ESTUDO SOBRE O ESTADO EMOCIONAL
DE ALUNOS DA 1a. SÉRIE DE UM GRUPO ESCOLAR GINÁSIO
DA CIDADE DE SÃO PAULO

*A Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública
oferece
Helena Savastano*

HEC
Helena Savastano

Trabalho apresentado à
Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Pau
lo, para obtenção do título
de MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA.

Universidade de São Paulo
São Paulo - 1976

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Professor Dr. Orlando Marques de Paiva
Vice Reitor: Professor Dr. Josué Camargo Mendes

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Diretor: Professor Dr. Walter Engracia de Oliveira
Vice Diretor: Professor Dr. Oswaldo Paulo Forattini

RELAÇÃO DO CORPO DOCENTE

Professores Titulares:

Alfredo Reis Viegas
Augusto Duarte Esposel
José Martins de Barros
Lourdes de Freitas Carvalho
Odair Pacheco Pedroso
Rodolfo dos Santos Mascarenhas
Yaro Ribeiro Gandra

Professores Adjuntos

Cyro Ciari Junior
José Barros Magaldi
Octávio Arminio Germek
Ruth Sandoval Marcondes
Victório Barbosa

Professores Livre Docentes:

Araci Witt Spinola
Donald Wilson
Reinaldo Ramos
Rui Laurenti
José Gabriel Borba

Professor Assistente Doutor:

Aldo da Fonseca Tinoco
Anthero Barradas Barata
Antonio Jorge M. Filho
Antonio Ricci
Carlos Celso de A. e Silva
Cid Guimarães
Cornélio Pedroso Rosenberg
Dino Baptista G. Pattolli
Diogo Pupo Nogueira
Edmundo Juarez
Ernestine Maurer Bastian
Eunice Pinho de C. Silva
Fernando C. de Mesquita Sampaio
Gil Viana Paim
Gricha Vorobow
Henrique Ambrosio Paraventi
Igneiz Salas Martins
Jair Licio F. Santos
João Pessoa de P. Carvalho
João Yunes
José Antonio A. dos Santos
José Carlos Seixas

José Maria P. de Souza
Juarez de Queiroz Campos
Ligia Montenegro F. Jamma
Maria José Roncada
Maria Stella F. Levy
Nilce Piva Adami
Pedro Augusto M. de Almeida
Roberto Brólio
Rosa Rosenberg Krauz
Sophia C. Szarfarc
Walter Belda
Yvette Viegas

Professor Colaborador:

Armando Piovesan
Carlos D'Andretta Junior
Elza de Azevedo Antunes
Geraldo Chaves Salomon

Professor Assistente:

Alvino Genda
Aristides de Almeida Rocha
Arnaldo Augusto F. de Siqueira
Denise César Homem d'El Rey
Eris Focesi Lencastre
Fernando de A. Guimarães
Helena Aparecida dos S. L. Pereira
Hélio Maciel
José Cavalcanti de Queiroz
José Maria S. Barata
Jorge da Rocha Gomes
Maria Helena P. M. J. Silveira
Maria Lucia Ferrari Cavalcanti
Nelly Candeias
Nelson Nefussi
Ondina Edith de L. Rosenberg
Oscar Felomena Lotito
Roberto Augusto C. Fernandes
Sabina Lea D. Gotlieb
Sandra Maria O. de Oliveira

DEDICATÓRIA

Dedico
à minha mãe,
aos meus irmãos, primos,
sobrinhos, cunhados e amigos

Em memória
de meu pai e
de meus irmãos

Aos Mestres
de minha vida

AGRADECIMENTOS

Somos gratos

- Ao Professor Assistente Doutor Cornélio Pedroso Rosenberg, do Departamento de Prática Médica em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, orientador deste trabalho, pelo incentivo e dedicação que continuamente nos dispensou e pela amizade de tantos anos.
- À Dra. Yvone G. Khouri, Chefe da Seção de Psicologia Clínica do Departamento de Assistência Escolar da Secretaria de Educação da Prefeitura Municipal de São Paulo, pelos estímulos recebidos, incansável atenção como juiz dos resultados.
- Aos Professores Assistentes Doutora Eunice Pinho e Doutor José Maria Pacheco e Souza, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, pela orientação no processo estatístico.
- Aos Professores Livres Docentes Doutora Araci Witt Spinola do Departamento de Prática de Saúde Pública e ao Doutor Donald Wilson do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP, pelo carinho e atenção dispensada.
- À Professora Doutora, Geraldina Porto Witter, do Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo, pela orientação bibliográfica.
- À Educadora Sanitária Emilia Castejón Rodrigues, e membros da Equipe de Planejamento e Controle do Departamento de Assistência ao Escolar (extinto Serviço de Saúde Escolar), pelos dados fornecidos e informações prestadas.
- À Diretora Professora Dirce Perez Dantas, ao corpo docente

e discente do Grupo Escolar Ginásio Pasquale Peccicacco; à Professora Assistente Denise César Homem d'El Rey da Faculdade de Saúde Pública da USP, que nos deram oportunidade de realizar a presente pesquisa.

- À Psicóloga Yone Neves Graça, da equipe de Higiene Mental da Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica do Departamento de Assistência ao Escolar (extinto Serviço de Saúde Escolar), pelas sugestões dadas.
- À quintanista de Psicologia Suely Fontan, da Faculdade São Marcos, pelo auxílio na codificação e tabulação dos dados.
- À Bibliotecária Sra. Leda C. P. de C. Camargo, da Faculdade de Saúde Pública da USP, pela revisão bibliográfica.
- À Sra. Eulina Cunha Guedes, pela colaboração na redação final.

Em especial

- Ao Professor Colaborador Doutor Armando Piovesan, da Faculdade de Saúde Pública da USP, pela oportunidade que nos proporcionou para a elaboração deste trabalho.
- Ao Professor Titular Doutor José Fernandes Pontes, do Instituto de Gastrenterologia de São Paulo, grande amigo que durante e após nossa formação em Psicosomatologia nos deu incentivos para a nossa formação em Mestrado.
- À Comissão de Pós-Graduação que seguiu nossos passos até o momento, à Banca Examinadora dos Exames Gerais de Qualificação, à presente Banca por dispensar um tempo precioso em atenção a esta monografia.
- A todos, que colaboraram direta ou indiretamente, fazendo com que este trabalho se concretizasse.

"É ruim o homem ser ignorante porque o afasta do convívio de seus semelhantes. É pior o homem ser pobre porque isto o condena a uma vida limitada na qual não há tempo para sonhos e nem descanso para suas fadigas. Porém, seguramente, é bem pior o homem impedir de fazer qualquer coisa para sua pobreza e sua ignorância".

G.H.R. Kimble

S U M Á R I O

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEDICATÓRIA
AGRADECIMENTOS
PENSAMENTO

PARTE I - GENERALIDADES

	pg.
Cap. 1. INTRODUÇÃO.....	1
LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.....	1
O PROBLEMA.....	4
Cap. 2. CONCEITOS.....	7
SAÚDE.....	7
SAÚDE MENTAL.....	8
SAÚDE PÚBLICA.....	10
SAÚDE DO ESCOLAR.....	18
EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	19
DISTÚRBIOS EMOCIONAIS NA SALA DE AULA.....	22
DINÂMICA DOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS.....	25

PARTE II - ESTUDO SOBRE O ESTADO EMOCIONAL

DE ALUNOS DA 1a. SÉRIE DE UM GRUPO ESCOLAR GINÁSIO DA
CIDADE DE SÃO PAULO

Cap. 1. OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	27
OBJETIVOS.....	27
HIPÓTESES.....	28
Cap. 2. MATERIAL E MÉTODO.....	28
UNIVERSO.....	28

	pg.
<i>AMOSTRA</i>	28
<i>DESCRIÇÃO DA AMOSTRA</i>	30
<i>INSTRUMENTOS</i>	30
<i>FICHA DE INFORMAÇÕES</i>	31
<i>TESTE DE APERCEPÇÃO INFANTIL</i>	31
Técnica de aplicação e da coleta de dados.....	33
Variáveis analisadas.....	33
Descrição das variáveis.....	35
Cap. 3. RESULTADOS E COMENTÁRIOS.....	38
<i>FICHA DE INFORMAÇÕES</i>	38
<i>NÍVEL DE INSTRUÇÃO DOS GENITORES</i>	38
<i>PROFISSÃO DOS GENITORES</i>	39
<i>RENDA FAMILIAR</i>	40
<i>MÃES COM ATIVIDADES FORA E NO LAR</i>	41
<i>TESTE DE APERCEPÇÃO INFANTIL</i>	41
<i>TEMA</i>	42
<i>NECESSIDADES PSICOLÓGICAS</i>	45
<i>NECESSIDADES BIOLÓGICAS</i>	47
<i>VISUALIZAÇÃO DA FIGURA PATERNA</i>	47
<i>VISUALIZAÇÃO DA FIGURA MATERNA</i>	48
<i>IDENTIFICAÇÃO DO HERÓI</i>	50
<i>FAMILIARES E OUTRAS FIGURAS INTRODUZIDAS</i>	51
<i>NATUREZA DAS ANSIEDADES</i>	52
<i>CASTIGO POR UMA FALTA</i>	53
<i>DESENLACE</i>	56
<i>HISTÓRIAS ADEQUADAS</i>	58
<i>ESTIMATIVA DE ALUNOS AJUSTADOS</i>	60
Cap. 4. SÍNTESE.....	61
Cap. 5. RECOMENDAÇÕES.....	62
<i>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</i>	64

	pg.
<i>RESUMO</i>	70
<i>SUMMARY</i>	70
<i>ANEXOS</i>	
1. <i>FICHA DE INFORMAÇÕES</i>	
2. <i>DESCRIÇÃO DAS PRANCHAS</i>	
3. <i>PROTOCOLO DE ANÁLISE</i>	

ÍNDICE DO QUADRO

Pg.

1. Total de alunos segundo a classe e período	28
---	----

ÍNDICE DAS TABELAS

1. Nível de instrução do Pai	39
2. Nível de instrução da Mãe	39
3. Renda familiar	40
4. Mães com atividades fora e no lar	41
5. Temas das histórias do CAT	43
6. Necessidades psicológicas	46
7. Necessidades biológicas	47
8. Visualização da figura paterna	48
9. Visualização da figura materna	49
10. Identificação do herói	50
11. Familiares e outras figuras introduzidas	51
12. Natureza das ansiedades	52
13. Expressão de castigo	53
14. Desenlace	57
15. Alunos fracos e não fracos segundo o número de his tórias adequadamente interpretadas	59

PARTE I - GENERALIDADES

Cap. 1. INTRODUÇÃO

No Grupo Escolar Ginásio "Pasquale Peccicacco" da rede Estadual da cidade de São Paulo, onde se implantava um Programa Experimental de Educação em Saúde*, os professores da 1a. série queixaram-se de muitos alunos com problemas de comportamento e aprendizagem que perturbam o desenvolvimento normal das aulas.

Interessando conhecer com aprofundamento essa situação, fizemos um levantamento bibliográfico que nos incentivou ao estudo da dinâmica emocional dessas crianças pela quase inexistência, entre nós, de pesquisas sobre o assunto.

Os enfoques aqui abordados, embora calcados na literatura internacional, são fixados na situação brasileira, mais especificamente na de São Paulo, tendo em vista o Grupo Escolar Ginásio acima citado.

LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

A literatura moderna é vasta quando se analisa temas relacionados com o sistema educacional. Sem pretendermos esgotar assunto e bibliografia, mencionamos alguns trabalhos que dizem respeito ao professor^{4,6,19,40,60}, ao disciplinamento^{4,56,62,65}, à pedagogia^{19,50}, à reforma do

* Graças a Convênio firmado entre a Secretaria da Educação do Estado de São Paulo e a Universidade de São Paulo foi oficializada, em 1972, a implantação do "Programa Experimental de Educação em Saúde" levado a efeito desde 1971 pela Disciplina Educação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo em um Instituto de Educação e em 1975, no Grupo Escolar Ginásio "Pasquale Peccicacco".

ensino⁵², à sociedade[✓] ao sistema econômico^{27,30,54,55,76}.

Difícil se torna saber quais dessas as mais sérias questões abordadas no sistema educacional que possam influir no processo de aprendizagem do aluno na sala de aula. Não podemos referir a esses ~~esforços~~^{temas} como causas isoladas do rendimento do aluno na escola.

Os estudiosos têm suas razões ao focalizar este ou aquele tema como o mais preponderante. Cada um vê a totalidade pelo prisma que lhe diz respeito. Desta forma ressaltamos "estado emocional" e nos igualamos a eles por seccionar, em parcela, um todo por demais complexo. Na verdade, há necessidade de delimitar campos diferentes de pesquisas a fim de se esclarecer detalhes que em um estudo global seriam perdidos de vista. Assim, os administradores, ao ponderarem as abordagens dos diferentes especialistas, poderão estabelecer as metas e objetivos de um sistema educacional com mais segurança e fazer avaliação contínua de seus serviços; os professores e pais poderão ter uma visão integral da realidade indivíduo-meio que os possibilitarão a não se sentirem tão fracassados em suas missões peculiares de educação, ensino e aprendizagem.

A literatura consultada é mais restrita no que diz respeito à 1ª série que, geralmente, está envolvida nos problemas das outras séries do 1º grau e pouco aborda o disciplinamento^{4,14,29,33,49,50,62,65,67,68,75}. Por ser a referência formada, geralmente, de crianças que estão nascendo para a escola, muitos pais olham este fato como data festiva e talvez alguns administradores vêem como número quantitativo^{seus} seus relatórios. E os professores?

Através das manifestações dos próprios professores do Grupo Escolar Ginásio citado, eles são aqueles que mais sofrem ao enfrentar crianças vindas com problemas de conduta, muitas vezes, agravados pela carência sócio-cultural; são os que mais sentem a responsabilidade de transformar essas crianças em alunos que deverão transpor os degraus escolares,

sem faltas, sem abandono ou reprovações; os que ficam ansiosos por enfrentar um grupo etário de crianças, em algumas ocasiões sem afinidades recíprocas. Mas o educador deve pensar como COUSINET¹⁹:

"Hoje em dia o educador profissional já não pode considerar-se como o único artífice do desenvolvimento e da formação das crianças. Há muitas variáveis que atuam nos aspectos do comportamento e da aprendizagem".

O enfoque dado atualmente à pré-escola^{11,13,28,31,54}, deverá formar um ambiente escolar ininterrupto à semelhança da fusão primário-ginásio. Como já se tem comprovado na prática*, a pré-escola beneficiará as crianças ingressantes na 1a. série, especialmente aquelas que vêm de um ambiente carente de estimulação, tornando-as mais amadurecidas para enfrentar o primeiro ano escolar. Apesar desse benefício, esta série é o alicerce onde se constrói todo o edifício de uma vida escolar presente e futura, porque os 7 anos é uma fase evolutiva a ser considerada. Segundo Erickson^{in 43}, os 7 anos é um período de crise em que a criança começa auto-afirmar-se pelo trabalho produtivo. Assim, os estudos não devem esmorecer na atenção para com os alunos delas. séries com a implantação obrigatória da pré-escola, pois, cada ano escolar constitui um platô básico de maturação e desenvolvimento.

