garantindo esta condição ao filho, pois vêem como trabalho suas tarefas escolares. Deste modo podemos entender que a expectativa dos pais, ao levarem os filhos ao psicoterapeuta, pode estar voltada para a melhoria de seu desempenho nas tarefas escolares.

2.3.1. O Envolvimento dos Pais no Tratamento

A atitude dos pais, ao levarem seus filhos ao terapeuta, não só é carregada de queixas escolares e familiares como resulta de uma ação unilateral, que nega qualquer possibilidade de escolha à criança. De fato, a ida de uma criança ao psicólogo, geralmente, depende inteiramente dos pais ou responsáveis. Não há como fugir disso, uma vez que a criança não tem independência nem discernimento suficientes para tomar tal atitude. Cabe realmente aos seus responsáveis agir no sentido de ressocializá-la ou tentar recuperar sua saúde física e mental.

No adulto, pressupõe-se uma certa maturidade e independência, enquanto da criança não podemos esperar comportamentos com tais características. A decisão de submeter-se a um tratamento não parte dela, mas de quem se responsabiliza por ela, decorrendo daí o nosso interesse pela expectativa dos pais, que ocupam posição relevante no universo da criança. Por isso, consideramos de grande valor o envolvimento dos pais no tratamento psicoterápico dos filhos, sendo essencial para um diagnóstico correto, e conseqüentemente, para atingir os objetivos de cura.

O comportamento de uma criança em atendimento terapêutico é menos previsível do que o de um adulto. As crianças, às vezes, recusam-se a entrar na sala de atendimento, não ficam sentadas por muito tempo e consideram o terapeuta como um perturbador, um intruso, que a deixa desconfiada. É aí que entra a participação dos responsáveis, que podem ajudá-la a aumentar sua confiança e descontração.

Em nosso trabalho junto ao setor popular⁴, observamos que os pais, ao trazerem seus filhos para o atendimento, não estão preparados para envolverem-se no processo terapêutico. Supõem que a terapia só viria a incidir sobre a criança e que eles estariam fora do contexto terapêutico, negando-se muitas vezes a colaborar com as informações sobre a dinâmica familiar.

Muitos pais adotam atitudes positivas e de cooperação, mas não são todos. Alguns chegam, inclusive, com sentimentos de culpa em relação ao comportamento da criança e, por isso, sentem-se fracassados, demonstrando seus sentimentos através de hostilidades dirigidas à criança, numa tentativa de livrar-se da culpa, transferindo-a para o filho. Esses comportamentos não servem de obstáculo ao atendimento, mas exigem uma conduta eficaz do terapeuta, tanto com a criança quanto com a família, objetivando conseguir dados que justifiquem a ida ao Psicólogo.

Toda a confiança de uma criança está depositada nos pais e/ou responsáveis, em virtude do laço social e do envolvimento emocional que existe nessa relação. Por esta razão, é necessário, se for o caso, a insistência do terapeuta para que os responsáveis pelo pequeno cliente se envolvam, de forma verdadeira e atuante no processo de cura da criança. No entanto, também sabemos que este sujeito, envolvido na relação terapeuta-paciente, pode deixar a criança ainda mais retraída, principalmente quando ela ouve os comentários sobre o seu comportamento, em casa e na escola.

Neste caso, é preciso a intervenção equilibrada do profissional, no sentido de criar um clima de confiança recíproca com a criança, de tal sorte que ela possa

⁴ Não desconsideramos que mesmo nos consultórios particulares a chamada "resistência" dos pais é altíssima.

se ajudar à medida que progride a terapia, sem dispensar, no processo, a participação dos pais, já que eles, supostamente, ficam mais tempo com o filho e sua ajuda pode ser constante e definitiva.

3. AS EXPECTATIVAS DOS PAIS

Percebemos a existência de um conjunto de elementos que nos leva a acreditar que a expectativa dos pais, com relação ao atendimento terapêutico dos filhos, pode estar relacionada aos resultados que eles esperam que as crianças obtenham na escola. Essa expectativa justifica-se em virtude de as razões do encaminhamento ao Psicólogo estarem ligadas ao fracasso escolar, na maioria dos casos. Na verdade, a esperança dos pais é conseguir a harmonia e o sucesso de seu filho na escola, o que é visto como meio de ascensão a um *status* socioeconômico mais alto.

No enfoque do atendimento infantil, no qual estão colocadas as principais queixas do fracasso escolar ou problemas de comportamento, (Kupfer apud Silveira, 1990), achamos que as expectativas dos pais poderiam estar voltadas à resolução desta ordem de problemas (Silveira, 1990). Ressaltamos, então, que a análise das expectativas dos pais permitirá concluir se eles encontram no terapeuta as condições favoráveis para a realização daquilo que esperam.

Conforme muito bem observa Silveira (1990),

No atendimento psicológico infantil, a relação terapeuta-paciente constitui uma experiência emocional, que pode tornar-se frustrante, se o paciente passa a não comparecer ao encontro terapêutico.

Este fato abre um campo muito amplo para a pesquisa, quando começamos a nos questionar: Por que nossos pacientes nos abandonam? O que esperam de nós terapeutas?

Em geral, observa-se que nas clínicas-escola, onde o atendimento é voltado para a população de baixa renda, muitos pacientes iniciam o tratamento psicológico, mas poucos o concluem. Por conseguinte, quais seriam as variáveis que influenciam o abandono? Acreditamos na existência de diversas, mas vamos nos deter no estudo das expectativas dos pais, porque supomos que, quando frustrados naquilo que esperam da terapia, os pais desistem de dar continuidade ao tratamento de seus filhos.

3.1. DEFINIÇÃO DE "EXPECTATIVA"

O termo "expectativa" vem do latim: *expectatu*, que quer dizer "esperado". Segundo Aurélio Buarque de Holanda (1986), *expectativa é a esperança fundada em supostos direitos, probabilidades ou promessas*. E "esperança", ainda segundo o mesmo autor, *é o ato de esperar o que se deseja*.

Quando nos deparamos com a definição *esperança baseada em supostos direitos*, interrogamos-nos sobre as questões éticas e institucionais que envolvem o direito do paciente a ter um atendimento digno e qualificado, além de ter a possibilidade de satisfazer o desejo implícito em sua expectativa.

Na entrevista diagnóstica, observa-se que a procura de um atendimento psicológico é busca de ajuda, cabendo ao terapeuta procurar o motivo manifesto e reconhecer o motivo latente. É o sintoma que conduz o sujeito à consulta; quando

algo o preocupa e ele não consegue resolver seu problema sozinho. Segundo Silveira (op. cit.), tal sintoma é o motivo manifesto. Já o motivo latente é desconhecido, mas é possível expressar-se através do sintoma. A função do terapeuta é revelar o significado do motivo latente, através do discurso: *é interpretando a palavra, que o terapeuta se coloca frente ao inconsciente e a verdade interior do sujeito* (Silveira, 1990).

Sendo o motivo latente "o desconhecido", que só pode ser atingido e interpretado através do discurso do paciente, o terapeuta precisa estar atento ao fato de que é o sintoma que conduz o paciente à consulta e aquilo que é expresso é "apenas" sintoma:

O paciente de certa forma incorpora a sua história ao seu discurso e é a expressão feita pela sua palavra que manifesta seu desejo. Ao terapeuta compete ajudar o paciente a articular sua demanda, a entender sua fala no contexto de sua história pessoal e extrair, finalmente, uma mensagem plena de significados (Silveira, 1990).

Os pais não levam em conta as características individuais do filho, mas esperam que seu comportamento se transforme rapidamente, de modo que se torne bem aceito no quadro familiar e atenda aos padrões estabelecidos pelo seu meio social, principalmente a escola. Essa expectativa quanto à função da escola cria conflitos com as regras internas da terapia, porque ela não pode atender de imediato as exigências dos pais, que esperam que seus filhos melhorem e se tornem bons alunos, imediatamente.

Tal atitude não quer dizer má vontade dos pais em relação à terapia, mas uma forma de querer atender a escola, que, para eles, é um símbolo de autoridade cujas normas eles pretendem atender. Segundo Albuquerque (1992) as expectativas dos pais quanto aos objetivos do tratamento de seu filho são satisfeitas apenas quando percebem que o sintoma responsável pela ida do paciente ao psicólogo foi eliminado. Os sintomas estão freqüentemente ligados, no caso da criança, ao fracasso escolar, como já vimos neste trabalho. Conseqüentemente, *uma vez que tenha aprendido a ler e escrever, a continuidade do tratamento perde a razão de ser* (Albuquerque, opus cit.). Na mesma ordem de idéias, argumenta Lopez (1986): *As expectativas dos pais ao chegarem à clínica, segundo nossa experiência, são de recuperação escolar imediata, não se notando conhecimento dos processos que possam ser utilizados* (p.38).

Berger e Luckmann argumentam que a socialização primária da criança é um processo coercitivo, em que não há escolha: os adultos estabelecem as regras do jogo. Como a criança não tem oportunidade de "jogar outro jogo", identifica-se automaticamente com ele, interiorizando o único mundo existente e concebível (1974, p. 180). No caso da população de baixa renda, a efetiva socialização da criança - o que realmente se espera dela - é que não seja um fracasso na escola. A eficiência escolar empresta identidade ao filho de pais pobres, que dimensionam a escola como uma instância de autoridade. Se a criança não internaliza tal autoridade, deve "ser tratada", porque algo deve estar errado.

3.2. PESQUISAS E CASOS DE EXPECTATIVAS

Vários autores têm outra visão sobre o tema das expectativas. Entre eles, figuram Machado (1979), Britto (1980), Yazelle (1980), Kupler (1982), Otta, Silva Leme, Lima e Sampaio (1983). Todos concordam que a expectativa de uma pessoa a respeito do comportamento de outro, pode contribuir para que essa última se comporte de acordo com o que se espera dela.

Patto (1981) menciona uma pesquisa de Rosenthal e Jackbson intitulada *Profecias auto-realizadoras na sala de aula: as expectativas dos professores como determinantes não-intencionais da competência intelectual*, que testa a hipótese de que, em dada classe, os alunos de quem os professores esperavam maior desenvolvimento intelectual obtiveram tal desempenho. O método utilizado pela pesquisa consistia em dar uma informação falsa a respeito do desempenho acadêmico de uma amostra de crianças selecionadas ao acaso para alguns dos seus professores e depois verificar o rendimento real destas crianças. O resultado foi uma melhora no rendimento intelectual desses alunos em relação aos outros, mostrando que a "indução de expectativas" no professor levou a uma mudança.

Machado (1979), utilizando esta mesma linha de pesquisa, realizou um trabalho de interação verbal entre o professor e o aluno, observando que o rendimento escolar do aluno está relacionado com as expectativas do professor.

Britto (1980) também pôde constatar a influência da expectativa do professor sobre o desenvolvimento intelectual e realização escolar de alunos de nível socioeconômico baixo. Concluiu que as expectativas formadas pelos

professores em relação aos alunos, a partir de seus próprios valores, afetam o rendimento escolar.

Como as queixas dos pais em sua maioria estão relacionadas com dificuldades de aprendizagem e de comportamento, a expectativa em relação ao processo psicoterápico é de que o resultado provoque imediata mudança no comportamento do filho em direção à melhoria nas tarefas cognitivas e de adaptação. Pesquisa recente, realizada por Milman e Araújo (1993), ilustram bem esta situação:

Eu espero que ele ensine a ele alguma coisa que ele possa gravar na mente; porque ele não grava nada, o negócio dele é brincar. Dando giz para ele riscar, ele destrói; dando um papel para ele escrever, ele rasga, ele não se liga em nada. Pelo menos que ele se apegue em alguma coisa.

Fica evidente, nesta fala, a esperança de que o psicoterapeuta opere uma adaptação da criança à escola, ensinando o que a criança não consegue aprender e motivando-a a lidar de modo construtivo com o material da escola: o giz, o papel.

Não sei, até agora achei que teve uma melhoria mas, na minha opinião, isso aqui é uma espécie de lavagem cerebral que vai começando, lavagem cerebral no bom sentido... para mim é uma pessoa que aconselha. Eu espero que ela melhore um

pouco o tipo de comportamento dele. Também, se a gente não tiver esperança...

Novamente, é clara a expectativa de que a psicoterapia "melhore" o comportamento da criança, mas de modo mecânico, "lavando aos poucos" o comportamento indesejado.

Esperava que alguém fizesse algo que eu não estava sendo capaz, eu estava muito preocupada com minha filha. Eu esperava que ela chegasse ao grau de melhora e eu poder ver isso. Eu não esperava muita coisa da psicologia porque eu não conhecia muita coisa da psicologia.

Ao falar das mudanças e melhoras os pais buscam resoluções imediatas como se o profissional tivesse o dom de mudar o estado mórbido, ou seja, introduzir algo no corpo para atingir uma mudança de comportamento, isto é, uma forma qualquer de medicalização. Não queremos postular a busca de soluções "mágicas" ou clínico-medicamentosas como exclusividade desta classe social. Estas aparecem revestidas por um outro discurso na classe média - ademais a literatura esotérica e de auto-ajuda está aí mesmo para nos mostrar como o fenômeno é mais amplo.

Para a população pobre, "ser calmo" parece ser um sinal de saúde. Além do mais, os pais esperam algo que atinja o foco do problema e resolva de maneira imediata, como se fosse um braço quebrado, que, ao ser levado ao ortopedista e imobilizado, imediatamente começa a ficar saudável.

3.3. AS EXPECTATIVAS DOS PAIS CONFORME OS TERAPEUTAS

A partir de depoimentos de profissionais de Psicologia, e tendo o especial cuidado de preservar-lhes o anonimato, analisaremos a questão do atendimento de crianças do setor popular, de acordo com as expectativas dos pais descritas e interpretadas pelos terapeutas.

Inicialmente, os entrevistados deram muita importância à qualidade da formação dos terapeutas que trabalham com a população carente. Essa formação profissional deveria ser ampla, não apenas voltada para o estudo da vida intrapsíquica do indivíduo, mas também para os fatos sociais que a envolvem: *É muito importante que o profissional tenha uma boa formação antropológica, sociológica...*(Anexo 2, MLAA).

Nesse sentido, os terapeutas devem estar particularmente treinados para compreender os fenômenos de desajustamento psicológico dos filhos de pais carentes, dentro do contexto de conflito entre as realidades econômica e social e as expectativas (frustradas, em geral) desses segmentos. As frustrações dos pais das famílias carentes, motivadas por opressão social e econômica são comumente refletidas sobre seus filhos, que não recebem o mesmo "manto protetor", tão comum nas famílias de classe média e alta. Não há também como negar que a pobreza pode ser, em muitas famílias, fonte primária de desorganização psíquica e essa verdade, quase um truísmo, deve ser levada em conta pelos terapeutas, em seu atendimento. Além disso, fatores como a mobilidade social acelerada, a transformação da organização da família e as suas expectativas, ligadas à forma peculiar de representação do mundo, estão presentes, de maneira latente, nas falas dos pais de classes de baixa renda.

O foco do atendimento infantil, nas classes carentes, deve ser o quadro familiar e os terapeutas sentem grande necessidade de compreender essa dinâmica, tentando descobrir se é nela que se origina o problema da criança, conduzindo, mediante essa compreensão, de maneira mais satisfatória o processo terapêutico. Os profissionais reconhecem que os pais têm papel significativo no processo terapêutico do filho e devem estar conscientes do valor do tratamento. Para conseguir obter essa conscientização, os terapeutas precisam conhecer muito bem o contexto sociocultural da clientela, que é por vezes diverso do que concerne aos terapeutas, para que possam entender melhor o comportamento familiar desta população.

É necessário fazer uma análise da estrutura familiar. As vezes o pai é alcoólatra, a mãe prostituta e a criança não tem estrutura. Todo esse perfil implicará num baixo rendimento escolar. (Anexo 2, HAR)

Os entrevistados mostraram que, ao atenderem a uma população de cultura diferente da sua, os terapeutas devem ficar abertos para criarem, se for necessário, alternativas para melhorar este atendimento, como, por exemplo, alterações no vocabulário, para que a linguagem fique mais acessível ao cliente e os psicólogos se façam entender pelas pessoas envolvidas.

Além de centrarem o foco da questão do atendimento psicológico-infantil das classes carentes na diferença de contexto sócio-cultural entre pais e terapeutas, os profissionais afirmaram que o trabalho nas instituições torna-se limitado por regras que devem ser cumpridas, em detrimento do processo

terapêutico. Os problemas do atendimento são transferidos para as instituições, como espaço de tratamento, gerando conseqüências negativas para o trabalho de terapia:

*...é necessária uma leitura institucional dinâmica.
Há diferença em atender no consultório, onde o
terapeuta monta o seu plano de serviço, e atender
numa instituição filantrópica, onde não poderá
fugir dos moldes pré-estabelecidos. É preciso
evitar a frustração de não ter montado uma equipe
com qualidade ou não estar atendendo
individualmente, uma vez que em instituições as
terapias geralmente são realizadas em grupos.
(Anexo 2, HAR)*

3.4. A QUESTÃO DO "ABANDONO DA TERAPIA"

A possibilidade de atender à população estudada também confronta-se com o problema da evasão. Podemos citar algumas causas para o favorecimento da evasão, tais como: diferenças de expectativas do terapeuta e paciente, diferentes concepções de saúde e doença, entre outras.

Precisamos concordar que muitas vezes o abandono pode não significar que o tratamento não tenha sido favorável mas sim que o paciente passou a pensar que o bastante é estar feliz em viver e por isso interrompe o tratamento. Segundo Troiam: *O encaminhamento e a forma de chegada do paciente à clínica influenciam na continuidade, ou não, deste... (p.90).*

E ainda,

Diferente é o paciente que frequenta algumas vezes e depois deixa de ir, sem dizer nada ao terapeuta. Isto pode constituir-se em uma interrupção. Esta caracteriza-se por uma melhora no estado geral do paciente, ele sente-se bem, está melhor e então interrompe seu tratamento (p.91).

A questão do "abandono da terapia" é um corolário imediato da frustração de expectativas. Ocorre que pais despreparados para compreender o significado do tratamento, bem como seus desdobramentos, servem-se de pretextos, os mais diversos, para não reconduzirem seus filhos à terapia. Alegam desde a falta de tempo, de dinheiro para locomoção e outras desculpas episódicas para patrocinarem a descontinuidade do tratamento.