Os alunos que compõem nosso estudo, somando a falta de experiência da pré-escola, são aqueles que ainda estão em período de transição da criança do lar à comunidade. Aí está nossa proposição básica: a criança do grupo es

*Queremos ressaltar a experiência pioneira dos Centros de Educação e Alimentação do pré-escolar (CEAPs) colocada em prática pelo Departamento de Assistência Escolar da Prefeitura Municipal de São Paulo, durante a gestão do Dr. Cornélio Pedroso Rosenberg.

tudado é ainda imatura emocionalmente e deverá transpor esta fase normalmente, mas, com ajuda e compreensão dos pais, professores, da escola e da comunidade.

Os estudos atuais sobre o assunto pesquisado tendem, também, ressaltar os aspectos cognitivos baseados principalmente na teoria de Piaget^{in 43}. Enfatizamos a dinâmica emocional que igualmente sentimos relevante e acrescida das solicitações dos professores para que esclareçamos os problemas dos alunos que elas enfrentam constantemente.

O PROBLEMA

Nos contatos mantidos com os professores da referida Escola, obtivemos as seguintes informações: alguns alunos são fracos na aprendizagem, outros repetentes, outros, ainda, de difícil adaptação na sala de aula. Geralmente são frutos de famílias desajustadas ou estão em um meio sócio-cultural fora da realidade de suas vivências infantis; marcados pelas limitações individuais e não raramente com carência alimentar, eles não estão motivados para a aprendizagem, pois, falta apoio em casa. As famílias não colaboram, os pais têm a mínima vontade de estimular seus filhos para o estudo. Esses alunos foram rotulados pelos professores de irrequietos, tímidos, alienados, imaturos, rebeldes, chorões, excepcionais, dificultando o bom andamento das aulas.

A soma dessas condições descritas constitui um contexto que denominamos problemas de aprendizagem e comportamento.

Observamos, de fato, que o ambiente emocional agradável no recreio e corredores, tornava-se oposto em algumas classes. Nestas, as crianças problemas se revelavam e somando às represálias dos professores, sustentavam clima de ten

são.

Constatamos outros fatores que possivelmente contribuíam para a manutenção desse clima:

a) Classes numerosas

Mais de 30 alunos em algumas classes difficultando a atenção do professor para com o aluno.

b) Repetências

Os alunos conservados da 1a. série elevavam a uma porcentagem de 34%; possivelmente, a repetência contribua para que os alunos fiquem desatentos.

c) Atrasos pedagógicos

Dos 182 alunos matriculados em janeiro de 1975, 69% estavam ao redor dos 7 anos, idade oficial para o ingresso na vida escolar; 31% colocavam-se entre 8 e 13 anos de idade. Segundo a lei vigente de ingresso na escola, estes 31% estavam, obviamente, com atraso pedagógico que provavelmente contribui, igualmente, para a dispersão da atenção.

O atraso pedagógico forçosamente amplia as diferenças individuais na sala de aula o que tor na mais difícil para o professor apresentar experiências significativas a todos os alunos e fazer com que eles atinjam, pelo menos, um mínimo de satisfação de suas necessidades^{50,59}.

Naturalmente, este problema é agravado quando se trata de crianças advindas de uma infra-estrutura social, com carência de estimulação a fetiva e de toda a ordem. O atraso pedagógico constitui, assim, um fator de risco para a boa saúde mental na classe.

Na verdade, os. desajustamentos dos alunos colocam o professor em uma situação peculiar. Além da experiência e habilidade de lidar com crianças, ele precisa, forçosamente, conhecer os aspectos do desenvolvimento físico e psico-social das mesmas a fim de compreendê-las e ajudá-las na sua evolução normal. Necessita, também conhecer a si mesmo para não transferir tanto seus problemas a elas.

Allan Goldfarbⁱⁿ³¹ pesquisou, em Baltimore, se os professores primários podiam entender e interpretar condutas de estudantes quando comparadas com o julgamento de especialistas em saúde mental. Constatou que eles foram capazes, assim como de fazer os devidos encaminhamentos.

Os nossos professores também encaminham as crianças às clínicas pedagógicas quando consideram necessário, mostrando interesse em solucionar problemas que julgam importantes. Mas, até o momento não tínhamos ciência se suas apreciações são ou não correlacionadas com diagnósticos de especialistas.

Os rótulos dados aos nossos alunos pelos professores entrevistados parecem ser, muitas vezes, formas de desajustamentos emocionais que vêm associados a problemas como: instabilidade, apatia, rebeldia, desinteresse e outros. Nota-se que alguns professores primários necessitam de maiores esclarecimentos relacionados com problemas de saúde mental⁴⁴.

Na tentativa de amenisar a situação descrita, uma vez que ano após ano o fato se repete, foi tomada, pela Escola em questão, a seguinte decisão: o professor deveria observar quais os alunos fracos em aprendizagem e separá-los dos não fracos, formando novas classes, obedecendo ao critério estabelecido de alunos fracos e não fracos.

Cap. 2. CONCEITOS

Apresentamos, a seguir, algumas definições ou conceitos que estão impregnados de uma filosofia integradora; incluímos algumas informações sobre sua evolução e ~~temos~~ alguns comentários.

SAÚDE:

Na tradicional definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ^{in 26,47}

"Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença ou enfermidade".

Esta conceituação bastante conhecida e simples é vista, hoje, em seu aspecto dinâmico. Assim GARCIA²⁶ analisando sob este aspecto, faz ver que o indivíduo, sadio ou doente, não pode ser estudado com exclusão dos estados de completo bem-estar; ao contrário, deve ser compreendido a través de uma visão integradora, inter-agindo com o meio. Nesta perspectiva, o ser humano mantém com o ambiente um perfeito "equilíbrio ecológico".

Já, CLEMENTS & McCLOSKEY¹⁷, ampliando o conceito de homeostasis, referiam ao bem-estar físico, mental e social como facetas integrantes da saúde:

"...a estabilidade e o desenvolvimento do "self" estão fundamentalmente vinculados com os relações inter-pessoais..." querendo assim dizer, que o ambiente é parte desse equilíbrio.

"School Health Education" - 3M, Minnesota ⁱⁿ²³ apre

senta a seguinte definição, projetando-a em um móbili*:

"Saúde é uma qualidade de vida envolvendo interação dinâmica e interdependência entre o bem-estar físico do indivíduo, suas reações mentais e emocionais e o complexo social em que ele existe".

Uma vez que qualquer comunidade biótica existe unicamente como parte de seu meio ambiente^{9,25,31}, imaginamos o equilíbrio ecológico, no móbili, com ligeira diferença do de Minnesota: no ápice, a ecologia; em um lado, a saúde; no outro, pendendo separadamente, os estados físico, mental e social. Os movimentos contínuos do móbili, manutenção do equilíbrio, indicam ser "o completo bem-estar" um "gradiente de sanidade" todo individual e acusam uma escala de gravidade, segundo o menor ou maior desequilíbrio, demonstrado pelos diferentes estados: se o desvio for do estado físico, surgem as doenças, desde as simples infecções até às crônicas e graves; se a oscilação for do lado social, estaremos defrontando com os pequenos desajustes, as infrações ou delinquências e crimes; se do mental, defrontamo-nos desde os mínimos descontroles emocionais, até as neuroses e psicoses. O organismo e meio constituem, assim, um sistema integrado e com interações recíprocas.

SAÚDE MENTAL

A concepção errônea de doença mental, até os meados do século XVIII, dava a seu portador um tratamento de prisões. As novas idéias surgidas com Pinel, na França, no fi

* Catolog nº 15.1006-4"3" 3M Mouting Frame/Visual Products. Division 3M/Minnesota. USA.

nal desse século, deu ao paciente o seu lugar certo no hospital, uma vez que se passou a considerá-lo como vítima de doença.

Beersⁱⁿ⁵³ e Freudⁱⁿ⁷ desenvolvendo, respectivamente, a psiquiatria e a psicologia profunda e os psicólogos sociais²⁴ estudando as raízes do ego na organização social, trouxeram maior compreensão para os distúrbios mentais e comportamentais.

Essas novas idéias foram se cristalizando sob a forma de Movimento de Saúde Mental. A primeira organização deste tipo se deu em 1908, em Connecticut, denominada " Society for Mental Hygiene " com o propósito de combater a ignorância existente sobre a doença e suas causas. Houve rápido crescimento de atividades relacionadas com esse campo, surgindo em 1922, o primeiro Congresso de Higiene Mental nos Estados Unidos. No Brasil, sem citarmos muitos batalhadores que contribuíram para esse Movimento, o expoente é Durval Marcondes que, em 1938, iniciou a Secção de Higiene Mental do então Serviço de Saúde Escolar do Estado de São Paulo, hoje Departamento de Assistência Escolar.

Assim, desde as últimas décadas, a saúde e a doença mental tornaram-se temas de preocupação, não só da Saúde Pública como da população em geral^{12,31,41,64,70,71,79}. Os Centros Comunitários são as expressões mais modernas desta preocupação. Para a programação destes Centros é necessária a cooperação intensiva da comunidade. Segundo HECKTEVER³² e LAMB³⁸, eles representam os resultados da integração dos recursos existentes. Como exemplo, podemos citar a experiência levada a efeito em San Mateo, descrita assim por LAMB³⁸:

" os esforços de saúde mental de San Mateo, California, constituem um corpo de programação de saúde pública com a potencialidade para servir, tanto direta como indiretamente, toda a população de uma comunidade particular. É um programa que pro-

cura integrar serviços psiquiátricos para o po
vo...".

Chopeⁱⁿ³⁸ escreve:

"...uma programação de saúde mental é claramente um serviço de saúde pública, pois ambos adotam os mesmos princípios com o propósito de encontrar as necessidades de saúde mental da comunidade. Assim, nessa programação é dada ênfase à prevenção considerando a carência da população, a epidemiologia das doenças mentais, as agências existentes e a educação em saúde. Além dos fatores intra-psíquicos, hoje se reconhece a importância dos fatores sócio-culturais como determinantes cruciais do comportamento humano".

Família-escola-comunidade se congregam, assim, para realizar trabalho conjunto, pois o diagnóstico precoce da doença mental muito vai depender da interação destes três ambientes onde a criança recebe suas primeiras vivências.

A saúde mental representa, pois, um amplo campo de estudo e podemos defini-la como a capacidade que o homem tem de viver em harmonia com o meio que está em contínua mutação^{3,31,42}.

SAÚDE PÚBLICA

O conceito de Saúde Pública é alterado segundo mudanças de ordem técnico-científica, política-econômica, demográfica ou filosófica, ocorridas no espaço e no tempo. A ênfase dada especificamente à área do saneamento ou à bacterológica ultrapassa, nos dias atuais, os limites da Medicina Preventiva e Medicina Curativa, eliminando a dicotomia existente entre as atividades específicas destas duas medicinas,

fundindo-as para dar uma visão integral da realidade médico-sanitária.

Em 1920, Wislowⁱⁿ³¹ já relacionava a Saúde Pública com outros campos quando a definiu:

"... é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio, o controle das doenças transmissíveis, a educação do indivíduo,..., a organização de serviços médicos... e o desenvolvimento da maquinária social..."

Em definição mais sucinta temos a apresentada pelo Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo⁴⁷:

"Saúde Pública é a ciência e a arte de promover, proteger e recuperar a saúde física e mental através de medidas de alcance coletivo e da motivação da população".

As atividades de Saúde Pública são, pois, destinadas, principalmente, a promover a saúde, prevenir os agravos que possam atingi-la e como diz FORATTINI²⁵ "procuram a reabilitação funcional do conjunto ou organismo populacional".

Esses conceitos evidenciam a tendência integradora e dinâmica da saúde pública quando proporciona recursos adequados, motivando a população a manter-se saudável, física, mental e socialmente, através de esforços organizados da comunidade e quando integra serviços ligados indiretamente à saúde. A utilização destes últimos tem contribuído para um melhor conhecimento do contexto social, apreciação das doenças nos conceitos básicos de prevenção primária, secundária e terciária e tomada de contato com população em risco da saúde.

A comunidade já não pode mais ficar alheia às necessidades de saúde de seus membros, principalmente da crian

ça na idade escolar.

A Saúde Pública, no campo da saúde mental, além das doenças psiquiátricas, defronta novos problemas conducentes aos fatores de desajustamentos do homem^{16,31,74} que se manifestam através de duas maneiras:

1a. Carência alimentar e educativa, principalmente nos países em via de desenvolvimento.

2a. Doenças degenerativas, predominando nos países desenvolvidos.

Para sanar esta situação há necessidade de uma verdadeira política familiar e segundo SENAULT⁷⁴:

"...educação sanitária e social constituem o fundamento das respostas às novas necessidades,mas, não sabemos precisamente como esta educação poderá vir a ser eficaz. Dissemos que a prática médica deve sair de seu universo clínico para abordar o problema da adaptação humana, mas, não sabemos como esta fisiologia e esta psicologia aplicada à vida moderna poderão se integrar em um modelo de observação e de ação para o médico e para o educador. Em todo caso, está claro que esses profissionais não poderão mais batalhar isoladamente".

Para a visão integradora e dinâmica da realidade de médico-sanitária, três fatos são importantes:

1º Participação da população

Para solucionar problemas sanitários, graças às novas abordagens, o profissional especializado em Saúde Pública passa a trabalhar com a população e não para a população.

2º Novos técnicos são aderidos à equipe de Saúde Pública, à medida das necessidades locais,

regionais ou centrais.

Na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, desde 1925 foram se instalando cursos para a formação de sanitaristas de diferentes formações profissionais: professor primário, médico, nutricionista, engenheiro, administrador hospitalar, veterinário, odontólogo, enfermeiro, arquiteto, farmacêutico e bioquímico. Desde 1966, o Curso de Saúde Pública para Graduados em Outras Profissões inclui o psicólogo, o cientista social e outros profissionais. Ressaltamos, aqui, o papel do psicólogo, como diz BLEGER¹²:

"ele pode e deve oferecer à equipe de saúde pública um apoio considerável para salvaguardar e melhorar a vida dos seres humanos, principalmente, no aspecto da saúde de mental".

Enfim, todos os Cursos da Faculdade têm contribuído para a ampliação da referida equipe de Saúde Pública. Assim, também, desde 1966 o de Educador em Saúde Pública e desde 1975 o de Saúde Pública para Graduados em Nutrição.

3º Introdução da técnica de planejamento único para a assistência integral preventivo-curativa.

No planejamento de medidas coletivas a serem tomadas para a recuperação da saúde vamos encontrar, muitas vezes, no final de uma escala de prioridades, programas de saúde mental. Mas, em qualquer plano de ação, a Saúde Pública estará corroborando, direta ou indiretamente para a saúde mental da comunidade.

Dentro dessa visão integradora encontramos, no

dizer de PIOVESAN⁵⁷,

"... a realização de uma efetiva filosofia humanística nos trabalhos de Saúde Pública: a Saúde Pública integral tridimensional que engloba os elementos - orgânico, psíquico e social - dinamicamente".