Na verdade, a motivação latente dessas resistências reside muito mais na consciência da responsabilidade dos pais do que em justificativas fúteis, que não sobrevivem a qualquer reflexão crítica. A resposta está muito mais na modificação da dinâmica familiar que, desse ou daquele modo, resiste ao pequeno cliente que começa a se modificar e a interferir no *modus vivendi* anteriormente aceito.

A interrupção do tratamento, por esses motivos, é lamentada por diversos terapeutas.

*É muito triste quando o tratamento é interrompido.
Na maioria das vezes isto acontece porque os pais*

desistem. Do ponto de vista profissional, quando a criança começa a demonstrar melhoras, os pais interrompem o tratamento. Alegam que a criança está mais agressiva, mais briguenta, quando na realidade começa a reagir e a conquistar seu espaço. Isso amedronta os pais, pois sentem-se ameaçados e sem controle da situação.

..o abandono do tratamento existe, provocado pelos pais. O processo muda o paciente (criança), que deixa de ser uma pessoa passiva, se queixa mais da situação. Isso acaba incomodando os pais, pois sabem que o problema não é a escola, mas a família. Eles deixam de levá-la à terapia, embora a criança queira continuar, pois sente-se importante por estar sendo ouvida.

O envolvimento dos pais é, pois, vital, para evitar que o abandono ocorra, já que a análise das informações trazidas pelos pais, assim como o real conhecimento de suas expectativas, detêm a possibilidade de abandono na maioria dos casos. O quadro familiar evidenciado pesa decisivamente para a permanência ou não da criança na terapia.

Não postulamos com isso que o problema está depositado na família, mas queremos sustentar a tese que o quadro familiar é revelador do funcionamento do grupo familiar na relação com a criança. O entendimento com a família serve, não para criar conflitos, mas sim para tentar aliviar angústias e culpas que a

enfermidade do filho provoca e com isso assumimos o papel de terapeutas da criança.

Os terapeutas não deixam de levar em conta, no entanto, que a falta de preparo por parte dos próprios profissionais faz com que haja dificuldades, por parte deles, em coadunar o conhecimento teórico com a prática. Quando se trata de instituições de ensino, muitas vezes o atendimento é feito por estagiários e estes principalmente nem sempre têm a sensibilidade necessária no trato com os pais da clientela infantil, além do despreparo emocional causado pela falta de experiência:

Há uma desistência muito grande na primeira entrevista. A grande parte da população procura o concreto. O estagiário tem que estar atento a essas expectativas. Quando conseguem passar um diagnóstico aos pais, explicando-lhes o trabalho a ser realizado, logo na primeira entrevista, já conseguem criar um vínculo, há maior credibilidade. (AC)

À medida que o tratamento não atende às expectativas dos pais, que, como vimos, se orientam pelas instâncias de autoridade oferecidas pela ordem social, há uma resistência muito grande em deixar os filhos permanecerem na terapia.

A questão do abandono da terapia abre a discussão sobre qual seria o papel do terapeuta e das clínicas de atendimento, se ambos que concorrem para que ocorra a interrupção da terapia e o que fazer para diminuir ou mesmo evitar essa situação.

Não existe somente uma causa para o abandono do tratamento, mas identifica-se, dentre elas, o despreparo dos principiantes para com os pacientes e uma conduta institucional inadequada no que diz respeito aos pacientes de baixa renda. Os problemas e angústias, que estão no íntimo do paciente sem grandes recursos materiais, têm tanta importância quanto a veiculação do discurso angustiado de pacientes ricos, fato que se apresenta ainda mais palpável no caso das crianças, muito mais sujeitas a identificação com os pais.

Sendo vistas as queixas dos pais como sintomas, os terapeutas procuram traçar uma trajetória para chegarem a um diagnóstico, embora para que isso aconteça seja preciso calma e paciência dos terapeutas para ouvir o paciente e extrair dele os seus problemas e angústias. Muitas vezes, a interpretação do sintoma é oferecida por detalhes aparentemente banais como um determinado comportamento repetido ou um desenho da criança. Tais oportunidades terapêuticas devem ser exploradas ao máximo junto aos pais, até para que seja evitado o abandono por falta de alguma evidência de comportamento inusual ou fora dos padrões consentidos pelas classes de baixa renda.

3.5. AS "FALAS" DOS PAIS VERSUS AS "FALAS" DOS TERAPEUTAS

Embora a criança seja para o profissional o principal cliente, torna-se necessário fazer um acompanhamento concomitante dos pais para que eles tenham a possibilidade de participar da evolução terapêutica do filho, mas tendo sempre em mente que é a criança o foco essencial do tratamento.

As "falas" dos pais não podem interferir no atendimento infantil, mas servem como material a ser trabalhado, dado que a análise feita da estrutura

familiar, a partir das informações trazidas pelos pais, auxilia o terapeuta no atendimento das queixas apresentadas:

O cliente será sempre a criança. Os pais deverão ser orientados em separado, mas paralelamente ao tratamento da criança, para que também tenham seus recursos internos para lidar com a própria dor e a da criança. No "setting" do atendimento, a fala e todo o conteúdo trazido pela criança, é que deve ser a matéria-prima do atendimento. (LB)

Um dos meios de apurar a realidade terapêutica da criança é confrontar o seu discurso com as falas dos pais e naturalmente comparando-as às observações sistemáticas dos terapeutas. Porém, dar ênfase ao papel do adulto como aquele que fala por um terceiro, a criança, pode retirar da criança seu papel de agente da terapia. É difícil, neste ponto, esquecer da figura de um mediador, que procura insistentemente uma "terceira posição", livrando-se dos preconceitos porventura mantidos pelos dois lados. O objetivo é como sempre, distinguir os conteúdos latente e manifesto, sem que essa investigação cause constrangimento às partes ou uma reação de confrontação ou de sistemático abandono do "setting".

O profissional não pode permitir que a sua área de especialização seja invadida ou manipulada pelos pais, já que isso equivaleria a uma perda de confiança por parte do pequeno cliente, que se veria de novo à mercê da situação de conflito inicial com a família.

Também a natural confusão entre o tratamento psicológico e uma eventual medicalização dos problemas deve ser dissipada, em virtude de ser esta uma expectativa comum dos pais de baixa renda que, quando não satisfeita, impelem os responsáveis a querer o abandono do tratamento.

Não são raros os casos em que os pais acusam a escola pelos problemas que demonstra a criança. Essa asseveração alivia as suas consciências, que pretendem depositar as causas do comportamento infantil na forma de atuação da escola. Em seguida, fazem uma transferência da responsabilidade pela resolução dos problemas para os psicólogos, porque é muito difícil para eles admitir que seu filho tenha algum problema.

A escola tem um papel estimulante na denúncia do fracasso escolar, mas, infelizmente, não prepara os pais para as perspectivas do atendimento psicoterápico, em que vão enfrentar um mundo novo, jamais visto antes. O difícil cotidiano das classes trabalhadoras não lhes permite compreender com toda inteireza o que significa a psicoterapia infantil e a sua abrangência, assim como não lhes permite compreender, também, os problemas contidos na organização familiar. Desta forma, não é impossível que a falta de habilidade do psicólogo, entrando em flagrante rota de colisão como os desígnios desses pais, possa inviabilizar todo um tratamento, proposto como complemento pedagógico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação dos pais das classes populares que encaminham seus filhos para atendimento psicológico relaciona-se, principalmente, com o que lhes acontece no âmbito escolar e com a sua saúde física. Muitas vezes, a escola é vista, por tais segmentos da população, como "o trabalho da criança". Se ela não vai bem no "trabalho" (na escola), passa a ser objeto de enorme preocupação.

A concepção particular de saúde e doença das famílias de trabalhadores é fundamental para a compreensão do papel desempenhado pela família sobre a criança e a sua interpretação sobre o atendimento psicológico a que deva ser submetida. É difícil, para esses pais, falar sobre o sofrimento psíquico de seus filhos até porque a linguagem que empregam não está adaptada para isso.

A aspiração de um bom desempenho escolar, para esses pais carentes, significa a garantia de um bom futuro, porque a escola é comparada ao trabalho e seus filhos devem se sintonizar "naturalmente" com tal inevitabilidade.

Essa forma, culturalmente adquirida, de conceber o sofrimento psíquico, traz dificuldades quando as famílias carentes buscam atendimento psicológico, porque este deveria visar, no entender delas, ao alívio do sofrimento físico, como se o psicólogo devesse "devolver" a saúde através da administração de alguma panacéia ou mesmo de comprimidos, refletindo o modelo médico que está na raiz das expectativas dessas pessoas.

Essa maneira de interpretar o sofrimento físico também está condicionada à linguagem, que se explicita através de um mínimo de enunciações simbólicas e difere da linguagem corrente do terapeuta, do mesmo modo que existe um

descompasso básico entre o que a família espera do atendimento psicológico e a ajuda que o psicólogo realmente pode dar.

Constata-se, ainda, que apesar da presença da criança junto família, os pais não costumam buscar espontaneamente o atendimento, pois que a população de baixa renda parece voltar suas preocupações mais para a saúde física e o desempenho escolar de seus filhos.

Na maioria das vezes as crianças comparecem ao serviço de psicologia por indicação de médicos e professores, sendo raro os pais de baixa renda trazê-los por iniciativa própria. Os responsáveis conduzem os próprios filhos ao tratamento, com o objetivo de resolver um problema que supostamente incomodaria a ordem social, qual seja o de fracasso escolar de suas crianças, supondo ser a escola, nesse caso, uma instância respeitável de autoridade.

Alguns pais carentes, apesar de conscientes dos problemas apresentados por seus filhos, não estão bem-esclarecidos quanto à sua participação no tratamento.

Comumente trazem queixas aparentes, tomadas aqui como sintomas manifestos: tristeza, difícil convivência escolar, dificuldade de aprendizagem, indisciplina, nervosismo e outras, buscando então com o psicólogo uma explicação plausível para o desempenho da criança, com o objetivo de aliviarem as próprias culpas. Eles não sabem se os filhos detêm problemas de aprendizagem ou de ordem emocional ou intelectual. O psicólogo também é visto por eles como um profissional que conversa e dá conselhos, sendo que o seu atendimento deveria ser o menos dolorido possível.

Considerando, como Boarin (1992), que são os chamados "problemas na escola" que fazem parte de 70 a 90% das queixas, cabe ao psicólogo entender, sob o conteúdo manifesto dos relatos dos pais, o que diz respeito a eles próprios e as suas expectativas pessoais sobre o atendimento terapêutico. Ao buscarem no atendimento o desaparecimento dos sintomas, citados pela escola ou por terceiros, trazem a esperança que a escola passe a aceitar novamente seus filhos, tornando o profissional de psicologia intermediário da realização dessa expectativa.

Concluimos que, enquanto o psicólogo for depositário de tantas expectativas e não conseguir se aproximar, por deficiências de comunicação e de linguagem, das populações carentes - haverá sempre um abismo entre as intenções de continuidade do tratamento e o nível de abandono promovido pela frustração das expectativas dos pais.

Num país pobre como o Brasil, com mais de 32 milhões de excluídos, é preciso, pois, que os psicólogos procurem identificar as necessidades das populações carentes e admitam trabalhar para ficar ao alcance de suas expectativas, tencionando, com isso, não só elevar o nível de saúde psíquica desses segmentos, como também contribuir para minorar os índices alarmantes de evasão escolar.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE. A. B.** (1992). "Primeiro Filho Que Lugar é Este". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro. PUC.
- ALVES. S.R.P.** (1982). "Do Outro Lado do Mundo: um estudo sobre representação de doença mental em uma população favelada do Rio de Janeiro". Tese de Mestrado Rio de Janeiro. IPUB.
- BEZERRA. B.** (1982). "A Noção de indivíduo: reflexão sobre um implícito pouco pensado". Tese de Mestrado. Instituto de Medicina Social. UERJ. (1987). "Considerações Sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental", in Cidadania e Loucura. Petrópolis. Vozes.
- BOARINI. M. L.** (1993). "Unidades Básicas de Saúde: Uma Extensão da Escola Pública?". Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- BORGES. L. A. M. C.** (1987). "Atendimento psicoterápico aos setores populares: um estudo das representações de terapeutas e pacientes". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro. PUC.
- BRITTO. V. M. U.** (1980). "Expectativa do professor: implicações psicológicas e sociais". Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo.
- BUKER. E.** (1989). "Relatos e Retratos de Um Convívio: Estudo Exploratório de Psicodinamismos em Famílias de Baixa Renda com um Integrante Portador da Síndrome de Down". Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo.
-

-
- CIASCA. S. M.** (1990). "Diagnóstico dos Distúrbios de Aprendizagem em Crianças: Análise de uma Prática Interdisciplinar". Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo.
- DIAS. M. A.** (1994). "Mal-estar no ambulatório público: um estudo sobre a inserção do psicólogo num programa estadual de saúde mental do Rio de Janeiro". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro. PUC.
- DIOGO. D. R.** (1989). "Família e contexto social: questões para clínica psicoterápica". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro. PUC.
- DOLTO. F.** (1986). "Prefácio. in: Maud Mannoni. A primeira entrevista em psicanálise". Rio de Janeiro. Campus.
- DUARTE. L. F. D.** (1986). "Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas". Rio de Janeiro. Jorge Zahar/CNPQ.
- ECO. HUMBERTO** (1985). "Como se faz uma tese". São Paulo. Perspectiva.
- FRELLER. C. C.** (1993). "Crianças portadoras de Queixa Escolar: Um Enfoque *Winnicotiano*". Teses de Mestrado. Universidade de São Paulo.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS.** (1986). Dicionário de Ciências Sociais.
- KALLÁS. M. L.** (1989). "Do Outro Lado do Muro: da Instituição à Comunidade. um estudo de famílias de baixa renda". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro. PUC.
- KUPFER. M. C.** (1982). "Relação professor.aluno: uma leitura psicanalítica". Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo.
-

-
- LARRABURE. S. A.** (1986). "Grupo de espera em instituição". In: Macedo Rosa Maria (org.). Psicologia em instituição: novas formas de atendimento. São Paulo. Cortez.
- LIRA. A. K. M.** (1988). "Atendimento psicoterápico infantil às classes populares: escutando alguns protagonistas". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro. PUC.
- LOPEZ. M. A.** (1986). "Atendimento psicológico em clínica escola". In: Macedo Rosa Maria (org.). Psicologia e instituição: novas formas de atendimento. São Paulo. Cortez.
- ___ (1986). "Características da clientela de clínicas-escola de psicologia em São Paulo". In: Macedo Rosa Maria (org.). Psicologia e instituição: novas formas de atendimento. São Paulo. Cortez.
- MACHADO. V. L.** (1979). "Interação Verbal Professor.Aluno: influência de disciplinas. da expectativa do professor. da auto-percepção do aluno e suas relações com o rendimento acadêmico de escolares da 3ª série. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo
- MALINOWSKI. B. K.** (1953). "Sex and repression in savage society. London Routledge.
- MILMAN. E.; ARAÚJO.** (1993). "Demanda e Representações dos Pais no Atendimento Psicológico Infantil no Serviço de psicologia Aplicada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro". Rio de Janeiro. UERJ.
- MOSCOVICI. S.** (1978). A Representação social da psicanálise. Rio de Janeiro. Zahar Editores.
- MURDOCK. G. P.** (1948). "Social structure". New York. Macmillan.
-

-
- NETO. M.** (1984). "Dimensão de sobrevivência/dimensão de existência: um estudo de caso com mulheres faveladas". Tese de mestrado em ciências sociais. UFBA.
- NEVES. P.A.** (1982). "Nesse terreiro galo não canta". Trabalho apresentado no VI encontro anual da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em ciências sociais. Friburgo. outubro.
- NICOLACI-DA-COSTA. A. M.** (1981). "Privação Cultural. Privação Lingüística e Família". In: Velho. G. e Figueira. S. A Família. Psicologia e Sociedade. (org.). Rio de Janeiro. Campus.
- ___(1985). "Mal estar na Família: Descontinuidade e Conflito entre Sistemas Simbólicos". In: S. A. Cultura da Psicanálise. São Paulo. Brasiliense.
- ___(1987). "Sujeito e Cotidiano: um estudo da dimensão psicológica do social". Rio de Janeiro. Campus.
- OTTA. R; SILVA LEME. M. A. V; LIMA. M. P.; SAMPAIO. S. M. R.** (1983). Profecias auto-realizadoras em sala de aula: expectativas de estudantes de psicologia como determinantes não.intencionais de desempenho". Psicologia 9(2), 27-42.
- PATTO** (1981). "Introdução à psicologia escolar". T. A. Queiroz. São Paulo.
- QUINTANA. A.** (1988). "Dos trilhos para cá: um estudo sobre a representação de doença mental na periferia de uma cidade do interior". Tese de mestrado. Rio de Janeiro. PUC.
-

-
- RESCH. E.** (1987). "Sofrer na cabeça: um estudo sobre o sofrimento psíquico infantil num subúrbio do Rio de Janeiro". Tese de mestrado. Rio de Janeiro. PUC. 1987.
- RODRIGUES. A. M.** (1978). "Operário. operária: estudo exploratório sobre o operariado industrial da Grande São Paulo". São Paulo. Símbolo.
- ROPA. D.; DUARTE. L. F. D.** (1985). "Considerações Teóricas sobre a questão do "Atendimento Psicológico" as Classes Trabalhadoras". In: Figueira S. A. Cultura da psicanálise. São Paulo. Brasiliense.
- ROPA. D. et al.** (1983). "Família e criança num grupo de classes trabalhadoras: um estudo sobre a diferença e legitimidade cultural". Rio de Janeiro, não editado.
- SASSI. L. C. R. P.** (1993). "Psicoterapia de base analítica: uma prática não teorizada"? Tese de Mestrado. PUC.
- SAWAYA. S. M.** (1992). "Pobreza e linguagem oral: as crianças do Jardim Piratininga". Tese de Mestrado. São Paulo. USP.
- SENA. M. G. C.** (1990). "A Educação às crianças: Representações de Pais e Mães das Camadas Populares". Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- SILVEIRA. R. M.** (1990). "Atendimento psicológico em hospital-escola: análise da expectativa de um grupo de pacientes da clínica ginecológica. Tese Doutorado. São Paulo. USP.
-

TRINDADE. Z. A. (1991). "As representações sociais da paternidade e da maternidade: implicações no processo de aconselhamento genético". Tese de Doutorado. São Paulo. USP.