As medidas preventivas consideradas atividades de Saúde Pública, como vimos, são destinadas a promover a saúde, prevenir os agravos que possam atingi-la e a reabilitar o organismo para o exercício de suas funções.

Os meios empregados para a prevenção podem ser utilizados em vários períodos que constituem a história natural da doença. Sendo assim, conforme a fase de sua aplicação é possível considerar as seguintes categorias de medidas, mesmo em uma programação de saúde mental: primária, secundária e terciária^{25,47,64,74}.

Por prevenção primária entende-se o afastamento das condições capazes de desencadear a moléstia; secundária, os processos terapêuticos capazes de impedir que a moléstia eclodida chegue à cronicidade; terciária, a recuperação parcial dos enfermos crônicos. É evidente que a mais importante e não menos difícil é a prevenção primária.

Esses princípios se aplicam em todos os aspectos da saúde pública inclusive em termos de saúde mental.

No campo específico da saúde mental, os primeiros sinais de desajustes podem surgir logo nos primeiros anos de vida. Os pais mais desavisados, rotulam seus filhos de excêntricos, muito ou pouco ativos, tímidos, não dando importância a esses comportamentos que passam despercebidos e muitas vezes podem ser início de uma patologia. É na escola de 1º grau, e possivelmente seja a 1ª série, a época de suma importância para a prevenção primária, principalmente para crianças sem pré-escola. O professor em convívio diário com os alunos tem maiores possibilidades de evitar que

a doença iniciada prossiga para as fases subsequentes, quando o indivíduo poderá mergulhar na cronicidade, ou na recuperação parcial. O professor, sem ser terapeuta, deverá detectar a problemática emocional de seus discípulos e encaminhá-los aos responsáveis para a sua solução.

Afora as clínicas particulares e beneficentes, São Paulo conta com duas fontes para prevenção de doenças do escolar: os Departamentos de Assistência ao Escolar do Estado e do Município.

a) Secção de Higiene Mental* do Departamento de Assistência ao Escolar do Estado.

A secção de Higiene Mental do Departamento de Assistência ao Escolar do Estado, instalada em 1938, conta até o presente momento, com cinco Clínicas de Orientação Infantil.

Ciente de que devem ser esgotados todos os recursos da prevenção primária MUNHOZ⁵¹, então diretor dessa Secção, declarou:

"... a situação em que se encontra a Secção de Higiene Mental cabe ressaltar a fixação da suas atividades no campo da prevenção secundária, da mesma forma que acontece para quase a totalidade das agências de saúde mental do nosso Estado e do País. Tal situação persiste porque são limitados os recursos humanos, materiais e financeiros, não se podendo atingir um máximo de rendimento."

* A Secção de Higiene Mental Escolar junto com as Secções de Assistência Médica, de Educação em Saúde e de Nutrição, integra o extinto Serviço de Saúde Escolar (atual Departamento de Assistência Escolar) da Coordenadoria do Ensino Básico e Normal da Secretaria de Educação que ora passa por fase de reforma.

Esse Departamento pretende desenvolver um sub projeto de prevenção primária visando sanar tal situação, realizando um trabalho profilático de responsabilidade con junta com a Cadeira de Psicologia Escolar e Problemas de Aprendizagem da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Uni versidade Católica de São Paulo^{2,51}.

b) Departamento de Assistência Escolar da Secre-
taria Municipal de Educação.

Este Departamento mantém desde 1956 atendimentos psicológicos, mas, desde 1967 vem estrutu rando uma programação multidisciplinar, com re levantes resultados. Conta atualmente com re cursos humanos capazes para o diagnóstico dos problemas psicológicos e as atuais Clínicas Psicológicas* estão equipadas para o tratamento dos problemas de aprendizagem e comportamen to de seus escolares⁶⁹.

Não obstante todos os recursos existentes, tanto o Estado como a Prefeitura, não conseguem suprir a demanda que ainda ultrapassa de muito as possibilidades de atendi mento.

Griffin, Laycock e Lineⁱⁿ⁵⁰, escrevem:

"... em 1940, entre 100 crianças da escola primária, sorteadas ao acaso, quatro ou cinco passarao parte de sua vida em hospitais para doentes mentais, quatro ou cinco desenvolverão doençamental grave, mas, serão cuidadas em instituições es

* As Clínicas Psicológicas da Prefeitura Municipal de São Paulo pertencem à Secção de Psicologia Clínica, uma das quatro que integram a Divisão de Assistência Médica do Departamento de Assistência Escolar da Secretaria de Educa ção do Município de São Paulo.

peciais, uma ou duas cometerão crimes graves e, passarão algum tempo na cadeia ou na penitenciária, três ou quatro serão deficientes quanto ao desenvolvimento mental, e terão dificuldades de se tornarem cidadãos úteis e produtivos. Dentre os outros, calcula-se que de trinta a cinquenta deixarão de atingir a eficiência máxima e a felicidade que lhes caberia, pois são prejudicados por hábitos emocionais e traços doentios de personalidade". Uma descrição mais atual - mas igualmente sombria, foi apresentada por William Menninger, em 1948..."

Mesmo sem dispormos de dados estatísticos tudo nos faz crer que não nos distanciamos da situação acima descrita e para tanto basta que se leia o noticiário referente a crimes e delinqüências, publicado diariamente em nossos periódicos.

KAPPELMAN & colaboradores³⁵ relatando sobre o Serviço de Saúde Escolar mostram que 10 a 20% da população de crianças americanas na idade escolar sofrem de problemas de aprendizado e comportamento.

No Brasil, a atual política nacional procura dar apoio e cooperação aos diferentes Estados, com programas que incluam, prioritariamente, a saúde mental de crianças até a idade escolar. Haja visto o PROJETO⁵⁹ do Ministério de Planejamento e Associação de Pais e Mestres, oficializado e patrocinado pelos Órgãos governamentais, cujo programa é de ação integral para a solução da problemática do retardo mental no país e a programação pré-primária que ora se implanta entre nós. Estas atenções constituem um passo a mais para podermos enfrentar, ao nível da prevenção primária, uma população em risco.

SAÚDE DO ESCOLAR

O conceito de saúde do escolar vem sendo relacionado com o de saúde ou seja, é vista como qualidade de vida no aspecto dinâmico. É a capacidade do escolar de desenvolver suas potencialidades físicas, mentais e sociais em inter-relações com o meio. O escolar é aquele indivíduo considerado na faixa etária de 7 a 12 anos cujos limites, atualmente, estão ampliados aos estádios escolares.

Entre nós, a atenção dada à saúde escolar está integrada em planos de educação e de saúde, oficialmente estabelecidos no contexto do Departamento de Assistência ao Escolar, do Estado. A situação administrativa responsável pelas atividades desse Órgão foi largamente discutida. De fato MONFRE⁴⁸ descreve:

"... ora está ligado aos Ministérios, Secretarias ou Departamentos de Saúde, ora aos de Educação. Em outros casos é uma junta formada de elementos locais dos Órgãos de Saúde e de Educação."

Atualmente, graças às últimas reformas administrativas ficaram estabelecidos, definitivamente, os liames do Departamento de Assistência ao Escolar com a Secretaria de Educação. Desta maneira, a escola procura desenvolver programas de forma a dar ampla cobertura à saúde do escolar, incluindo os seus aspectos educativos²⁰⁻²¹. Nesta oportunidade, objetiva-se a integração crescente de setores afins e dá-se muita ênfase ao Ensino da Saúde. Esta situação fica perfeitamente consubstanciada nos termos da LEI³⁹ nº 5.692 de 11 de agosto de 1971 a qual torna obrigatório o ensino da saúde nas escolas de 1º grau.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde, na escola, deve estar presente em todos os aspectos da vida do escolar.

A educação em saúde,⁴⁵ como considerada pela Disciplina de Educação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pú**bl**ica da Universidade de São Paulo, abrange quatro dimensões que se integram: serviços de saúde, ambiente escolar, lar-escola-comunidade, ensino da saúde. Uma programação neste sentido foi colocada em prática pela própria Disciplina em um dos Institutos de Educação da cidade de São Paulo⁵ em 1971 e em 1975 no Grupo Escolar Ginásio que focalizamos*. Esses esforços constituíram uma inovação e uma tentativa dos Órgãos governamentais para implantar no Estado, um programa integrado do ensino da saúde no 1º grau.

A fim de verificar a filosofia daquela Disciplina em relação ao conceito de Educação em Saúde, D'EL REY²² fez um levantamento minucioso sobre a questão, em diferentes Estados brasileiros e chegou à seguinte conclusão: até o presente não existe Educação em Saúde como definida pela referida Disciplina. As quatro dimensões constituem atividades, na maioria das vezes, sem entrosamento entre elas e com o mínimo de ação educativa. Algumas das anotações dessa autora, quanto às quatro dimensões, foram as seguintes:

1a. Serviços de saúde

"Os serviços de saúde são conceituados, principalmente, em termos da medicina curativa, incluindo serviços médicos odontológicos."

*

* PLANO ANUAL, 1975. Grupo Escolar "Pasquale Peccicacco". São Paulo, 4º Departamento do Ensino Básico (4º DEB), 1975.

Uma visão integral das atividades do Serviço de Saúde Escolar foi já apontada por CLEMENTS & McCROSKY¹⁷ e HANLON³¹ mostrando a necessidade de se considerar essas atividades como um sistema que engloba a assistência médica, ambiente escolar e o lar.

Sabemos hoje, que os serviços de saúde não devem ser exclusivamente assistenciais, mas, também, educativos. É oportuno lembrar ROSENBERG⁶⁶, ao discorrer sobre o Departamento de Assistência Escolar da Prefeitura Municipal de São Paulo:

"... não se pode imaginar o sucesso de um programa educacional aplicado a uma população sem saúde, da mesma forma que não se concebe promover saúde dissociando-a da atividade educacional".

2a. Ambiente escolar

"Esta área é relacionada às condições físicas do prédio escolar".

Hoje considera-se que o processo educativo se desenvolve de acordo com a interação educando-meio. O "viver saudável" engloba, além do ambiente físico, o emocional, clima onde vive todo o pessoal escolar e que pode afetar tanto a saúde do aluno como a do professor e a do corpo administrativo.

3a. Lar-escola-comunidade

"A legislação a esse respeito, referia à responsabilidade da família e do Estado, de defender e proteger a saúde do indivíduo. Somente, em 1958, a Lei 10.038 de 5/2/58, no art. 68, cp. V, diz "será estimulada a integração lar-escola-comunidade através das Associações de Pais e Mestres".

Hoje, o entrosamento lar-escola-comunidade tem

sido ampliado de tal forma que a tendência é a integração dos serviços ligados direta e indiretamente à saúde do escolar a fim de prover o indivíduo de todos os recursos necessários ao seu completo bem-estar²⁰. Configura bem a idéia de REQUIA⁶³:

"... a escola deve ser considerada não uma institução à parte, mas, um organismo inserido na própria comunidade e tem grande responsabilidade na formação integral do educando. A escola moderna, ao contrário da tradicional, pode abrir suas portas e acompanhar a vida social da criança".

4a. Ensino da Saúde na escola- ampliando os da dos de D'El ^{REY 22} Rey²², destacamos três fases:

a) Dos Temas isolados

O ensino da saúde é ministrado aproveitan-do-se as suas efemérides. Exemplo: Dia da Nutrição, Tuberculose, Dia dos bons dentes.

b) Dos programas mínimos

Em 1946 já existia um programa mínimo sobre saúde nas escolas; em 1951 a Secretaria da Educação aprovava o Programa de Educação Sanitária organizado pelo Serviço de Saúde Escolar¹⁵. Em 1955 foi desen-volvido um programa experimental na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, por um grupo de educadores sanitários⁷², no qual o ensino da saúde, com dificuldades gradativas, integrava a programação das diferentes disciplinas e séries da escola primária.

c) Fase atual

A LEI 5.692/72³⁹ é o marco oficial da im

plantação definitiva do Ensino da Saúde nas escolas do 1º Grau, constituindo este Ensino, uma das responsabilidades da escola moderna.

Esta Lei veio preencher uma lacuna de tantos anos. Esperamos, no entanto, que não fique somente em atividades teóricas e esparsas, mas que o Ensino da Saúde seja compreendido dentro de um contexto dinâmico e integral da vida do escolar.

A ação conjunta das atividades do Departamento de Assistência ao Escolar, incluindo a Educação em Saúde em todos os aspectos da vida do aluno, possibilitará à equipe encarregada de solucionar problemas de aprendizagem e comportamento, ter uma visão integral do universo infantil, manter um controle mais eficiente da saúde da criança e, por conseguinte, atuar em níveis de prevenção mais precoce.

DISTÚRBIOS EMOCIONAIS NA SALA DE AULA

Os problemas no campo da saúde mental são mais difíceis de serem detectados; primeiro, porque as doenças são originadas na mente do indivíduo e segundo por serem apenas visíveis através do comportamento.

Como sabemos, o comportamento - expressão individual - é deveras complexo. Muitos ramos da ciência tentam explicá-lo formulando hipóteses e testando-as. Assim, a ~~filosofia~~⁴⁶, a psicologia^{58,73}, antropologia⁷, sociologia^{33,43} e outras⁴³ procuram compreendê-lo e predizê-lo. A Psicologia é, pois, uma das muitas áreas da ciência que estuda o comportamento. As teorias psicológicas são inúmeras e pretendem explicá-lo em diferentes aspectos: seja com fundamentos biológicos, perceptivos, cognitivos, motivacio

nais, inconscientes ou em outros^{7,10,14,33,43,58}.

O comportamento é o resultado da interação do indivíduo nos diferentes ambientes que ele enfrenta desde o nascimento até a morte: familiar, de brinquedos, vizinhança, escolar, profissional, da comunidade enfim.

Para o desenvolvimento sadio, principalmente da criança, é de fundamental importância a capacidade de viver em harmonia com estes grupos que estão em contínua mutação.

Segundo MACKENZIE⁴²:

"... não há normas de comportamento; podemos dizer, para a época atual, que a criança saudável é aquela que expressa livremente seus sentimentos, como desapontamento, raiva, tristeza, em relação às suas frustrações e sabe controlá-los, mas,...., o controle demasiado não será bom sinal."

Segundo esse autor, a manifestação dos distúrbios emocionais em geral é influenciada pelo menos por três fatores:

- 1º. Pela personalidade do próprio indivíduo.
- 2º. Pelas atitudes e personalidades daqueles grupos sociais que o indivíduo contata e se influencia desde o nascimento.
- 3º. Pela idade, principalmente na criança, quando os processos de mudança e desenvolvimento são mais acentuados.

No campo específico da sala de aula KAPPELMAN³⁵ e REDL⁶² acham que há uma multiplicidade de diagnósticos relacionados aos distúrbios emocionais.

REDL⁶² analisando o rótulo de aluno irrequieto dado em sala de aula, diz estar dentro de um conceito simplista e obsoleto; melhor seria falar em comportamento ir

irrequieto que se estuda através de exame clínico psicológico. É uma entidade diagnóstica ou problema de personalidade.

Este autor cita três fontes ou situações favoráveis à emergência dessa conduta na sala de aula:

1º. Desenvolvimento normal

A criança, pela sua naturalidade, contamina outras. Seu comportamento é normal e deve ser visto simplesmente como consequência do desenvolvimento psicomotor e social.

2º. Contexto da sala de aula

Alguma coisa no contexto da sala de aula influi rebaixando o tom emocional do ambiente. Compreende, aqui, tudo que afeta a criança, incluindo tamanho da sala, natureza do "currículo", espaço, material, colegas e professor.

3º. Potencial para o comportamento irrequieto

O distúrbio constitui problema ou desajuste da criança em seu meio. Todo o ambiente constitui um estado de tensão insuportável ou de desorganização para ela. O comportamento é somente a parte visível de um processo psicológico ou das próprias fantasias da criança.

MOULY⁵⁰ escreve:

"A Higiene Mental na sala de aula não é um conjunto de processos especializados como os existentes em uma situação clínica, mas é parte do processo do ensino, ou segundo a afirmação de Redl e Watterberg, o verdadeiro núcleo da boa higiene mental nas escolas, é a maneira de orientar as atividades de aprendizagem."

E mais adiante afirma que:

"... a orientação, a higiene mental e até a educação no sentido atual, têm o mesmo objetivo, isto é, o de conseguir maior auto-realização possível da criança."

Segundo MOULY⁵⁰, a sala de aula apresenta certas particularidades que podem constituir perigos à saúde mental da criança, sobretudo para aquelas que têm limitada capacidade intelectual ou que já trazem um potencial emocional inadequado; outrossim, lembra quanto é nocivo o disciplinamento utilizado, até então, por muitos professores, (tais como gritos, castigos) que afeta não só o clima emocional da classe, como são medidas psicológicas destrutivas para o aluno.

DINÂMICA DOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS

As duas últimas fontes acima citadas, capazes de manifestarem os distúrbios emocionais (alguma coisa no contexto da sala e o potencial da criança), comportam interpretação dinâmica com base psicanalítica.

A teoria psicanalítica levada a efeito por Rapaport, Alexander e Garmaⁱⁿ⁷³ refere as emoções como correspondentes a um processo de descarga, sendo que a expressão final é percebida como sentimento. Um processo inconsciente ocorre entre a percepção do estímulo evocando a emoção, o processo fisiológico manifestando o comportamento.

BICUDO¹⁰ baseando-se na teoria psicanalítica escreve:

"... em essência, todo ser humano procura os mesmos fins, movido por imperativo interior, que

não é apanágio de nenhum indivíduo ou grupo e sim característico da espécie."

"... Todo aquele que se atém ao estudo dinâmico dos fenômenos mentais como o que se processa pe lo método psicanalítico, alcança a evidência de que, quanto mais profundo o nível de observação dos fatos psíquicos, tanto maior se torna a igualdade e tanto menores as diferenças, no to cante à natureza das energias e aos mecanismos psíquicos..."

"As variações individuais na esfera mental, dão aos indivíduos diferentes pontos de partida, mesmo dentro da normalidade. Todavia, as pressões excessivas atuam sobre a criança; ela poderá desenvolver formas mórbidas de sentir e de reagir..."

Assim, a criança problema é consequência de uma situação total: fantasias geradas em sua mente e pressões do meio. A dinâmica do comportamento evoca sempre a interação entre estas duas forças complexas.

PARTE II - ESTUDO SOBRE O ESTADO EMOCIONAL
DE ALUNOS DA 1a. SÉRIE DE UM GRUPO ESCOLAR GINÁSIO DA
CIDADE DE SÃO PAULO

Cap. 1. OBJETIVOS E HIPÓTESES

Com bases nas informações colhidas e apresentadas na Parte I, estabelecemos os objetivos e hipóteses para a presente pesquisa.

OBJETIVOS

1. Imediatos

- 1.1 Compreender melhor a criança da 1a. série identificando a dinâmica emocional de seu comportamento.
- 1.2 Dimensionar o número de crianças emocionalmente ajustadas para enfrentar o ambiente escolar.
- 1.3 Apresentar recomendações tendo em vista a situação constatada.

2. Mediato

Enfatizar a dinâmica emocional da criança da 1a. série e sua importância nos problemas de aprendizagem e comportamento, para os técnicos de educação, de saúde e de áreas correlatas, assim como para a comunidade e principalmente às famílias.

HIPÓTESES

1. O critério empírico utilizado pela escola quando classifica os alunos em dois grupos - fracos e não fracos, é válido.
2. Os alunos fracos demonstram atrasos mais evidentes no desenvolvimento psico-social que os não fracos.

Com esses objetivos e hipóteses estabelecemos o material e método.

Cap. 2. MATERIAL E MÉTODO

UNIVERSO

Por ocasião do presente estudo, os alunos da 1a. série do Grupo Escolar Ginásio em questão (GEG"PP"), estavam distribuídos em 6 classes A, B, C, D, E e F, que funcionavam no período da manhã e da tarde, com um total de 183 alunos (Quadro 1).

QUADRO 1: Total de alunos segundo as classes e período. GEG "PP", 1a. série. Agosto, 1975.

Classificação	Classe	Período	Alunos	%
Fracos	E	manhã	22	12
Fracos	F	tarde	22	12
Não Fracos	A	tarde	36	20
Não Fracos	B	tarde	34	18
Não Fracos	C	tarde	36	20
Não Fracos	D	tarde	33	18
TOTAL			183	100

O julgamento de aluno fraco e não fraco, a partir do critério dos professores, está relacionado ao aproveitamento escolar e ao disciplinamento. Estas duas características se justificam mutuamente e são assim conceituadas:

1a. Aproveitamento escolar

O remanejamento para a classe fraca é feito baseando-se na lentidão que a criança apresenta para a aprendizagem. A alfabetização é conseguida até certo ponto, na cartilha adotada. Em maio e junho a criança retorna à primeira lição da cartilha, porém, se persiste a dificuldade adota-se outro livro de leitura.

2a. Disciplinamento

Incluem neste item a atenção dispersa, o devaneio e a incapacidade de participar nas atividades escolares.

Os professores observaram seus alunos em um período de três meses, isto é, de fevereiro (início do ano letivo) à abril, após o qual, separaram aqueles que eles classificaram como fracos e formaram com esses, novas classes.

AMOSTRA

Os 183 alunos que constituíam a nossa população de análise foram estratificados, segundo o critério de alunos fracos (F) e não fracos (NF) ficando assim distribuídos : F=44 e NF=139.

Esta população foi então ordenada em uma lista no

minal, de modo que os alunos das classes fracas (E e F) figurassem como os últimos. Aos 183 indivíduos assim ordenados, aplicou-se o método de amostragem sistemática com intervalo 6, resultando uma amostra de 31 alunos. Destes, abandonamos um, devido à idade de 13 anos e 9 meses que consideramos discrepante.

DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra se compõe de crianças sem pré-escola e ficou assim constituída:

a) Alunos fracos

Oito alunos ou 24% da amostra, de ambos os sexos, repetentes ou não, com idade que variavam entre 7 anos e 5 meses a 9 anos e 11 meses.

b) Alunos não fracos

Vinte e dois alunos ou 66% da amostra, de ambos os sexos, repetentes ou não, com idade que variavam entre 7 anos e 2 meses a 10 anos e 11 meses.

INSTRUMENTOS

Utilizamos dois instrumentos: a ficha de informação sobre o aluno e a família e o teste de apercepção infantil, básico para o presente estudo.

FICHA DE INFORMAÇÕES

A ficha de informações sobre o aluno e a família é preenchida na Escola, no início do ano, por ocasião da matrícula; nela são anotados todos os dados de identificação e saúde da criança, como também a situação sócio-econômica da família (Anexo 1 - Ficha de Informações). Para o presente trabalho utilizamos somente os dados referentes ao nível de instrução e profissão dos genitores, assim como os relativos à renda familiar.

*TESTE DE APERCEPÇÃO INFANTIL**"CHILDREN'S APPERCEPTION TEST (CAT)":*

O teste de apercepção infantil ou "Children's apperception Test (CAT)" de BELLAK & BELLAK^{8,36,37,61} é um teste de apercepção temática, infantil, complementar, para o diagnóstico psicológico da personalidade. Apercepção é a integração de uma percepção da experiência passada com o estado psicológico atual do sujeito³⁶.

Criado por BELLAK & BELLAK⁸, em 1949, destina-se à criança de 3 a 10 anos de idade. É composto de 10 pranchas ou lâminas com figuras de animais, as quais são apresentadas uma a uma ao examinando, a fim de que ele conte uma história por prancha, segundo as instruções e técnicas de aplicação pré-determinadas. Essas figuras expressam situações suscetíveis de manifestarem os processos dinâmicos dos problemas infantis (Anexo 2 - Descrição das pranchas).

Os temas típicos e resumidos que se obtêm de cada história, são:

1a. Alimentação	6a. Preocupações infantis
2a. Agressão	7a. Medo
3a. Figura paterna=	8a. Constelação familiar
4a. Rivalidade fraterna	e/ou alimentação
5a. Preocupações infantis	10a. Hábitos higiênicos

Os autores apoiaram-se em três proposições fundamentais^{8,61}:

a) Hipóteses básicas de projeção

Justifica-se, pelo mecanismo de projeção, esperar que as histórias contadas pela criança sejam derivadas de representações de sua dinâmica emocional. As informações obtidas através da tarefa solicitada nos permitem, pois, fazer inferência da organização de sua personalidade.

As narrações feitas por diversas crianças nos mostram as diferenças individuais, constituindo a hipótese básica da projeção. O tipo de inferência é apoiado na teoria psicanalítica. Com a psicanálise, aceitamos, fundamentalmente, a teoria genética da personalidade quanto à continuidade motivacional da personalidade.

b) Cenas particulares

A seleção das cenas particulares representadas nas gravuras não é independente da teoria psicanalítica. Elas encerram problemas e situações que foram relevantes para a criança, tais como cenas de comer, dormir e hábitos higiênicos. São estímulos que levantam respostas significativas refletindo fantasias e rea

lidade.

Usando estas situações espera-se conhecer alguma coisa no contexto das preocupações infantis: os desejos, imagem do próprio corpo, as identificações e mecanismos de defesa e adaptação.

c) Figuras animais

Levou-se em consideração a concepção de que crianças se identificam melhor com figuras animais do que com as humanas. Esta idéia apesar de ser contestada por vários autores⁶¹, nossas experiências confirmam as idéias de Bellak.

Técnica de aplicação e da coleta de dados

Seguimos a técnica de aplicação indicada para o teste⁸.

Examinamos primeiramente os alunos fracos e em seguida os não fracos, por ordem da classe (E,F,A,B,C e D). O estudo se processou em duas salas distintas, mas, em ambiente apropriado.

Para o registro dos dados, ao invés de utilizarmos um protocolo de análise para cada história, adaptamos um formulário para as 10 histórias (Anexo 3 - Protocolo de análise).

Variáveis analisadas

Os métodos estatísticos usados para a análise das

variáveis foram descritivos, tabelas, distribuição de frequência, média e desvio padrão⁷⁷.

O protocolo de análise contém 11 variáveis e subdivisões. Os resultados por nós obtidos, não apresentando frequência relevante em algumas delas, nos permitiram analisar oito e subdivisões, que seguem:

1. Tema
2. Herói
 - 2.1 Necessidades psicológicas
 - 2.2 Necessidades biológicas
3. Visualização das figuras parentais
 - 3.1 Figura paterna
 - 3.2 Figura materna
4. Identificação do herói
5. Familiares e outras figuras introduzidas
6. Natureza das ansiedades
7. Castigo
8. Desenlace das histórias

Quando possível, classificamos as respostas em adequadas e inadequadas, segundo a teoria de Ericksonⁱⁿ⁴³. Este autor classifica em oito, as necessidades básicas do homem, de acordo com o desenvolvimento psico-social, assim consideradas: as cinco primeiras relacionam à infância e à adolescência (confiança, autonomia, iniciativa, labor, identidade) e as três últimas, à idade adulta (intimidade, generalidade e integridade). Nesta teoria, a criança no início da idade escolar já deve sublimar eficazmente seus desejos infantis anteriores, para adquirir um sentimento de labor e rechaçar o de inferioridade. Assim, consideramos adequadas as respostas que expressam características evolu

tivas esperadas para a idade cronológica. As inadequadas significam situações de ansiedade para a criança.

Dois juízes psicólogos foram responsáveis por esse julgamento.

Descrição das variáveis

1a. Tema

Segundo o próprio título, tema é o assunto de que trata a história. A criança faz a narrativa de como vê a si mesma e as pessoas ao seu redor, isto é, como percebe o mundo em geral^{8,29}; não é só a influência do meio que afeta profundamente a criança, mas, o significado que ela dá a esse meio.

2a. Herói

O herói é o personagem com o qual o examinando se identifica.

Importa observar a capacidade que o herói tem de enfrentar qualquer circunstância, em forma adequada na sociedade a que pertence. Sabemos que o indivíduo tem necessidades que devem ser satisfeitas para fins de sua sobrevivência. Maslow e Murphyⁱⁿ¹⁸ sugerem uma hierarquia das necessidades desde as biológicas fundamentais (fome, sede, sono) até as necessidades de afeição e realização do eu, que representam o desenvolvimento mais elevado da personalidade. Já Ericksonⁱⁿ⁴³, como vimos, classifica em oito as necessidades bási

cas do homem segundo o desenvolvimento psico-social. Analisamos somente as necessidades psicológicas e biológicas por que foram as mais freqüentes.

3a. Visualização das figuras parentais

Os indivíduos vêem os pais de diferentes maneiras; aqui, agrupamos em dezessete atitudes aquelas vistas pelas crianças em estudo, de acordo com o protocolo de análise (Anexo 3).

Alguns sinônimos ficaram assim agrupados:

- Amistosa = boa, confiante, cooperadora.
- Ativa = independente.
- Agressiva = acometedora
- Hostil = autoritária, dominadora, não amistosa, poderosa.
- Indefesa = débil
- Indiferente = descuidada
- Instável = duvidosa, fugitiva, inconstante, indecisa.
- Passiva = inexpressiva, submissa.
- Perseguidora = assustadora, devoradora, temerosa.
- Protetora = cuidadosa.
- Punitiva = admoestadora, castigadora, que priva.
- Rejeitadora = que rechaça, não confiante
- Requerente = exigente.

4a. Identificação do herói

Identificação é um fenômeno psicológico que se refere à primeira ligação emocional com outra pessoa processando-se de maneira natural e espontânea. Segundo KLEIN³⁴, as primei

ras identificações da criança já deviam chamar-se super-ego e poderíamos saber muito sobre o ego, se conhecêssemos mais as várias identificações que este faz. De qualquer maneira, o ego regula as relações existentes entre essas identificações as quais, naturalmente, diferem de acordo com o estado evolutivo em que se produzem.

5a. Familiars e outras figuras introduzidas

As figuras, de existência pictória ou fictícia, têm real significado para a criança quando narra uma história.