TROIAN. G. N. (1992). "Considerações sobre o atendimento à população de baixa renda: um pensar psicanalítico". Tese de mestrado. Rio de Janeiro. PUC.

VELHO. G. (1985). "Desvio e Divergência". Rio de Janeiro. Zahar.

VELHO. G. (1987). "Individualismo e cultura". Rio de Janeiro. Zahar.

VILHENA, JUNIA DE; SENNA, A. (1988). "Atendimento Psicológico a Populações Carentes: Mitos e Lendas". Gradiva.

VILHENA. JUNIA DE (1991). "Escutando a família: uma abordagem Psicanalítica". Rio de Janeiro. Relume-Dumará.

___ (1993). "Apartheid Clínico: Uma Visão Violenta e Autoritária da Prática Clínica". SPA. PUC-RJ.

YAZLLE. E. (1980). "Expectativa do professor: um estudo sobre um programa de treinamento aplicado a professores de alunos provenientes de orfanato". Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo.

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS FEITAS COM OS TERAPEUTAS

Roteiro das entrevistas feitas com 15 terapeutas da rede pública, cujos depoimentos nos servem de subsídios para análise do trabalho do psicólogo com a população de baixa renda.

1. Como se define a expectativa dos pais, em relação ao atendimento psicológico de seus filhos?
 1. Qual é realmente o papel do terapeuta:
 - atender às expectativas dos pais?
 3. No caso do atendimento infantil, os pais têm um papel significativo, portanto, quem são os clientes: as crianças ou seus pais?
 4. Como prever a possibilidade de abandono/evasão na terapia infantil?
E como evitá-las?
 5. Qual é a relação entre o que os pais trazem e o que de fato aparece na terapia de seus filhos? Quando a terapia dá voz à criança, o que acontece?
 6. A característica da população atendida altera a prática do profissional?
-

ANEXO 2

DEPOIMENTOS DOS TERAPEUTAS SOBRE A QUESTÃO DO ATENDIMENTO INFANTIL NO SETOR POPULAR

M L A A

1. Os filhos quando apresentam problemas, dentro da população carente, os pais proagem e interagem, levando-os à terapia, possivelmente, por estar notando alguma tristeza, ou alguma queixa, na esperança de resolverem seus problemas e conflitos.
 2. O terapeuta irá diagnosticá-lo antes de começar o processo terapêutico. Irá procurar detectar se a queixa tem realmente consistência, e a seguir trabalhar em cima das confirmações, diagnósticos, mantendo o profissionalismo.
 3. Os pais sempre são alertados dos trabalhos que estão sendo realizados, e para que o processo seja validado, há sempre um acompanhamento concomitantemente com os pais, para que os resultados esperados sejam atingidos.
 4. A forma como trabalham é sempre estar fazendo uma escuta periódica dos pais. É muito triste quando o tratamento é interrompido. Na maioria das vezes, isso acontece porque os pais desistem. No ponto de vista profissional, quando a criança começa a demonstrar melhorias, os pais interrompem o tratamento. Alegam que a criança está mais agressiva, mais briguenta; quando na realidade o coitadinho que era todo encolhido e medroso, começou a reagir e conquistar seu espaço. Isso amedronta os pais, pois sentem-se ameaçados e sem o controle da situação.
-

5. Muitas vezes, a criança não apresenta nenhum problema . Existem alguns profissionais nas escolas da rede pública que são extremamente mal informados e mal-formados. Deveriam, antes de estar encaminhando a criança a uma clínica, fazerem uma reciclagem própria. É mais fácil acusar o problema no outro, principalmente no caso da criança, e transferir para um profissional, do que tentar resolvê-lo.

 6. É muito importante que o profissional tenha uma boa formação antropológica, sociológica, etc; que tenha conhecimento dos valores impostos para essa classe inferiorizada, dos seus problemas, do tipo da estrutura familiar, do tipo de linguagem. As diferenças entre as camadas sociais não são tão grandes. Tudo isso é muito bem-definido pela televisão, pelos meios de comunicação, e as pessoas já estão acostumadas a este tipo de atendimento.
-

S M A F

1. A grande expectativa dos pais é que o terapeuta "cure" seu filho, o mais rápido possível.
 2. Depende muito. Quando a criança começa a ter atitudes e mudanças de comportamento, isso acaba incomodando os pais. Para que isso não ocorra, é necessário estar realizando entrevistas com os pais, separadamente, e informando-os o processo que está sendo realizado em cima dos problemas apresentados.
 3. Os pais têm um papel muito importante no processo terapêutico, pois são eles que trazem as queixas, os problemas e as informações. É muito importante que os pais estejam engajados na tentativa de estarem participando da evolução terapêutica.
 4. Nem sempre acontece o abandono. Quando os pais demonstram interesse em acompanhar e colaborar com a terapia, fica mais fácil evitar o abandono. O terapeuta consegue dar continuidade e seguir sua linha no decorrer do processo.
 5. Através das entrevistas com os pais e da dinâmica da terapia é que irá desenvolver-se o processo terapêutico com as crianças.
 6. É necessário conhecer a realidade do paciente e trabalhar em cima de suas fantasias.
-

L M P S P

1. Os pais depositam total expectativa em que a terapia seja muito rápida.
 2. Sempre ostentam em reuniões com outros grupos de pais, de maneira que possam estar discutindo, trocando experiências e trabalhando as ansiedades.
 3. Atendem ao filho, e orientam paralelamente os pais.
 4. Geralmente existe o abandono, mas não conseguiu-se detectar suas causas.
 5. As relações alteram de um lado, mas a criança é sempre ouvida num todo.
 6. Cada caso é específico. É preciso tomar cuidado para não interferir nas expectativas dos pais.
-

A C J

1. Em primeiro lugar, para os pais é muito difícil admitir que seu filho esteja enfrentando problemas e que necessite de orientação psicológica. Sua expectativa é que a causa dos problemas seja a escola a culpada: quer seja quando está indo mal em alguma matéria específica, quer seja quando apresenta difícil convivência com os demais integrantes da escola - briguento, mal-educado, etc... Tanto acreditam que a escola seja culpada que, às vezes, informam ao psicólogo a matéria que requer mais esforço; como se o psicólogo fosse iniciar um complemento pedagógico.
 2. O terapeuta tem que seguir sua trajetória. Seu papel é orientar e auxiliar o desenvolvimento do comportamento humano. Tentar extrair do seu íntimo tudo o que reprime, é estar disposto a ouvir seu cliente. Há um grande equívoco e sabemos disso, quando o pai apresenta o problema do filho. Seu comportamento e suas atitudes não são os problemas com o quais devemos lidar. Tudo o que é apresentado é apenas um sintoma do problema. O problema pode estar, e geralmente está, dentro do convívio familiar, principalmente diretamente com os pais.
 3. Na realidade, nem sempre é a criança que necessita de terapia, e sim os pais. Em atendimento a uma criança extremamente briguenta e revoltada, solicitou-se a presença da mãe. O terapeuta alertou-a de que tratava-se de uma criança extremamente violenta, que mais tarde poderia trazer sérias conseqüência à família, se não fossem tomadas as devidas providências. O terapeuta notando a incredulidade da mãe, foi obrigado a entrar em maiores detalhes, mostrando-lhe alguns desenhos feitos pelo seu filho. Neles estavam retratados os conflitos da criança: mulheres sem cabeça,
-

totalmente deformados em posições obscenas e sujas. Mesmo tratando-se de uma pessoa totalmente sem instrução, pode perceber-se que o inconsciente trouxe à tona todos os conflitos familiares, rejeição e abandono. A criança fica contida em seus problemas e suas reações são alguns sintomas, sendo necessário, entretanto, buscar a origem e a causa dos sintomas, para poder solucionar os problemas. É como uma pessoa que tem febre. A febre é apenas um sintoma, um alerta, e não a doença em si. É necessário um diagnóstico completo para saber onde está localizada a sua origem, e então, medicar o antídoto eficaz. Não podemos atropelar os processos.

4. Todo e qualquer manifesto que está dentro de uma terapia deve ser analisado. Se o terapeuta for hábil e conseguir captar o problema, será um material para ser trabalhado na terapia, evitando o abandono do cliente.

São realizadas entrevistas regulares com os pais, com o consentimento da criança. Cabe ao profissional ouvir e observar a expectativa dos pais e dentro do sigilo ético dar um retorno no sentido de saber como ajudar a criança. Quando a criança apresenta uma melhora, os pais sentem que perderam o domínio sobre a criança, e então, há necessidade de orientá-los na sistemática ocupacional.

5. Cabe ao profissional procurar extrair tudo da criança, todas as suas angústias, todos os seus conflitos e depois começar a ordená-los. É como arrumar um armário: é necessário colocar tudo para fora e depois ir organizando.