Destacamos àquelas relacionadas às familiares e com outras figuras humanas. Como diz BELLAK & BELLAK⁸:

"As circunstâncias exteriores, tais como a injustiça, severidade, indiferença, privação e decepção, acompanhando as figuras e objetos introduzidos contribuem para penetrarmos no mundo o qual a criança crê viver".

6a. Natureza das ansiedades

É importante detectarmos as principais ansiedades das crianças. Talvez as mais importantes, segundo os autores do teste, sejam aquelas que surgem perante o castigo físico, por não ter carinho ou perdê-lo (desaprovação) ou por sentir-se abandonada (solidão, falta de apoio).

7a. Castigo por uma falta

A relação entre uma falta cometida e a severidade do castigo nos dá informação sobre o desenvolvimento do super-ego da criança. Para a apreciação da adequação entre a falta e

o castigo analisamos se este foi considerado como justo, imediato ou severo.

8a. Desenlace das histórias

Interessa saber se a história teve um final feliz, o que mostra o tom emocional básico da criança: deprimida, alegre ou otimista. Em geral, esta variável se correlaciona com a adequação do herói.

Cap. 3. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

FICHA DE INFORMAÇÕES

As tabelas de 1 a 4 nos fornecem alguns dados subsidiários obtidos através das fichas de informações sobre o aluno e a família.

NÍVEL DE INSTRUÇÃO DOS GENITORES

As tabelas 1 e 2 nos dão o nível de instrução de 24 genitores, não necessariamente casais, que responderam ao ítem.

Vemos que a maior incidência é de instrução primária, tanto do Pai (75%) como da Mãe (92%), sendo que os genitores dos alunos fracos têm menos escolaridade. Pai F: sem instrução, 20%; primária, 60%; secundária, 20%. Pai NF: primária, 79%; secundária, 15%; e universitária, 6%. Mãe F: primária, 100%; Mãe NF: sem instrução, 5%; primária, 90% e secundária, 5%.

TABELA 1: Nível de instrução do Pai dos alunos fracos e não fracos. GEG "PP", 1a. série. Agosto, 1975.

Instrução do pai \ alunos	F		NF		Total %	
	f	%	f	%		
Sem instrução	1	20	-	-	1	4
Primária	3	60	15	79	18	75
Secundária	1	20	3	15	4	17
Universitária	-	-	1	6	1	4
TOTAL	5	100	19	100	24	100

TABELA 2: Nível de instrução da Mãe dos alunos fracos e não fracos. GEG "PP", 1a. série. Agosto, 1975.

Instrução da mãe \ alunos	F		NF		Total %	
	f	%	f	%		
Sem instrução	-	-	1	5	1	4
Primária	6	100	16	90	22	92
Secundária	-	-	1	5	1	4
Universitária	-	-	-	-	-	-
TOTAL	6	100	18	100	24	100

PROFISSÕES DOS GENITORES

Entre as profissões do Pai dos alunos em geral, predominam aquelas classificadas como ocupações manuais especializadas com um total de dezoito tais como: alfaiate, eletricista, fotógrafo, marceneiro, mecânico, pedreiro, ta

peceiro e outras. Dos doze restantes, três não responderam e nove se diluem em cargos de gerência e em ocupações não manuais de rotina. Esta descrição está baseada na classificação de categorias ocupacionais de Hutchinson^{apud78}. Entre as mães, 23 são do lar, 3 empregadas domésticas, uma dietista e três não responderam.

RENDA FAMILIAR

Vemos na tabela 3 a situação econômica dos lares dos alunos estudados; das 26 respostas predomina renda entre Cr\$1.101,00 e Cr\$2.000,00. Tendo essa amostra, em média, cinco indivíduos por família, consideramos baixa a renda familiar¹⁶. Ganhos mais altos são daqueles cujos filhos estão classificados como não fracos.

TABELA 3: Renda das famílias dos alunos fracos e não fracos. GEG "PP", 1a. série. Agosto, 1975.

alunos Renda familiar		F		NF		Total	
		f	%	f	%		
Até 500,00		1	17	-	-	1	4
501,00 750,00		2	33	2	10	4	16
751,00 1.100,00		-	-	4	20	4	15
1.101,00 2.000,00		1	17	8	40	9	34
2.001,00 e mais		2	33	6	30	8	31
TOTAL		6	100	20	100	26	100

MÃES COM ATIVIDADES FORA E NO LAR

A Tabela 4 nos mostra a resposta de 27 mães quanto ao trabalho fora (15%) e no lar (85%); a porcentagem menor é das mães que trabalham fora e justamente destas, os filhos tem maior tendência a serem fracos na aprendizagem 11% e 4%, respectivamente fracos e não fracos.

TABELA 4: Mães com atividades fora e no lar. GEG "PP", 1a. série. Agosto, 1975.

Atividade Aluno	Fora		No lar		Total %	
	f	%	f	%		
Fraco	3	11	4	15	7	100
Não fraco	1	4	19	70	20	100
TOTAL	4	15	23	85	27	100

TESTE DE APERCEPÇÃO INFANTIL

"CHILDREN'S APPERCEPTION TEST (CAT)"

Em primeiro lugar expomos os resultados das dez variáveis do CAT nas Tabelas 5 a 14. As respostas foram tabuladas pelas suas frequências segundo os alunos fracos (F) e não fracos (NF); quando possível, as classificamos em adequadas e inadequadas, conforme expressam ou não, as características evolutivas esperadas para a idade cronológica, já descritas anteriormenteⁱⁿ⁴³.

Em seguida, na Tabela 15, apresentamos a média dos alunos fracos e não fracos por variável; nas dez pranchas, segundo o número das histórias adequadamente interpre

tadas. Seguimos os mesmos critérios tomados para as variáveis.

Finalmente damos a estimativa da proporção dos alunos ajustados, considerando-os aqueles que tiveram no mí nimo seis histórias adequadamente interpretadas.

O diagnóstico psicológico e dinâmico não é ba seado em um só relato, mas sim, no conjunto das dez pran chas constituindo a síntese do estudo.

TEMA

Quatro pranchas foram rejeitadas: duas ou 2,5%, por um aluno fraco (pranchas 5 e 6) e duas ou 0,9% por um aluno não fraco (pranchas 4 e 6), totalizando 296 te mas para nosso estudo. Prancha rejeitada é a que o examinando não consegue reagir ao que se solicita. Motivos inconscientes bloqueiam as associações de idéias e a cri ança repele o estímulo.

A Tabela 5 mostra, segundo os alunos fracos e não fracos, os temas classificados em adequados e inade quados.

TABELA 5: Temas das histórias do CAT segundo alunos fracos e não fracos. GEG "PP", 1a. série. Agosto, 1975.

Alunos Temas	F		NF		Total	%
	f	%	f	%		
Adequado						
Alimentação satisf.	6	7.69	14	6.42	20	6.75
Autonomia	1	1.28	3	1.37	4	1.35
Brincadeira	5	6.41	8	3.66	13	4.39
Competição	6	7.69	10	4.58	16	5.40
Cooperação	1	1.28	4	1.83	5	1.68
Cuidados parentais	2	2.56	11	5.04	13	4.39
Higiene pessoal	4	5.12	7	3.21	15	3.71
Manipulação	-	-	3	1.37	3	1.01
Pai amigoso	-	-	1	0.45	1	0.33
Preocupação sexual	1	1.28	36	16.51	37	12.50
Situação escolar	1	1.28	-	-	1	0.33
Vida social	3	3.84	6	2.75	9	3.04
Total	30	38.46	103	47.24	133	44.93
Inadequado						
Abandono	6	7.69	17	7.79	23	7.77
Agressão	14	17.94	28	12.84	42	14.18
Alimentação frust.	6	7.69	15	6.88	21	7.09
Doença	1	1.28	-	-	1	0.33
Família punitiva	-	-	4	1.83	4	1.35
Frustração	3	3.84	4	1.83	7	2.36
Medo	8	10.25	17	7.79	25	8.44
Pai indefeso	-	-	7	3.21	7	2.36
Pai ameaçador	-	-	2	0.91	2	0.67
Passividade	1	1.28	-	-	1	0.33
Perseguição	1	1.28	-	-	1	0.33
Rivalidade frater.	4	5.12	10	4.58	14	4.72
Rivalidade parent.	3	3.84	11	5.04	14	4.72
Roubo	1	1.28	-	-	1	0.33
Total	48	61.53	115	52.75	163	55.06
TOTAL GERAL	78	100.00	218	100.00	296	100.00

Procurando analisar as tendências dos dois grupos de alunos vemos que há um decréscimo da expressão de agressividade à medida que há melhor produtividade escolar: F igual a 17,94%; NF igual a 12,84%. Supomos, neste ca

so, que as crianças fracas tornam-se mais agressivas por não poderem competir com as não fracas; suas frustrações e fracassos contínuos impedem-nas de atingir a satisfação de suas necessidades.

Se voltarmos às Tabelas 1, 2, 3 e 4 vemos que nos lares menos favorecidos predominam alunos fracos e na Tabela 5, estes demonstram ser os mais agressivos; isto pode sugerir uma relação entre lares desfavorecidos e agressividade. Esta agressividade pode indicar também, dificuldades de enfrentar uma sala de aula.

Da mesma forma, respostas que revelam medo mostram tendência à maior porcentagem entre as crianças fracas ($F=10,25\%$) do que entre as não fracas ($NF=7,79\%$). O medo predominante entre as primeiras pode estar mostrando que estas crianças tiveram maior dificuldade para superar a fase de confiança básica do desenvolvimento psico-social de Erickson ⁱⁿ⁴³, e ~~h~~ apresentam uma percepção temerosa do ambiente.

Quanto à sensação de abandono encontramos resultados bem semelhantes entre os dois grupos ($F=7,69\%$ e $NF=7,79\%$). A fim de esclarecer a situação, procuramos desdobrar o grupo NF estudando os resultados dos alunos reprovados e achamos os seguintes dados: nos não fracos não repetentes, a sensação de abandono foi igual a $4,7\%$ e nos não fracos, mas, repetentes foi igual a $10,3\%$, mostrando maior ansiedade entre os alunos reprovados.

Somando os dois itens "Alimentação frustração" e "Frustração", temos o seguinte resultado: $F=11,53\%$ e $NF=8,71\%$. Os fracos parecem mostrar maior sentimento de inadequação.

Temas relacionados com a curiosidade sexual já aparecem com menor contagem entre as crianças fracas ($F=1,28\%$) do que entre as não fracas ($NF=16,51\%$). A porcentagem $1,28\%$ do primeiro grupo, quase sem manifestação, mostra um menor desligamento da realidade ou maior repressão ou mesmo, maior imaturidade no desenvolvimento psico-social. Estes resultados

dos podem ser corroborados pelas respostas de medo.

Englobando os temas inadequados encontramos as crianças fracas como aquelas que tendem a expressar ansiedade em porcentagem maior que as não fracas. Assim o total de F inadequado é igual a 61,53% e de NF inadequado igual a 52,75%. Entre as situações ansiógenas se colocam temas tais como abandono, frustração e medo.

O caso se inverte quando se observa temas adequados. Assim, o total de F adequado é igual a 38,46% e de NF adequado é igual a 47,24%, mostrando que possivelmente as crianças não fracas tendem a maior adequação que as fracas ou estão em um período do desenvolvimento psico-social mais de acordo com sua idade cronológica.

Em relação ao total dos temas(296) tivemos o pre domínio de respostas de situação ansiógenas (inadequação= 55,06) quando comparadas com as não ansiógenas (adequação= 44,93%).

NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

Quanto às necessidades psicológicas do herói (ta**be**la 6) as porcentagens tenderam a ser bem mais baixas em inadequação do que na adequação. Assim, as inadequadas fo ram F=13,33%; NF=12,55%, total = 12,75 e as adequadas acusa ram o seguinte F = 86,66%; NF = 87,44%; total = 87,24%; po demos supor que estes resultados representam um bom prognós tico para o grupo.

O total geral das inadequadas (12,75%)expressarão tendência a um estado mais patogênico se houver persistên cia das condições desencadeadoras de traumas. Enquanto que as adequadas (87,24%) parecem demonstrar uma transição natu ral de um período a outro da fase de desenvolvimento apare

cendo mais altos itens tais como: dependência 29,65% e afeto 21,37%, demonstrando que as crianças da amostra estão naturalmente na passagem da idade pré-escolar para a escolar.

TABELA 6: Necessidades psicológicas dos alunos fracos e não fracos, observadas através do CAT. GEG "PP", 1a. série. Agosto, 1975.

Neces. psic.	alunos		NF		Total	
	f	%	f	%	geral	%
Adequadas						
Aceitação	-	-	7	3.25	7	2.41
Afeto	20	26.66	42	19.53	62	21.37
Atenção	7	9.33	25	11.62	32	11.62
Autonomia	-	-	4	1.86	4	1.37
Competição	2	2.66	9	4.18	11	3.79
Compreensão	-	-	5	2.29	5	1.72
Cooperação	-	-	6	2.79	6	2.06
Curiosidade	2	2.66	2	0.93	4	1.37
Dependência	24	32.00	62	28.83	86	29.65
Liderança	-	-	1	0.46	1	0.34
Lúdica	7	9.33	18	8.37	25	8.62
Segurança	2	2.66	6	2.79	8	2.75
Vitória	1	1.33	1	0.46	2	0.68
Total	65	86.66	188	87.44	253	87.24
Inadequadas						
Agressão	9	12.00	21	9.76	30	10.34
Fuga	-	-	1	0.46	1	0.34
Insegurança	1	1.33	3	1.39	4	1.37
Isolamento	-	-	1	0.46	1	0.34
Obsessão	-	-	1	0.46	1	0.34
Total	10	13.33	27	12.55	37	12.75
TOTAL GERAL	75	100.00	215	100.00	290	100.00

NECESSIDADES BIOLÓGICAS

Apreciamos na Tabela 7 as crianças fracas apresentando maiores necessidades de sono: F = 6,02%; NF = 2,58%. Alimentação predominou no grupo com 33,65% expressão maior, talvez, por ser esta característica própria da idade.

Tabela 7

TABELA 7: Necessidades biológicas dos alunos fracos e não fracos, observadas através do CAT. GEG "PP", 1a. série. Agosto, 1975.

Grupo Necessid.	F		NF		Total	
	f	%	f	%	geral	%
Alimentação	26	31.32	80	34.48	106	33.65
Fisiológica	6	7.22	19	8.18	25	7.93
Sono	5	6.02	6	2.58	11	3.49
Não manifesta	46	55.42	127	54.74	173	54.92
TOTAL	83	100,00	232	100.00	315	100.00

VISUALIZAÇÃO DA FIGURA PATERNA

Na Tabela 8 os alunos fracos vêm menos adequadamente a figura do pai (79,54%), do que os não fracos (70,29%); provavelmente eles constituem um grupo cujo relacionamento com a figura paterna é mais deficiente. No total, a figura paterna é evidenciada com características negativas do ponto de vista do desenvolvimento psicológico, pela maioria das crianças. Assim obtivemos um total de inadequadas igual a 73,10% e adequadas igual a 26,89%.

Este é um achado importante que objetiva bem a necessidade de educação familiar.

TABELA 8: Visualização pelos alunos fracos e não fracos da figura paterna através do CAT. GEG "PP", 1a.série, Agosto, 1975.

Grupo Figura pat.	F		NF		Total	
	f	%	f	%	geral	%
Adequada						
Amistosa	2	4.54	17	16.83	19	13.10
Ativa	-	-	-	-	-	-
Protetora	4	9.09	6	5.94	10	6.89
Provedora	3	6.81	7	6.93	10	6.89
Total	9	20.45	30	29.70	39	26.89
Inadequada						
Agressiva	5	11.36	4	3.96	9	6.20
Ausente	1	2.27	3	2.97	4	2.75
Competitiva	3	6.81	3	2.97	6	4.13
Frustradora	-	-	2	1.98	2	1.37
Hostil	2	4.54	-	-	2	1.37
Indefesa	4	9.09	15	14.85	19	13.10
Indiferente	4	9.09	10	9.90	14	9.65
Instável	-	-	4	3.96	4	2.75
Passiva	1	2.27	8	7.92	9	6.20
Perseguidora	13	29.54	8	7.92	21	14.48
Punitiva	-	-	9	8.91	9	6.20
Rejeitadora	1	2.27	3	2.97	4	2.75
Requerente	1	2.27	2	1.98	3	2.06
Total	35	79.54	71	70.29	106	73.10
TOTAL GERAL	44	100,00	101	100.00	145	100.00

VISUALIZAÇÃO DA FIGURA MATERNA

A figura materna, Tabela 9 , embora ainda conserve a maior incidência na inadequação, já se faz em menor porcentagem que a demonstrada no quadro anterior. Assim temos para os inadequados F igual a 77,50% e NF igual a 54,91%.

Os fracos parecem sentir a figura materna e paterna mais inadequadamente que os não fracos. Nestes se

bem que as impressões parentais são mais adequadas que os dos outros, vemos maior tendência à inadequação. Tais resultados elevam o total geral e evidenciam relacionamento não satisfatório do grupo todo, com a figura do adulto. Isto parece demonstrar muita ansiedade por parte dos alunos que dificulta, possivelmente, um melhor contato professor-aluno na sala de aula.

Tal fato pode ser decorrente de uma política familiar não satisfatória.

Tabela 5

TABELA 9: Visualização pelos alunos fracos e não fracos da figura materna através do CAT. GEG "PP", 1a.série. Agosto, 1975.

Figura materna	Grupo	F		NF		Total geral	
		f	%	f	%		%
Adequada							
Amistosa		1	2.50	19	15.57	20	12.34
Ativa		-	-	2	1.63	2	1.23
Protetora		3	7.50	14	11.47	17	10.49
Provedora		5	12.50	20	16.39	25	15.43
Total		9	22.50	55	45.08	64	39.50
Inadequada							
Agressiva		5	12.50	2	1.63	7	4.32
Ausente		1	2.50	4	3.27	5	3.08
Competitiva		3	7.50	4	3.27	7	4.32
Frustradora		-	-	4	3.27	4	2.46
Hostil		-	-	4	3.27	4	2.46
Indefesa		2	5.00	8	6.55	10	6.17
Indiferente		5	12.50	15	13.11	21	12.96
Instável		1	2.50	6	4.91	7	4.32
Poderosa		1	2.50	-	-	1	0.61
Passiva		3	7.50	1	0.81	4	2.46
Punitiva		7	17.50	11	9.01	18	11.11
Rejeitadora		3	7.50	5	4.09	8	4.93
Requerente		-	-	2	1.63	2	1.23
Total		31	77.50	67	54.91	98	60,50
TOTAL GERAL		40	100.00	122	100.00	162	100.00

IDENTIFICAÇÃO DO HERÓI

As identificações dos alunos são encontradas na Tabela 10. Tanto nos fracos como nos não fracos, a maior incidência foi com filho (total = 57,77%) e com criança (total = 16,55%). A primeira, possivelmente, evidencia estreita ligação com o lar e provável dificuldade de adaptação à situação escolar.

As outras identificações nos fracos, atingiram porcentagem abaixo de 7,69% (tais como; com outra pessoa, com amigo, irmão, adulto e outras); nos não fracos, abaixo de 8.71% (como; com adulto, irmão, amigo e outras).

Tabela 6

TABELA 10: Identificação do herói pelos alunos fracos e não fracos através do CAT. GEG "PP". Agosto, 1975.

Identific.	Grupo F		NF		Total geral	
	f	%	f	%	geral	%
Adulto	3	3.84	19	8.71	22	7.43
Amigo	5	6.41	12	5.50	17	5.74
Colega	1	1.28	1	0.45	2	0.67
Criança	9	11.53	40	18.34	49	16.55
Fantasma	1	1.28	-	-	1	0.33
Filho	46	58.97	125	57.33	171	57.77
Irmão	4	5.12	14	6.42	18	6.08
Outra pessoa	6	7.69	4	1.83	10	3.37
Pais	3	3.84	3	1.37	6	2.02
TOTAL	78	100.00	218	100.00	296	100.00

FAMILIARES E OUTRAS FIGURAS INTRODUZIDAS

Na Tabela 11, apesar das figuras familiares (24,64%) e outras introduzidas (28,43%), serem visualizadas como boas num total de 53,07%, em porcentagem ligeiramente maior que as más, estas e as indiferentes somam um total de masiadamente elevado (46,91%).

Estes resultados indicam que em grande parte (quase 50%) as relações sociais da criança são inadequadas e frustradoras, confirmando e expandindo as tabelas anteriores, (tabelas 8 e 9).

É interessante notar que há uma ligeira tendência para visualização da figura boa nas não familiares (familiares boas = 24,64% e não familiares boas = 28,43%) o que pode sugerir a importância do papel socializante da escola pela introdução de inter-relações adequadas no campo psicológico da criança.

Tabela 7

TABELA 11: Familiares e outras figuras introduzidas pelos alunos fracos e não fracos através do CAT. GEG "PP". 1a. série. Agosto, 1975.

Grupo Figuras		F		NF		Total geral	
		f	%	f	%		%
Familiares	Boas	8	13.55	44	28.94	52	24.64
	Más	3	5.08	10	6.57	13	6.16
	Indif.	15	25.42	19	12.50	34	16.11
Outras	Boas	9	15.25	51	33.55	60	28.43
	Más	23	38.98	18	11.84	41	19.43
	Indif.	1	1.69	10	6.57	11	5.21
TOTAL GERAL		59	100.00	152	100.00	211	100.00

NATUREZA DAS ANSIEDADES

Frente às situações anteriores, o resultado da natureza das ansiedades está bem congruente (tabela 12). No total geral temos o medo de ser abandonado (23,7%) expressando o sentimento de rejeição muito forte podendo ser resultante das inter-relações inadequadas. Ansiedades com relação a dano físico/castigo (19,25%) somadas com as de ser devorado (8,14%) perfazendo 27,39%, evidenciam a relação agressiva do adulto com a criança. Privação (18,98%) e falta de carinho (14,44%) expressam, da mesma maneira, o abandono sentido. A porcentagem em dano físico, privação e medo de ser devorado é bem maior entre os alunos fracos que nos não fracos.

Tabela 8

TABELA 12: Natureza das ansiedades dos alunos fracos e não fracos através do CAT. GEG "PP". 1a. série, Agosto, 1975.

Nat. das ansied.	Grupo	F		NF		Total geral	
		f	%	f	%		%
Dano físico/cat.		16	20.77	36	18.65	52	19.25
Desaprovação		4	5.19	18	9.32	22	8.14
Falta de carinho		8	10.38	31	16.06	39	14.44
Insegurança		4	5.19	4	2.07	8	2.96
Privação		18	23.37	23	17.09	51	18.98
Ser abandonado		11	14.28	53	27.46	64	23.70
Ser devorado		14	18.18	8	4.14	22	8.14
Ser forte		-	-	8	4.14	8	2.96
Outras		2	2.59	2	1.03	4	1.48
TOTAL		77	100.00	193	100.00	270	100.00

CASTIGO POR UMA FALTA

Na tabela 13 vemos que o castigo justo devido a uma falta, é expresso muito raramente, tendendo a menor porcentagem entre as crianças fracas (9,37%) do que nas não fracas (10,59%) parecendo sugerir tendência a melhor orientação de disciplina entre as famílias destas últimas. Estas famílias segundo as Tabelas 1, 2, 3 e 4, são as mais favorecidas quanto à instrução dos pais, à renda familiar e ao trabalho da mãe no lar, fatores relevantes para melhor compreensão dos aspectos educativos.

O castigo imediato, medida educativa mais adequada, é visto com muito menos intensidade entre as crianças fracas (6,26%) do que nas não fracas (35,29%) parecendo, novamente, que estas recebem educação mais condizente com suas necessidades.

Tabela 9

TABELA 13: Expressão de castigo dos alunos fracos e não fracos observadas no CAT. GEG "PP". 1a. série. Agosto, 1975.

Grupo Castigo	F		NF		Total	
	f	%	f	%		
Justo	3	9.37	9	10.59	12	10.25
Imediato	2	6.26	30	35.29	32	27.35
Severo	27	84.37	46	54.12	73	62.40
TOTAL	32	100.00	85	100.00	117	100.00

As crianças fracas referem mais a castigo severo (84,37%) mas, não imediato (imediato = 6,26%) enquanto que as não fracas assinalam o severo muito menos intensamente

(54,12%) mas, com intensidade do imediato (35,29%) embora predomine o castigo severo em ambos os grupos de crianças, o que parece demonstrar que a maioria delas (62,40%) sente os castigos como injustos. Assim, no total geral elas respondem mais, aludindo ao castigo severo (62,40%) e imediato (27,35%) do que ao castigo justo (10,25%).

Achamos estes resultados de suma importância para a orientação dos educadores. Infelizmente, muitos deles, a tuam, ainda, na sala de aula através de gritos, castigos e desvalorização da criança perante seus colegas, ao invés de procurarem compreender o problema infantil e efetuar uma disciplina com amor, conducente à saúde mental.

MOULY⁵⁰ mostra através dos achados de Slobetz que as medidas de disciplina na sala de aula, ainda que predominantemente positiva, há as negativas, psicologicamente destrutivas. Assim Slobetz assinala 11% de censura (repreender, envergonhar, advertir, ser sarcástico com palavras duras) e 10% de privação (retirar tempo de recreio, isolar, afastar da classe, mudar de lugar).

Vemos pelos nossos achados que a criança da 1ª série em estudo está longe de alcançar o porquê do castigo (Tabela 13) quando o sentem severo (62,40%) e não justo (10,25%).

As admoestações, geralmente dirigidas às crianças que apresentam dificuldades de ajustamento, só servirão para agravar mais suas dificuldades. Assim, a atitude do professor e sua falta de compreensão para com os problemas das crianças podem agravar esta situação.

Os resultados de um questionário que aplicamos em uma Escola Municipal da Prefeitura de São Paulo podem contribuir para esses fatos: 44% dos professores das quatro primeiras séries do 1º grau rejeitavam as classes que lecionavam por preferirem outras; 39% dos professores da 1ª série rejeitavam as suas classes, pelo mesmo motivo. Não te

rão, estes professores, um mau relacionamento com seus alunos? É interessante notar esta predileção por idade e por série. Infelizmente os mestres em geral, são obrigados a lecionar classes que lhes são indicadas e já determinadas no início do ano letivo.

Acreditamos que ainda não se pensou sobre o assunto ou, se se pensou, não foram tomadas medidas oficiais para amenizar tal situação dando aos educadores prioridades às classes preferidas. O DECRETO 7.400 de 30/12/75 da Secretaria da Educação²¹ aborda somente o remanejamento dos alunos em áreas físicas e por que não considerar, também, os interesses profissionais do professor? Por que os diferentes profissionais se especializam e os professores não podem na medida do possível, usufruir desse privilégio? Estes mestres, naturalmente, terão mais dificuldades de compreender e aceitar seus alunos e serão mais propensos a impingir castigos e censuras sem causa justa.

Como diz AJURIAGUERRA¹:

"A criança ao ingressar na escola entra para um mundo novo: seja do ponto de vista da psicologia geral, onde há grandes mudanças no sistema da transmissão do conhecimento, seja do ponto de vista afetivo. A escola implica uma separação do meio familiar e de novas formas de adaptação social devido a necessidade da integração em um grupo heterogêneo, distinto do meio parental e fraternal."

A adaptação escolar dependerá da integração da criança no grupo e este como Fau^{inl} descreve:

"... o grupo etário é semelhante, as atividades são congêneres e o término das tarefas é igual para todos."

Mas, continua AJURIAGUERRA¹:

"... o elemento unificador no grupo é o professor

que é o adulto no seio desta nova sociedade na qual ele representa o conhecimento e a autoridade".

Segundo Mauc^{inl} a pedagogia dev^{ia} procurar se articular com a expressão simbólica do aluno: todo aluno chega com seus desejos, sua história, suas insatisfações e expressa o seu próprio simbolismo.

O professor deverá compreender seus alunos e a si mesmo. A relação professor-aluno vai muito depender do grau de maturidade afetiva do professor para ajudar a criança a sair de suas dificuldades.

O disciplinamento, no sentido da compreensão e orientação, é um aspecto necessário do crescimento e faz parte integral da higiene mental. Por intermédio da desaprovação e castigo imerecido ou "laissez faire", como muitos educadores preconizam, ele é prejudicial para a higiene mental da criança, com repercussão nociva para o adulto de amanhã.

Tomando como base as Tabelas 9, 10 e 12 podemos acrescentar que não só os pais, mas também os professores necessitam conscientizar os problemas que a criança pode trazer em relação à sua vivência com as figuras adultas.

DESENLACE

Felizmente a porcentagem geral de bons desenhos (Feliz = 43,30%; realistas = 19,72% e gratificador = 1,76%) perfazendo um total de 64,78% (Tabela 14) evidencia a capacidade latente do grupo, com um ego sadio, de enfrentar uma situação difícil. Isto coloca, um potencial educacional bom dessas crianças predominando sobre os aspectos

depressivos. As crianças não fracas parecem ter potencialmente um ego mais sadio que as outras, pois, suas respostas apresentam as características de bons desenlaces em porcentagens maiores. Assim, os resultados foram os seguintes : Crianças fracas: feliz igual a 34,61%; realista igual 15,38%; gratificador igual a 3,85%; Total igual 53,84%. Crianças não fracas: feliz igual a 46,60%; realista igual a 21,36% e gratificador igual a 0,97%; Total igual 68,93%.

TABELA 14: Desenlace nas histórias do CAT, dos alunos fracos e não fracos. GEG "PP", 1a. série. Agosto, 1975.

Grupo Desenlace	F		NF		Total	
	f	%	f	%	geral	%
Feliz	27	34.61	96	46.60	123	43.30
Infeliz	33	43.31	60	29.12	93	32.76
Realista	12	15.38	44	21.36	56	19.72
Fantástico	3	3.85	4	1.95	7	2.46
Gratificador	3	3.85	2	0.97	5	1.76
TOTAL	78	100.00	206	100.00	284	100.00

HISTÓRIAS ADEQUADAS

A Tabela 15 nos mostra as médias de alunos fracos e não fracos, por variável, nas 10 pranchas, segundo o número de histórias adequadamente relatadas.