A criança deve ser ouvida. O terapeuta assume com o paciente a responsabilidade, a ética profissional de não levar ao conhecimento dos

pais o que é conversado e realizado no templo. A criança sente-se segura e lhe é permitido dizer tudo o que sente, pensa. Ela tem uma predisposição em melhorar e encarar as situações.

6. Há necessidade do profissional estar totalmente integrado ao comportamento familiar e tentar conscientizar os pais a valorizarem o tratamento terapêutico.
-

F S S

1. Normalmente os pais não têm noção do que está acontecendo. Encaminham seus filhos ao tratamento, simplesmente porque o professor da escola solicitou-lhes.
 2. Como não são dotados de uma cultura maior, a expectativa dos pais resume em que a criança fique bem logo e que volte a freqüentar a escola normalmente, sem nenhum problema. As primeiras sessões são sempre realizadas em conjunto com os pais para conseguir detectar o problema, para saber em que área estarão desenvolvendo o tratamento. O profissional avalia o grau de participação dos pais, o grau de interesse pelo filho e a partir daí procuram explorar ao máximo a situação do cliente.
 3. Seria muito importante que os pais acompanhassem o tratamento, mas não demonstram interesse; afirmam que o filho não apresentava nenhum problema antes de começar a freqüentar a escola. Cabe aos profissionais estar trabalhando tecnicamente, tentando conscientizá-los da situação do paciente. São raríssimos os casos em que os pais demonstram interesse em acompanhar o desenvolvimento da criança.
 4. Normalmente o abandono do tratamento existe, provocado pelos pais. O processo muda o paciente (a criança): deixa de ser uma pessoa passiva, se queixa mais da situação. Isso acaba incomodando os pais, pois sabem que o problema não é a escola, mas a família. Eles deixam de levá-lo à terapia, embora a criança queira continuar, pois sente-se importante por estar sendo ouvida.
-

5. Na terapia infantil, em termos éticos, existem dois pacientes:

1º a criança, que deve ser ouvida e tratada;

2º os pais, que respondem pela criança, juridicamente.

Quanto mais rude, mais inocentes forem os pais, menos irão demonstrar interesse em continuar levando seu filho à terapia. Em sua maneira de pensar e analisar seu universo, existem problemas mais sérios e que requer prioridades: o compromisso com o trabalho, com a alimentação; o dia-a-dia é diferente.

6. Sempre, em termos de desenvolvimento profissional, adquire-se mais experiência quando atende uma população com cultura diferente, problemas diferentes. Os clientes são encaminhados e o profissional não faz escolha / seleção dos casos preferenciais; se não houver condições de atendê-lo, estará encaminhando-o a um profissional especializado.

Outro fator importante a ser considerado, é que face ao problema eminente à frente, o profissional torna-se mais aberto, mais flexível, deixando a ética e o profissionalismo. O fato de a criança ter abertura maior, ser mais espontânea, a tendência do profissional é ser menos rígido e mais à vontade, o que lhe é muito gratificante. É preferível passar por cima da ética a deixar de tratar da criança; é necessário estar mais atento ao lado humano.

Obs.: o profissional nunca atende gratuitamente. Exige-se sempre um valor simbólico, visando mais o comprometimento do paciente; caso contrário, não valorizam o trabalho que está sendo realizado e faltam às terapias por qualquer motivo.

I M N S M

1. A expectativa dos pais é que se tenha uma solução rápida para o problema apresentado.
 2. O terapeuta tenta diminuir essas expectativas. São informados do trabalho que está sendo realizado.
 3. A importância deles está na responsabilidade de ajudar o filho a melhorar. A estrutura familiar vai influenciar muito no desenvolvimento da criança. A dinâmica fica prejudicada quando, muitas vezes o pai é alcoólatra, a mãe é prostituta, e a criança não tem estrutura familiar.
 4. A criança gosta da terapia; porém, quando é cobrada a divisão de responsabilidade com os pais, estes não voltam mais, sentem-se ameaçados, e o tratamento é interrompido.
 5. Devido à falta de conhecimento do processo terapêutico por parte dos pais e da falta de responsabilidade, a criança fica prejudicada.
 6. Quando o quadro familiar é diferente, quando não ocorre o abandono, não são alteradas as práticas dos profissionais. A população valoriza, existe a receptividade e o compromisso com a importância do trabalho.
-

L B

1. Normalmente os pais têm a expectativa de que haverá, durante o processo terapêutico, uma explicação plausível e concreta pertinente ao distúrbio da criança e que, conhecendo-se a causa, passam então a eliminar a culpa que sentem em relação à criança. Há também a resistência em aceitar que o filho, seu produto, sua criação, esteja enfermo. Aliás há uma rejeição coletiva à idéia de que uma criança necessite de atendimento. Para que os pais levem o filho ao atendimento é necessário quase sempre que os educadores tenham feito anteriormente esta orientação. Medo e culpa estão intensamente presentes nos pais e eles esperam que o atendimento seja o menos doloroso possível.
 2. O papel do terapeuta é o de conciliar a tarefa de atender a criança com a de esclarecer os pais esta tarefa. Isto porém não garante que as expectativas dos pais sejam supridas. Muitas vezes, os pais poderão até intensificar sua resistência em função das mudanças de comportamento do filho. O papel do terapeuta frente a criança é o de classificar seus sentimentos, é o de trazer à tona seus conflitos, verbalizando ou de forma lúdica, de modo que este processo possa aliviar seu sofrimento/conflito e ao mesmo tempo dar-lhe recursos internos para lidar com seus conflitos, temores e antagonismos.
 3. O cliente será sempre a criança. Os pais deverão ser orientados em separado, mas paralelamente ao tratamento da criança para que eles também tenham seus recursos internos para lidar com a própria dor e a da criança. Como já foi dito anteriormente, os pais precisam ser ouvidos mas sua fala não deve interferir na tarefa do atendimento infantil. No "*setting*" do
-

-
- atendimento a fala e todo o conteúdo trazido pela criança é que deve ser a matéria-prima do atendimento. No entanto, o papel dos pais é extremamente importante. Eles serão as pessoas que darão suporte ao filho quando ele estiver fora da sessão e o grau de continência deles pode determinar a eficácia ou não do tratamento. Os pais enquanto atendidos paralelamente precisam adquirir a consciência de que são os pais que "podem" ser e não os pais que pensam que são ou que gostariam de ser.
4. Percebe-se a possibilidade do abandono de várias maneiras. Às vezes a própria criança pode demonstrá-lo na sessão de verbalização ou não; atrasos justificados ou não; faltas; necessidade dos pais buscarem a criança antes do horário. Tecnicamente, há necessidade de muita habilidade profissional da parte do terapeuta para que consiga a tempo contornar e impedir esta evasão. Novamente ressalto que o acompanhamento sério, terapêutico e esclarecedor dado aos pais é o principal fator de impedimento da evasão.
 5. Dificilmente a visita coincide com o diagnóstico posterior. A queixa sempre esconde um problema ou um conflito mais difícil de ser aceito e por esta razão precisa do invólucro que a contém. Mas, por outro lado, este é o caminho possível encontrado pelos pais e/ou educadores e sendo assim, a tarefa de desvendar, esclarecer e trabalhar esta situação é mais que um empreendimento técnico, ele passa pela formação acadêmica do analista, pela cultura geral, pela sua leitura de mundo, mas principalmente pela capacidade de fazer vínculos profundos e verdadeiros, autênticos, com seus clientes. Quando a análise dá voz à criança, esta deve ser a tônica de qualquer atendimento, pois somente quando a criança pode ser ouvida e a
-

sua criança interior pode ser trazida à sessão é que há possibilidade de mudanças de auto-compreensão e conseqüentemente de ajuda.

6. Como nos casos da saúde pública, também na psicologia corre-se o risco da massificação e conseqüentemente da perda de profundidade no atendimento. Por conta da privação cultural há menor envolvimento das famílias de crianças carentes, mas é possível realizar um trabalho de psicohigiene familiar e social. Há comunidades carentes altamente comprometidas com este tipo de atendimento e em momento algum o profissional deve abrir mão da profundidade e do trabalho a longo prazo em função da qualidade "cultural" ou do "*status* social" de sua clientela. Embora mais esclarecida e culta, a população de classe média e média alta apresentam outros tipos de defesas talvez mais difíceis e mais cauterizadas do que as de menor renda. A dificuldade dos carentes é quanto ao acesso a este tipo de atendimento, mas quando há a possibilidade de acesso, há receptividade e é possível estabelecer um contrato de continuidade.
-

R M L A

1. Normalmente os pais chegam ao consultório/clínica, mas não sabem exatamente porque estão ali. Chegam com o encaminhamento médico nas mãos, mas desconhecem o trabalho do terapeuta.

Existe uma expectativa, até mesmo por uma questão social, das coisas serem rápidas. A vinda até a clínica várias vezes chega a ser penosa pelo próprio esquema de vida. São pessoas que trabalham direto em revezamento de turnos. Há sempre uma avaliação e entrevista para saber o quanto esse paciente agüentaria um tratamento a longo prazo.

2. Sempre há a necessidade de algumas entrevistas com os pais, para conscientizá-los do porquê do tratamento e que irá depender muito deles o trabalho com a criança.