Comparando os dois grupos de alunos vemos que a tendência é dos fracos serem menos adaptados que os não fracos, pois, as suas médias tendem a ser inferiores: a distribuição dos primeiros se situa na parte mais superior do quadro, ou seja, há maior número desses alunos com menor número de pranchas adequadamente interpretadas.

Os alunos fracos mostram maior inadequação quanto aos temas das histórias ($\bar{x} = 3,5$ e $\bar{x} = 4,5$, respectivamente fracos e não fracos). O que chama a atenção é o item herói cuja média dos alunos fracos ($\bar{x} = 3,5$), é bem mais baixa que a dos não fracos ($\bar{x} = 8,4$), colocando este último grupo de crianças em um nível de maior adaptação em relação ao meio ambiente; eles são mais capazes de enfrentar qualquer circunstância de maneira mais adequada na sociedade a que pertence. Estes resultados corroboram os do item "desenlace" quando a média dos fracos ($\bar{x} = 5,2$) tende a ser menor que a dos não fracos ($\bar{x} = 6,8$).

Em relação à figura paterna, a média foi igual para os dois grupos de alunos ($\bar{x} = 1,4$) que consideramos baixa em relação ao número médio de pranchas a serem interpretadas. No entanto, a figura materna foi projetada de maneira mais satisfatória entre os alunos não fracos ($\bar{x} = 1,1$ e $\bar{x} = 2,3$, respectivamente). As outras variáveis tiveram médias abaixo de 1,1%.

TABELA 15: Média dos alunos fracos e não fracos por variável nas dez pranchas segundo o número de histórias adequadamente relatadas através do CAT. GEG "PP", 1a. série. Agosto, 1975.

Variáveis Hist. adequadas	Alunos fracos (nº 8)						Alunos não fracos (nº 22)					
	Tema	Herói	Pai	Mãe	Cast.	Desen.	Tema	Herói	Pai	Mãe	Cast.	Desen.
0			4	4	5				6	3	10	
1	2		2	3	1	1			7	4	9	
2		2	1	1	2		3		5	7	1	
3	1	3	1			1	5		3	2	2	
4	2	1					4	2	1	3		6
5	3	1				1	4			3		3
6		1				3	2					1
7						1	3	2				2
8						1	1	5				4
9								7				2
10								6				4
$\bar{x}$	3,5	3,5	1,4	1,1	0,6	5,2	4,5	8,4	1,4	2,3	0,8	6,8
s	1,6	1,0	1,1	1,2	0,7	2,2	1,8	1,7	0,9	1,9	0,7	2,2

Tabela 10

ESTIMATIVA DA PROPORÇÃO DE ALUNOS AJUSTADOS

Para estimar a proporção de alunos ajustados analisamos a reação de cada um no conjunto das dez histórias.

Dos 30 alunos da amostra, 17 ou 57,0% foram tidos como ajustados considerando-se no mínimo seis histórias adequadamente interpretadas.

Estes resultados indicam que no grupo estudado 13 alunos ou 43,0% estão em risco de saúde mental vindo de encontro aos dados de Griffin e colaboradoresⁱⁿ⁵⁰ quando prognosticaram 30 a 50,0% das crianças por eles examinadas "deixariam de atingir a eficiência máxima por estarem prejudicadas por hábitos emocionais e traços doentios de personalidade."

Reafirmamos que a inadequação dessas crianças expressará tendência a um estado mais patogênico se houver persistência das condições desencadeadoras de traumas.

Os resultados nos faz pensar que devemos congregar todos os esforços para que o aluno, ao iniciar a vida escolar, transponha adaptado este mundo novo que se lhe apresenta. A 1ª. série não deverá ser a base de um trauma que marcará em fracassos o resto de sua vida. A escola deverá proporcionar mudanças adequadas e gradativas na criança para que ela permaneça sempre ajustada, com possibilidades de enquadrar-se em todos os graus acadêmicos presentes e futuros; deverá ser um veículo importante que contribui para a plena realização do futuro ser em formação - homem digno na construção do lar e membro de sua comunidade.

Mas, os pais também necessitam conhecer os aspectos evolutivos da criança, desde a concepção, a fim de prover as necessidades psico-sociais do ser em formação e saber quê filhos estão entregando à escola e ao professor.

Cap. 4. SÍNTESE

1. O grupo estudado manifesta melhor potencial e educacional às expensas dos alunos não fracos, pois as dificuldades de enfrentar as situações estão bem acentuadas nos alunos fracos. Estes tendem a expressar ansiedade em porcentagem maior que aqueles (61,53% e 52,75%, respectivamente). Entre as situações ansiógenas se colocam temas tais como abandono, frustração e medo.
2. Em média, 43,0% dos alunos demonstram atraso no desenvolvimento psico-social e estão longe de compreender o porque dos castigos recebidos. As suas ansiedades relacionadas ao medo de ser abandonado e ao castigo físico, parecem pedir maior compreensão por parte dos adultos (pais e professores) para as necessidades infantis.
3. O grupo apresenta problemática relacionada com a dinâmica familiar evidenciando relacionamento não satisfatório tanto dos alunos fracos como dos não fracos com a figura do adulto (paterna = 74,10%; materna = 60,50%) dificultando melhor contato aluno-professor na sala de aula.
4. Os resultados das necessidades psicológicas com maiores porcentagens nos itens "adequação" (87,24%) e "bom desenlace" (64,78%) fazem supor que representam um bom prognóstico para o grupo e evidencia a capacidade latente de um ego sadio dos alunos para enfrentar uma situação

difícil.

5. A tendência de uma porcentagem mais elevada de ~~outras~~ figuras não familiares introduzidas, sugere a importância do papel socializante da escola pela introdução de inter-relações adequadas no campo psicológico da criança.
6. Na situação atual o grupo estudado é constituído de crianças em risco de saúde mental (43,0% foram tidos como alunos problemáticos) e conseqüentemente "terão dificuldades de atingir a eficiência máxima e a felicidade que lhes caberia por estarem prejudicados por hábitos emocionais e traços doentios de personalidade" se houver persistência das condições desencadeadoras de traumas.
7. De acordo com nossos resultados, os professores são capazes de detectar condutas anômalas dos seus alunos e fazer os devidos encaminhamentos, pois seus critérios de alunos fracos e não fracos se coadunam com os da presente pesquisa.

Cap. 5. RECOMENDAÇÕES

1. Dar ênfase às atividades de prevenção primária através da política educacional que leve pais e educadores a:
 - a) promoção da vida familiar e escolar, adequada;
 - b) sensibilização para as necessidades das crianças;
 - c) compreensão dos seus próprios papéis fren

te à criança;

- b) boa orientação na área do crescimento so
cial da criança o que refletirá em outros
aspectos do desenvolvimento, inclusive men
tal;
 - e) concretização dos problemas que as crian
ças podem trazer em relação a sua vivência
com as figuras do adulto.
2. Instalação da pré-escola, a fim de que as cri
anças não sintam uma transição brusca entre os
padrões de comportamento do lar e os da esco
la.
 3. Necessidade de formação de classes menores a
fim de possibilitar ao professor melhor aten
ção a seus alunos. Assim, os alunos não se
sentirão perdidos em um grupo demasiadamente
competidor e assustador. As séries subsequen
tes, possivelmente, poderão comportar normal
mente 35 alunos estipulados pela lei em vigor,
uma vez que a criança da segunda série já ^{está} en
frenta anteriormente, o impacto da escola
propriamente dita, com maior segurança.
 4. Necessidade de psicólogo na ^{escola} ~~sistema~~ ^{educacional} ~~escolar~~ pa
ra diagnóstico das crianças com problemas de
aprendizagem e comportamento, para orientação
de pais e mestres evitando, assim, sobrecarre
gar as Clínicas de Orientação Infantil com
problemas solúveis na própria escola.
 5. Necessidade de enfatizar a dinâmica emocional
e sua importância no processo de aprendizagem
e comportamento na sala de aula para os técni
cos de educação, de saúde e áreas correlatas.

BIBLIOGRAFIA

1. AJURIAGUERRA, J. de Manuel de psychiatrie de l'enfant. 2a. ed. Paris, Masson, 1971.
2. ALMEIDA TOLEDO, S. Plano de trabalho: Serviço de Saúde Escolar. São Paulo, Secretaria da Educação Coordenadora do Ensino Básico e Normal, Serviço de Saúde Escolar, 1975, 1975. (mimeografado).
3. AMERICAN SCHOOL HEALTH ASSOCIATIONS Mental health in the classroom. J. sch. hlth, 33 (7a): 7-36, 1963.
4. AMOS, W. E. & OREM, R. C. Mestres, alunos e disciplinas. Porto, Livraria Civilização, 1968.
5. APLICAÇÃO do Programa de Ensino da Saúde no Primeiro Grau. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, Disciplina Educação em Saúde Pública, 1975. 3v.
6. APPLGATE, G. How to become a more effective teacher. J. Home Econom., 67 (1): 5-7, 1975.
7. BALDWIN, A. L. Teoria do desenvolvimento da criança. São Paulo, Pioneira, 1973.
8. BELLAK, L. & BELLAK, S.S. Test de apercepção infantil (CAT). 2a. ed. Buenos Aires, Paidós, 1952.
9. BELTRAN, H. F. Ecologia e salud. Higiene (México) 24 (1-2): 69-76, 1974.
10. BICUDO, V. L. Nosso mundo mental. São Paulo, Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1956.
11. BIRCH, A. G. & GUSSON, J. D. Disadvantaged children, health, nutrition and school failure. London, Grune e Stratton, 1970.
12. BLEGER, J. Psicohigiene y psicologia institucional 2a. ed. Buenos Aires, Paidós, 1972.
13. CABRAL, C. Estado comemora 25 anos de pré-escola. Folha de São Paulo, 25 nov., 1975. Educação.
14. CARROL, H. A. Mental hygiene: the dynamic of adjustment. 3rd ed. New York, Prentice, 1956.
15. CASTRO, M. A. et alii Educação Sanitária: programa organizado na seção de Educação Sanitária da Diretoria do Serviço de Saúde Escolar. São Paulo, Impr. Oficial do Estado, 1951.

16. CHAVES, N. Sistema nervoso, nutrição e educação. São Paulo, Pioneira, 1974.
17. CLEMENTS, F. W. & McCloskey, B. P. Child health: its origins and promotion. Londres, Edward Arnold, 1964.
18. COLEMAN, J. C. A psicologia do anormal e da vida contemporânea. São Paulo, Pioneira, 1973. v.1.
19. COUSINET, R. A formação do educador e a pedagogia da aprendizagem. São Paulo, Ed. Nacional/EDUSP, 1974.
20. DALZELL-WARD, A. J. The health center as a focal point for health education. Hlth.Educ.J., 34(2): 48-50, 1975.
21. DECRETO nº 7400 de 30 de dezembro de 1975. Estabelece a estrutura da rede oficial de ensino do Estado e dá providências correlatas. Diário Oficial. São Paulo p. 21-22, 31 de dez., 1975.
22. D'EL REY, D. C. H. Educação em saúde na escola: conceitualização. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP, Disciplina: Educação em Saúde Pública, 1973. (mimeografado).
23. ENSINO da saúde no primeiro grau. São Paulo, A. R. Editora, 1973.
24. ERIKSON, E. H. Infância e sociedade. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1971.
25. FORATTINI, O. P. Epidemiologia geral. São Paulo, Blucher/Ed. USP, 1976.
26. GARCIA, E. C. Educação da saúde: Parecer nº 2264/74 Ens. (1º e 2º graus). Documenta, (165): 63-81, 1974.
27. GALTUNG, J. Schooling and future society. Sch.Rev. 83 (4): 533-568, 1975.
28. GANDRA, Y. R. Asistencia alimentaria por medio de centros de educación y alimentación del pre-escolar. Bol. Ofic. sanit. panamer., 74 (4): 302-314, 1973.
29. GIRGIS, S. Children's needs and interests in mental health Int. J. Hlth. educ. 3 (2): 74-77, 1960.
30. GOUVEA, A. J. & HAVIGHURST, R. J. Ensino médio e desenvolvimento. São Paulo, Melhoramentos, 1969.
31. HANLON, J. J. Public health administration and practice. 6th ed. London, Mosby, 1974.

32. HECKTHEVER, C. R. et alii Nota prévia sobre o atendimento do centro comunitário de saúde mental de Santa Maria. Rev.Fac.Med.Univ.Fed.S.Maria, 2 (3): 273-281, 1970.
33. ISAACSON, R. L. et alii Psychology: the science of behavior. New York, Harper, 1965.
34. KLEIN, M. Psicanalise da criança. 2a. ed. São Paulo, Mestre Jou, 1975.
35. KAPPELMAN, M. et alii The school health team and school health physician. Amer.J.Dis.Child., 129 (2):191-195, 1975.
36. KOLCK, O. L. van Técnica de exame psicológico e suas aplicações no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1974-1975.
v.1 Exame psicológico, v.2 - Testes de personalidade.
37. KOURY, Y. G. Respostas de escolares portadores de manipulação no CAT. São Paulo, 1961. (Trabalho de conclusão de Curso de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
38. LAMB, R. H. et alii, ed. Handbook of community mental healthpractice. San Francisco, Jossey-Bass, 1969.
39. LEI nº 5692 de 11/8/71. Fixa as diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus. Escola Municipal (São Paulo), 3 (3): 40-48, 1961.
40. LEMBO, J. M. Porque falham os professores. São Paulo, EPU/EDUSP. 1975.
41. LYON-BERGMAN, R. Israel's mental healthprogram, provides a network of varied services. Nurs.Outlook, 12 (6): 40-42, 1964.
42. MACKENZIE, M. Changing in field of child health: mental and emotional aspects. Publ.Hlth. (Lond.), 77 (2): 107-115, 1963.
43. MAIER, H. W. Tres teorias sobre el desarrollo del nino: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires, Amorrortu, 1969.
44. MARCONDES, R. S. O preparo da professora primária em educação sanitária. São Paulo, 1968. (tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP).
45. MARCONDES, R. S. Educação em Saúde na escola. Rev.Saúde publ. São Paulo, 6: 89-96, 1972.