3. Muitos casos têm ocorrido e com certa freqüência que muitas das queixas estão relacionadas a uma falta de acompanhamento do adulto em relação à criança. Geralmente eles se queixam que a criança não comparece à escola; não que a criança tenha problemas, mas na verdade não tem direcionamento. Nesses casos, o terapeuta orienta os pais para que houvesse uma pessoa responsável que pudesse levar a criança à escola, cumprisse o horário. Cobram da criança uma coisa que num tratamento psicológico não vai fazer a criança acordar cedo, respeitar o horário. A fantasia da mãe é o medo do filho tornar-se um marginal.

O que também ocorre demais é que existe uma expectativa muito grande da escola de que a criança trabalhe com a representatividade. Mas na vida cotidiana não existe um diálogo com os pais, a relação é mínima, e é exigido da criança que ela tenha capacidade de representar, expressar. É

muitas vezes, a criança de periferia, confundida como criança psicótica. Não sabem fazer a diferenciação do que está faltando e de quando o caso é patológico.

4. O abandono ocorre com freqüência em qualquer classe social. Faz parte de um quadro familiar independente do nível sócio-econômico.

Os psicodiagnósticos já podem prever a evasão ou o abandono, por exemplo: quando a mãe não aceita a deficiência de seu filho quer seja ela psíquica (emocional, afetiva, angústia), quer seja ela física / orgânica (auditiva, óptica). Ocorre, às vezes, a criança ser inteligente mas repetir quatro vezes a primeira série, em função da desinformação da falta de acompanhamento no desenvolvimento da criança.

O que ocorre, normalmente, é que os pais chegam à terapia sem saber o trabalho a ser realizado. Aos poucos, com a orientação do terapeuta, vão entendendo o processo, vão entrando em contato com a criança, e o próprio falar da criança com o terapeuta. Já passa a existir um certo vínculo e normalmente os prognósticos são muito bons. Os pais saem muito sensibilizados. A própria avaliação já é em si terapêutica. Conseguem entender que o que fazem ou não fazem com a criança é muito importante.

5. A função do terapeuta é ouvir, avaliar e atender a criança. Quando existe dificuldade de aceitação dos pais, é necessário fazer um acompanhamento, sensibilizando-os para que eles continuem trazendo o filho à terapia. Sempre há uma devolutiva para que eles possam estar ajudando a criança e inconscientemente estarão trabalhando com a própria culpa. É necessário cuidado para não mostrar todas as feridas. Por outro lado, nem sempre a criança corresponde à queixa da escola. Às vezes a criança não apresenta nada de grave, ou nenhum problema mais sério que necessite um acompanhamento terapêutico.

Há uma desinformação muito grande, por uma série de profissionais, na rede pública escolar. Os pedagogos desconhecem que podem fazer alguma coisa. Não têm conhecimento mais profundo do comportamento familiar, não dão tempo para receber a informação, não há um acompanhamento em conjunto entre a escola e a família. É necessário estar resgatando uma conscientização de que a criança é um todo, e deve ser acompanhada também por um todo: médico, terapeuta, neurologista, professor, assistente social e principalmente pelos pais. Quando ocorre da criança não apresentar nenhum problema mais grave, o terapeuta devolve a criança à rede pública, acompanhada de um lado com o maior número de informações possíveis, informando-o assim do tratamento terapêutico.

6. Não existe uma mudança no atendimento técnico. O que existe é uma linguagem diferente. É necessário trabalhar dentro do sistema de significação do paciente, para este sentir-se aceito.

A classe baixa vem com certa humildade. Vem para ser submissa e não para participar. Vem com uma certa timidez, pois estão diante de alguém que possui diploma.

Alguns estagiários atuam com um certo preconceito, mas o paciente percebe rapidamente a discriminação.

A partir do momento que o terapeuta começa a adentrar em seu universo, a linguagem começa a ser diferente, a fim de nivelar o sistema de significação.

SCC

1. A expectativa dos pais é que o terapeuta resolva o problema do filho. Não têm noção se o problema é de aprendizagem, emocional, intelectual. Não vêm informados e conseqüentemente não há credibilidade do tratamento a ser realizado. A expectativa é que, numa primeira avaliação, seja sanado o problema.
 2. Os pais já vêm com a fantasia e cabe ao terapeuta fazer um trabalho de sensibilização para que possam estar mobilizados a colaborar com o processo terapêutico da criança.
 3. É realizado um trabalho de orientação com os pais e o tratamento terapêutico com a criança.
 4. A cada ano que passa o índice de abandono/evasão é maior. Os profissionais estão tentando detectar esse comportamento, considerando-se um tratamento gratuito, mas não comparecem. Existem algumas hipóteses a serem ponderadas: facilidade de acesso a esse tratamento; desinteresse dos pais; a triagem não está sendo bem feita; os profissionais da instituição não têm um bom preparo; os profissionais não têm habilidades; resistência dos pais pelo medo de saberem o diagnóstico e por poderem ser responsabilizados; incoerência; má-informação; certa sensibilidade e medo do comprometimento.
 5. É mais fácil para os pais encararem uma deficiência física ou mental, a um problema emocional. Cruzando as informações dos pais e da criança (através de terapia diretamente ou testes lúdicos), haverá uma interpretação dos fatos.
-

6. Altera a compreensão. Para atender à população de baixa renda é necessário entender algumas atitudes dos pais, alguns tipos de comportamento familiar considerando a disponibilidade física, a renda familiar, os costumes e hábitos. Tanto na população de renda alta como na população mais oprimida, as fantasias são as mesmas.

•

•

•

•

H A R

1. Muitos têm um nível médio de conhecimento do trabalho do terapeuta. A expectativa dos pais é que o psicólogo solucione o problema de imediato, de uma forma mágica.
 2. A função do terapeuta é tentar aliviar a angústia dos pais e construir, juntos, condições para amenizar a situação.
 3. Os pais apresentam os problemas e buscam as soluções. A postura clínica individual não responde às necessidades técnicas. Buscam outros recursos, um trabalho emergencial visando uma atitude mais adequada.
 4. O fato de, às vezes, os pais não serem compreendidos não usam motivos para voltar com o filho à terapia. A prevenção do abandono é tecnicamente inadequado.
 5. É necessário entender a realidade social, rever os próprios valores em função do que está sendo construído; à medida que vai entendendo alguém, também irá resgatar todos os seus costumes, a sua estrutura e seus recursos. A criança compreende que está sendo tratada.
 6. O modelo único tem que estar sendo revisto. O psicólogo tem que ter abertura para um trabalho em conjunto com o pedagogo, advogado, assistente social e outras instâncias jurídicas. Não depende só dele - a criança deve ser tratada como um todo.
-

A C

1. Geralmente não tem noção do imaginário. A justificativa pode ser feita na construção de tentativa de explicação de coisas muito concretas, juntar explicações para causas físicas. A expectativa é que apresentem problemas neurológicos. As mães tentam entender a situação simbólica, uma das expectativas mais freqüentes na população é que o tratamento seja rápido, não têm noção do trabalho a longo prazo. Não têm a noção de dicotomia: corpo e mente. Relacionam o tratamento terapêutico ao tratamento médico: tomam um comprimido e o problema está "solucionado".
 2. O terapeuta escuta os pais, geralmente a mãe, e tenta perceber o nível emocional da mãe, o que faz, a história de configuração da família, (o aspecto social, econômico, afetivo); e por outro lado, avaliando o comportamento da criança: nível emocional, afetivo, comportamento delinqüente, comportamento escolar. Estará devolvendo aos pais como é difícil a situação e como lidar com os problemas. Tentar mobilizar os pais a trabalharem com a angústia, que é muito grande. Deverão conseguir juntar os pedaços.
 3. É feito um trabalho em cima da terapia familiar. Os pais projetam coisas ruins: culpa de não ser boa mãe, dentro de uma sociedade consumista, não têm condições de oferecer coisa melhor. Quando há uma iniciativa própria, conseguem trabalhar o lado afetivo. Faltam no serviço porque o problema do filho lhes causa angústia.
-

4. Há uma desistência muito grande na primeira entrevista. A grande parte da população procura o concreto. O estagiário tem que estar atento a essas expectativas. Quando é feita uma observação lúdica, uma dependência da palavra do supervisor, para depois um retorno aos pais, a evasão é muito maior. Mas quando conseguem passar um diagnóstico aos pais, explicando-lhes a respeito do trabalho a ser realizado, logo na primeira entrevista, já conseguem criar um vínculo, há maior credibilidade.

Há vários conceitos e fatores que têm sido analisados, procurando entender o grande percentual de evasão / abandono:

- expectativa dos pais que o terapeuta cure logo;
- quando a mãe (ou pai) que vai falar dela(e) ;
- quando o profissional não consegue conectar o conhecimento teórico com a prática;
- o despreparo emocional do estagiário;
- o nível de aprendizado e formação;
- o interesse pelo paciente - afinal o profissional / estagiário não está prestando favor à população, existe uma troca de interesses, a população está sendo usada também para o estágio.