46. MARINO Jr., R. Fisiologia das emoções. Introdução à neurologia do comportamento, anatomia e funções do sistema límbico. São Paulo, Sarvier, 1975.
47. MASCARENHAS, R. dos S. et alii Introdução à Administração sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, Disciplina Administração Sanitária, 1972.
48. MONFRE, B. M. N. Aspectos administrativos no campo da saúde escolar. São Paulo, 1970 (Monografia de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP).
49. MOTA, D. T. R. da A criança no 1º ano primário. Bol. Soc.Osic.R.G.S., 2 (3): 5-14, 1967.
50. MOULY, G. J. Psicologia educacional. 3a. ed. São Paulo, Pioneira, 1970.
51. MUNHOZ, M. Projeto de saúde mental escolar. São Paulo. Secretaria de Estado dos Negócios da Educação, Coordenadoria de Ensino Básico e Normal, Serviço de Saúde Escolar, seção de Higiene Mental, 1974.
52. NAGLE, J. A reforma e o ensino. São Paulo, EDART, 1973.
53. LA OMS y la salud mental. Cron.Org.Mund.Salud, 16 (3): 81-91, 1962.
54. PATTO, M. H. S. Privação cultural e educação pré-primária. Rio de Janeiro, José Olímpio, 1970.
55. PEREIRA, L. O magistério primário numa sociedade de classes. São Paulo, Pioneira, 1969.
56. PHILLIPS, E. & WIENER, D. N. La disciplina, el rendimiento escolar y la salud mental del alumno. Buenos Aires, Paidós, 1975.
57. PIOVESAN, A. Uma nova filosofia para a saúde pública. Arq.Hig.Saúde publ., 28 (95): 7-13, 1963.
58. PLUTCHIK, R. The emotions: facts, theories and a new model. New York, Randon House, 1962.
59. PROJETO MINIPLAN-APAE 1/73: Estimulação precoce. São Paulo, CENESP - Ministério da Educação e Cultura, APAE, 1974.
60. PULLIAS, E. V. & YOUNG, J. D. A arte do magistério. 2a. ed. Rio de Janeiro ZAHAR, 1972.

61. RABIN, A. I. & HAWORTH, M. R., ed. Projective techniques with children. New York, Grune & Stratton, 1960.
62. REDL, F. Disruptive behavior in the classroom. Sch.Rev. 83 (4): 569-594, 1975.
63. REQUIA, J. da R. O círculo de pais e mestres nas escolas de 1º e 2º graus. Veritas, 20 (8): 347-358, 1975.
64. ROBINSON, C. E. A. Changing patterns in mental health. Canad.J.publ.Hlth., 54 (11): 500-504, 1963.
65. ROCHA, M. I. & LACEY, S. Aplicação da análise do comportamento, com referência especial a estudos da sala de aula. Cien. Cult., 27 (1): 43-49, 1975.
66. ROSENBURG, C. P. O Departamento de Assistência Escolar e sua participação na problemática da saúde. Escola Municipal (São Paulo), 3 (3): 7-8 e 60, 1971.
67. ROUCEK, J. A criança problema. 2a. ed. São Paulo, IBRASA, 1973.
68. SÃO PAULO, (cidade) Prefeitura Municipal, Departamento de Assistência Escolar. Avaliação do desenvolvimento intelectual de alunos da 1ª série do 1º grau da Prefeitura Municipal de São Paulo e suas relações com o fracasso escolar. São Paulo, 1972.
69. SÃO PAULO, (cidade). Prefeitura Municipal. Secretariada Educação. Programas do Departamento de Assistência Escolar, 1975. São Paulo, 1975. (mimeografado).
70. SANDERS, D. S. A bookshelf on mental health. Amer.J. publ.hlth., 55 (4): 502-509, 1965.
71. SAUNIER, L. La responsabilité de la collectivité en hygiène mentale. Bull.Hyg. (Montreal), 49 (1): 2-9, 1963.
72. SAVASTANO, H. Como estimular escolares para o tratamento dentário: o método de projeto em educação sanitária. Rev.Ass.paul.cirug.dent., 11(4): 250-262, 1957.
73. SAVASTANO, H. Perfil emocional através do Teste de Plutchik em pacientes com diferentes nosologias psicossomáticas. Rev.psic.norm. e pat. 15(3-4): 346-356, 1969.
74. SENAUT, R. Reflexions sur l'evolution de la médecine préventive et sociale face à ^{un}monde en mutation. News Inter.Fed.Hyg.Prev.Soc.Med. (2): 1-2, 1975.

75. SHAFFER, T. E. Health services schoolage children need. J.Amer.med.Assoc., 166 (14): 1698-1700, 1958.
76. SIEBER, S. D. & WILDER, D. R. ed. The school in society: studies in the sociology of education. New York, Free Press, 1973.
77. SIEGEL, S. Nonparametric statistics for behavioral science. New York, MacGraw Hill, 1956.
78. SOARES, G.A.D. apud FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP. Fundamentos Sociais e Culturais da Saúde Pública. Co-
letânea de trabalhos. São Paulo, 1974. v.4, pgs.
116-117.
79. YAHN, M. Higiene mental e saúde pública. São Paulo, Edigraf, 1955.

RESUMO

Estudou-se uma amostra representativa de crianças da 1ª. série de um Grupo Escolar Ginásio da rede Estadual, da cidade de São Paulo. Com o objetivo de compreender a dinâmica emocional dessas crianças utilizou-se o teste de apercepção temática infantil (The Children's apperception test (CAT) de Bellak & Bellak). Os alunos foram estratificados em fracos e não fracos quanto à aprendizagem e o disciplinamento. Os resultados demonstraram que 43,0% das crianças não estão emocionalmente ajustadas para enfrentar o ambiente escolar onde a figura do adulto (professor) é visualizada como agressiva e os castigos são vistos pelas crianças, como ameaçadores. Os alunos fracos demonstraram maior atraso no desenvolvimento psico-social em relação aos não fracos o que, possivelmente, esclarece a dificuldade de adaptação dessas crianças, à situação escolar.

SUMMARY

A representative sample of first grade students from a primary school of the State of São Paulo school network, was studied. The school under study was located in the city of São Paulo. The Children's apperception test (CAT) de Bellak & Bellak was used to determine the emotional dynamics of the children. The children were divided into two groups - weak and no-weak - regarding learning and discipline. Results showed that 43% of children are not emotionally fit to face school, where the figure of the adult (school teacher) is seen as aggressive and

punishment is considered as threaten by them. The children considered weak showed a lag in psycho-social development in relation to the not weak group. This fact possibly explains the difficulty in adaptation of such children to the school situation.

A N E X O 1

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O ALUNO E A FAMÍLIA

- Nome do aluno: _____
- Data do nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo _____
- Nome do pai ou responsável: _____
- Nacionalidade: _____ Religião: _____

Profissão: _____

- Local de trabalho: _____
- Grau de instrução: () primária () secundária
() superior

- Mora em:

Casa própria () alugada () Cedida ()

Apartamento: próprio () alugado () cedido ()

Outro: Qual? _____ próprio () alugado () cedido ()

- Tem rádio? sim () Não ()
- Tem televisão ? sim () Não ()
- Tem automóvel? sim () Não ()

O aluno:

- Recebe assistência médica?

Sim ____ INPS ____ Endereço: _____

Convênio de Firma: _____ Qual? _____

Centro de Saúde: _____ Endereço: _____

Médico particular: _____ Nome: _____

Endereço: _____

JÁ TEVE:

- catapora () sarampo () difteria (crupe) ()
- varíola () caxumba () paralisia infantil ()
- hepatite () meningite ()
- outras doenças. Quais? _____

É alérgico? sim () A que? _____
 não ()

- Tem irmãos:

menores de 7 anos? sim () Quantos? _____
 não ()

de 7 a 14 anos? sim () Quantos? _____
 não ()

maiores de 14 anos? sim () Quantos? _____
 não ()

- Tem irmãs?

menores de 7 anos? sim () Quantas? _____
 não ()

de 7 a 14 anos? sim () Quantas? _____
 não ()

maiores de 14 anos? sim () Quantas? _____
 não ()

- Tem irmãos aqui na Escola? sim () não ()

Em que série: 1a. _____ 2a. _____ 3a. _____ 4a. _____ 5a. _____ 6a. _____
 7a. _____ 8a. _____

- Sabe: vestir-se sozinho? sim () não ()
- abotoar-se? sim () não ()
- dar laço? sim () não ()
- Tem outros parentes morando em casa?
sim () não () Quem? _____
- Dorme em quarto sozinho?
sim () não () Com quem? _____
- Dorme _____ horas por noite
- Gosta de ouvir rádio? sim () não ()
- Assiste televisão? sim () não ()
Que programas prefere? _____

- Gosta de brincar? sim () não ()
- Prefere brincar com:
crianças de sua idade? _____
menores? _____
maiores? _____
sozinha? _____
não tem preferência? _____
- Aceita qualquer papel no brinquedo? sim () não ()
- É agressivo? sim () não ()
- É provocador? sim () não ()
- É tímido sim () não () chora à toa? sim () não ()
- É ordeiro com suas coisas? sempre () às vezes () nunca ()
- Mostra interesse por assuntos sexuais? sim () não ()
- Já frequentou outras escolas? sim () Quais? _____
_____ não ()

- Tem medo de:

alguma pessoa? sim () Qual? _____ não ()

animal? sim () Qual? _____ não ()

outras coisas? sim () Quais? _____
 _____ não ()

Apresenta algum comportamento que a aborrece?(aos pais)

sim () Qual? _____ não ()

Como a senhora reage no caso? _____

Como seu marido reage? _____

Quando é corrigido pelos pais, outras pessoas da família se entrometem? sim () Quais? _____ não ()

Costuma conversar com o pai? bastante () de vez em quando () dificilmente ()

E com a mãe? bastante () de vez em quando () dificilmente ()

VACINAÇÕES E PROVAS IMUNOLÓGICAS

(comprovadas)

- Tuberculose (BCG) sim () data ___/___/___ não ()

- Difteria, Tétano e Coqueluche sim () completa ()

data da última dose ___/___/___ não ()

sim () incompleta () data da última dose ___/___/___
 não ()

- Tétano sim () data da última dose ___/___/___
 não ()

- Poliomielite (Sabin) sim () quantas doses? _____ não ()

- Varíola sim () data ___/___/___ pegou? _____
 não ()

- Sarampo sim () data___/___/___ não ()
- Meningite sim () Tipo A () data___/___/___
Tipo C () data___/___/___ não ()
- Outras (anti-alérgicas, piogênicas, etc.)_____

PROVAS IMUNOLÓGICAS

- Prova de Mantoux (PPD) sim () data___/___/___ resultado
_____ não ()
- Já tomou soro:
 - antitetânico sim () teve reação? sim () não ()
não ()
 - anti-diftérico sim () teve reação? sim () não ()
não ()
 - anti-ofídico sim () teve reação? sim () não ()
não ()
 - anti-rábico sim () teve reação? sim () não ()
não ()

Procura o dentista mesmo que não dor? sim () não ()

Tem medo de tratar os dentes? sim () não ()

Escova os dentes sozinho(a) sim () não ()

Quando está doente, quem é procurado?

médico () farmacêutico () benzedeira () outras ()

Quem? _____

Informações prestadas por _____

Pai (nome legível) _____

Mãe _____

Outro: _____ Quem? _____

Data: _____

Ass. do Entrevistador

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NOME DA MÃE: _____

NACIONALIDADE: _____ RELIGIÃO: _____

PROFISSÃO: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: Primária ()
 Secundária ()
 Superior ()

Em que faixa a renda da família poderia ser classificada?

Até Cr\$ 500,00 ()
de Cr\$ 501,00 à Cr\$ 750,00 ()
de Cr\$ 751,00 à Cr\$ 1.100,00 ()
de Cr\$ 1.101,00 à Cr\$ 2.000,00 ()
Acima de Cr\$ 2.000,00 ()

Em caso de emergência, quem deve ser avisado?

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

A N E X O 2

DESCRIÇÃO DAS PRANCHAS*

Prancha 1

Pintinhos sentados ao redor de u'a mesa sobre a qual há uma tijela com comida. De lado há um galináceo grande, de contornos difusos.

Prancha 2

Um urso puxando uma das extremidades de uma corda, e a outra puxada por um urso e um ursinho.

Prancha 3

Um leão, com cachimbo e bengala, sentado e um poltro na. No ângulo inferior direito aparece um ratinho num buraco.

Prancha 4

Um cangurú de chapéu, leva uma cesta com uma garrafa de leite. Em sua bolsa há um cangurú pequeno que tem uma bola de ar. Em uma bicicleta outro cangurú maior.

Prancha 5

Um quarto na penumbra com uma cama de casal na parte posterior e na anterior um berço no qual se encontram dois ursinhos.

Prancha 6

Uma pequena gruta obscura, com duas figuras de ursos confusamente delineadas na parte posterior. Na parte anterior, um ursinho deitado.

* Traduzido de BELLAK, L. & BELLAK, S.S. Test de aperception infantil (CAT), 2a. ed. Buenos Aires, Paidós: 67-68, 1952. (Manual).

Prancha 7

Um tigre com dentes e garras visíveis, pulando sobre um macaco que por sua vez salta no espaço.

Prancha 8

Dois macacos adultos sentados sobre um sofá bebem uma infusão em xícaras. Na parte anterior da lâmina, um macaco adulto, sentado em uma cadeira, conversa com uma macaquinha.

Prancha 9

Quarto obscurecido, visto através de uma porta aberta de uma casa iluminada. Na obscuridade há uma caminha na qual um coelho está sentado olhando em direção à porta.

Prancha 10

Um cachorrinho deitado sobre os joelhos de um cachorro grande. Ambas as figuras, com um mínimo de expressão facial, ocupam a parte anterior de um quarto de banho.

A N E X O 3

PROTOCOLO DE ANÁLISE*

ALUNO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ CLASSE: _____

1. TEMA PRINCIPAL

11		16	
12		17	
13		18	
14		19	
15		10	

2. HERÓI-HEROÍNA

	SEXO	IDADE	INTERESSES	HABILIDADES	NECESSIDADES	IMAGEM DE SI	ADEQUAÇÃO
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
20							

4. O HERÓI SE IDENTIFICA COM:

	41	42	43	44	45	46	47	48	49	40
PAI										
MÃE										
IRMÃO										
OUTRA FIGURA										

(*) BELLAK, L. & BELLAK, S. Test de Apercepção infantil (CAT), 2a.ed. Buenos Aires, Paidós 1952.Pg.69 - (traduzido e adaptado para as 10 pranchas por Helena Savastano).

3. AS FIGURAS SÃO VISUALIZADAS E A CRIANÇA REAGE FRENTE A ELAS COMO:

	PAI										MÃE										
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	39	
Acometedora																					Dependente
Atacada																					Despojada
Ativa																					Dócil
Admirada																					Dominadora
Admoestadora																					Doutrinadora
Alimenta																					Exibicionista
Amistosa																					Exigente
Castigadora																					Êxito
Competitiva																					Fracassada
Confiante																					Frustradora
Cooperadora																					Fugitiva
Corretora																					Gratificadora
Debil																					Hostil
Indecisa																					
Independente																					Resistente
Indiferente																					Resoluta
Medrosa																					Super-ativa
Nao confiante																					Solícita
Passiva																					Submetida
Poderosa																					Tolerante
Protetora																					Traidora
Provedora																					
Punitiva																					
Rechaça																					
Regressiva																					
Requerente																					

5. FIGURAS, OBJETOS E CIRCUNFERÊNCIAS EXTERNAS INTRODUZIDAS:

	51	52	53	54	55	56	57	58	59	50
Amigo										
Armas										
Benfeitor										
Castigador										
Decepção										
Indiferente										
Injustiça										
Inimigo										
Irmãos										
Perseguidor										
Privação										
Professor										
Protetor										
Reformador										
Severidade										
Outros										

6. OBJETOS OU FIGURAS OMITIDAS

61	66	
62	67	
63	68	
64	69	
65	60	