5. É feita uma análise da estrutura familiar. Às vezes, o pai é alcoólatra, a mãe prostituta e a criança não tem estrutura. Todo esse perfil implicará num baixo rendimento escolar. Por isso há necessidade do trabalho de equipe: pedagogo, assistente social e psicólogo. O que acontece é que os profissionais não têm feito o seu papel. Não é feita uma avaliação na

escola, se para a idade daquela criança o seu comportamento seja normal: inquieta, agitada, interesse pelo sexo oposto; e também se a deficiência em assimilar a matéria talvez seja um problema físico: surdez, cegueira. Os professores acham muito mais fácil o encaminhamento a outros profissionais, aliviando-se de uma certa responsabilidade.

6. Antes de iniciar o trabalho, é necessária uma leitura institucional dinâmica. Há uma diferença em atender no consultório, onde o terapeuta monta o seu plano de serviço, e atender uma instituição filantrópica, onde não poderá fugir dos moldes pré-estabelecidos. É preciso que as coisas estejam bem claras para evitar a frustração de não ter montado uma equipe com qualidade, ou não estar atendendo individualmente, uma vez que em instituições as terapias, geralmente, são realizadas em grupos.
-

C M M

1. Os pais chegam com muita ansiedade, com um certo preconceito pois o filho está sendo discriminado na escola. Há problemas de aprendizagem, dificuldades de relacionamentos, não conseguem entrosar-se com as demais crianças, a criança é extremamente agressiva.
2. Há uma avaliação da criança. A maioria provém da raça negra, as condições de sobrevivência são difíceis, há falta de afeto. O terapeuta tem o seguinte princípio: ninguém nasce com o problema emocional; este é adquirido em função do meio em que se vive.

Se realmente foi detectado que a criança necessita de terapia, começa o processo com um grupo de três crianças. Uma vez por mês há o contato com a família, orientando-a a lidar com a dificuldade. É a família que irá alterar a dinâmica da terapia. E é necessário entender todo um contexto: atrás da dinâmica familiar, está a sociedade.

3. Geralmente são altos níveis de alcoolismo, grande consumo de psicotrópicos pelas mães, a relação com os pais é mínima e com os professores também. Quem sofre é a criança. É necessária uma análise da estrutura emocional para saber se existem condições de transformar a relação que vive, ajudando a transformar a sociedade, criando a criança com outra visão de vida.
-

4. Atualmente tem sido registrado o índice mais baixo de evasão, devido ao trabalho realizado em conscientizar a população dos problemas e seus sintomas. É preciso analisar também, nas clínicas de atendimento, o tipo de relação que se tem com as crianças enquanto está servindo o estagiário. Geralmente elas não abandonam a terapia, mas são abandonadas pelos estagiários. A população está sendo desrespeitada e usada. Precisamos estar atentos a esses comportamentos.
5. O resultado para as mães é muito difícil. Não assumem sua responsabilidade. Preferem culpar a criança, que acaba sendo o resultado dos problemas familiares.

Por outro lado, estamos numa sociedade consumista, onde a televisão não escolhe o público. O alvo é a classe privilegiada, mas a classe oprimida também tem acesso às informações. A criança, então culpa o pai por não ter condições de lhe proporcionar o que há de melhor, julga-o incompetente por não ganhar dinheiro.

Outro fator existente é a criança que não vai bem na escola mas é boazinha; isso porque reprime a agressividade e não sobra energia para o aprendizado. O terapeuta, nesse caso, tenta trabalhar com a criança canalizando sua agressividade adequadamente.

6. Há necessidade de um conhecimento profundo sobre o materialismo, a cultura do povo, a antropologia . Possuir uma somatória de conhecimentos específicos.
-

PRS

1. As expectativas são basicamente que os problemas sejam resolvidos rapidamente. As queixas são que o filho está com dificuldade na aprendizagem, ou extremamente nervoso.
2. Na primeira entrevista já existe a devolutiva aos pais engajando-os no processo terapêutico do filho.
3. Por mais que os pais sejam atentos, a abordagem é feita sempre em função da criança. Ao longo do tempo, eles acham que também têm que fazer a terapia, a partir dos sintomas revelados na criança.
4. O abandono acontece não só em atendimento infantil, como também no adulto, independente de classe sócio-econômica, vários fatores contribuem para o abandono:
 - do desconhecimento do trabalho terapêutico;
 - falta de disponibilidade dos pais;
 - o concreto e racional, dentro dessa população, é mais necessário;
 - o medo que o estagiário tem de encarar a frustração em virtude da incompetência;
 - a população não tem cultura psíquica.

Em função do abandono, o profissional altera alguns hábitos:

- devolutiva imediata;
 - trabalha com orientação.
-

5. O motivo da queixa é sempre o manifesto. Querendo ou não, sempre terá relacionamentos conflitantes entre as pessoas. Aos pais é apresentada uma necessidade de terapia para ajudar no desenvolvimento da criança.
6. Tanto na prática quanto na teoria, a questão é muito complexa e não simplista, não tem papel definido.

Existe a abertura para desenvolver outros tipos de trabalhos. Há reformulação geral de forma crítica e produtiva, criando alternativas. As alterações são feitas com muito cuidado, para não popularizar, não oferecendo atendimento com baixa qualidade.

Há uma abertura para atendimento:

- individuais;
 - grupos de orientação - não-terapêuticos;
 - trabalho em conjunto com outros profissionais;
 - especificação em determinados casos.
-

H Z

1. A expectativa dos pais é que o terapeuta conserte o comportamento da criança, faça-o melhorar na escola.
 2. O terapeuta tem como função atender a criança no processo terapêutico e trabalhando com os pais, sensibilizando-os a colaborar e entender o porquê do tratamento da criança.
 3. A criança é atendida, e os pais são informados do processo terapêutico.
 4. À medida que o tratamento não atende às expectativas dos pais, há uma resistência muito grande em continuar a terapia. O risco de abandono é muito grande em função também da dificuldade de locomoção.
 5. Às vezes, existem problemas comportamentais nos pais, devido à falta de conhecimento; não dão credibilidade ao processo terapêutico, e a criança nem sempre é ouvida.
 6. Há sempre uma tentativa de evitar o abandono e estar escutando mais a criança.
-

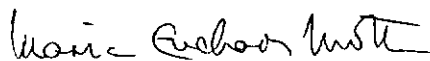
SLH

1. A expectativa dos pais é que seja um atendimento rápido. As queixas apresentadas são: agressividade, não-aprendizagem, difícil assimilação, indisciplina.
 2. O terapeuta procura interpretar o problema para os pais, e trabalhar com a angústia e ansiedade.
 3. Não adianta apontar quem tem o problema. Deve haver um trabalho paralelo para que seja possível obter um resultado satisfatório: terapia para a criança e orientação aos pais.
 4. Há um comprometimento do terapeuta em realmente estar servindo à população e tratando-a. Se no período do curso de especialização (2 anos) não deu tempo, ou o tempo não foi suficiente para concluir o processo, o terapeuta continua atendendo-o no consultório particular, ou transfere para um outro profissional, mas com muita responsabilidade de dar continuidade à terapia. É sempre importante o atendimento simultâneo aos pais, geralmente na mesma hora, para evitar o desconforto da locomoção.
 5. Os sintomas apresentados são como a febre em uma pessoa doente. É necessário descobrir a origem para efetuar a medicação. Às vezes, a criança está em escola errada, não é respeitada no seu desenvolvimento. A criança tem que ser analisada como um todo. Como foi a gestação, qual o grau de afetividade com as pessoas, como é o relacionamento familiar. Com o tempo, sente uma melhora mas é muito importante a orientação aos pais paralelamente.
-

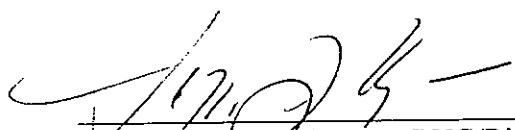
6. As alterações são feitas a nível de vocabulário. Procuram usar uma linguagem bem simples, um vocabulário bem cru, facilitando assim o entendimento do processo terapêutico.

As técnicas utilizadas são iguais para todos os níveis de classe social. Não há diferença. Os problemas são os mesmos, a emoção é universal.

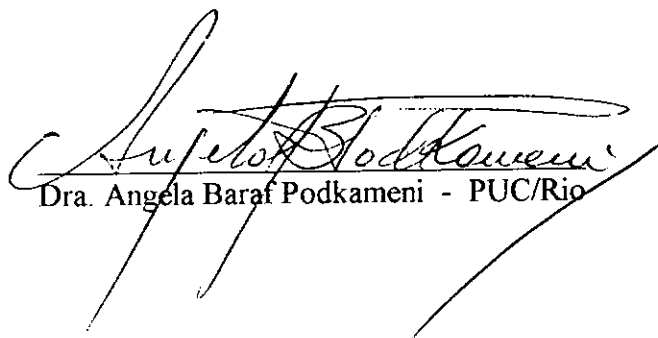
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/Rio pela aluna Rosemary Hohlenwerger Schettini intitulada "Atendimento psicológico infantil: Um estudo das expectativas de pais pertencentes às classes populares", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:



Dra. Maria Euchares Motta - (Orientadora) PUC/Rio



Dra. Junia de Vilhena - PUC/Rio



Dra. Angela Baraf Podkameni - PUC/Rio

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, ~~05 de março~~ de 1995.

01/10/96



Prof. Jurgen Heye
Coordenador Setorial de Pós-Graduação e Pesquisa
do Centro de Teologia e Ciências humanas