

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Distúrbio do Desenvolvimento

MARIA APARECIDA FERNANDES MARTIN

**ELABORAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA  
SOCIODRAMÁTICO PARA SUPORTE EMOCIONAL E  
DESENVOLVIMENTO DE PAPÉIS SOCIAIS EM GRUPO DE PAIS DE  
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.**

São Paulo

2016

MARIA APARECIDA FERNANDES MARTIN

**ELABORAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA  
SOCIODRAMÁTICO PARA SUPORTE EMOCIONAL E  
DESENVOLVIMENTO DE PAPÉIS SOCIAIS EM GRUPO DE PAIS DE  
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Distúrbios do Desenvolvimento.

**Orientador:** Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

M382e Martin, Maria Aparecida Fernandes.

Elaboração, aplicação e avaliação de um programa sociodramático para suporte emocional e desenvolvimento de papéis sociais em grupo de pais de pessoas com deficiência intelectual / Maria Aparecida Fernandes Martin – São Paulo, 2016.

159 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Distúrbio do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2016.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Referência bibliográfica: p. 134-140

1. Sociodrama. 2. Suporte familiar. 3. Papéis sociais. 4. Grupo de pais. Deficiência intelectual. I. Título.

CDD 616.85889

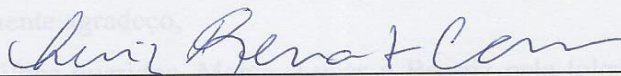
Nome: MARTIN, Maria Aparecida Fernandes

Título: **Elaboração, aplicação e avaliação de um programa sociodramático para suporte emocional e desenvolvimento de papéis sociais em grupo de pais de pessoas com deficiência intelectual.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Distúrbios do Desenvolvimento.

Aprovada em 04/05/16

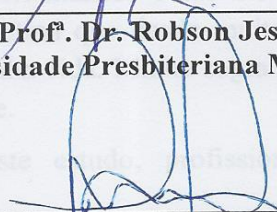
**BANCA EXAMINADORA**



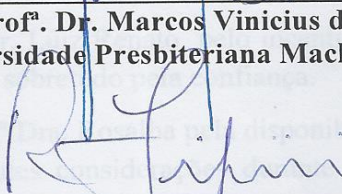
**Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro (orientador)**  
Universidade Presbiteriana Mackenzie – UPM



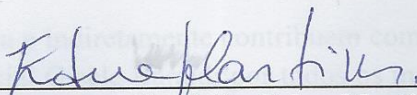
**Prof. Dr. Robson Jesus Rusche**  
Universidade Presbiteriana Mackenzie – UPM



**Prof. Dr. Marcos Vinicius de Araújo**  
Universidade Presbiteriana Mackenzie – UPM



**Prof. Dr. Rosalba Filipini**  
Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP



**Prof. Dr. Edna Martins**  
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

## AGRADECIMENTOS

Gratidão...

Gratidão aos meus grupos, às pessoas, aos momentos, a uma história com muitos personagens e muitas cenas.

Por mais atenta, é provável que algum nome não seja citado, mas jamais esquecido.

Gratidão ao meu grupo familiar, felizmente tenho vocês integrados à mim e com certeza estão aqui.

Gratidão aos meus grupos de formação educacional e profissional, provavelmente há um pedacinho de muitos aqui.

Gratidão aos grupos de amigos, de cada fase, certamente há muito de vocês aqui.

Gratidão ao grupo de mestres que me acompanharam nesta história há tudo de vocês aqui.

Gratidão a todos os grupos com quem pude desenvolver meu trabalho e assim me desenvolver profissionalmente, pais, mães, crianças, adolescentes, adultos, discentes, pacientes, sem vocês eu não estaria aqui.

Especificamente agradeço,

Aos meus filhos queridos, Marco, Lucas e Beatriz pela tolerância e compreensão nos momentos de ausência e de nervosismo.

Ao meu companheiro Marcelo, grande amigo e incentivador sempre.

Aos meus pais Francisco e Amélia e ao meu sogro Manoel que embora fisicamente não estejam mais aqui estão internalizados e são eternos modelos de luta, honestidade e solidariedade. Minha tia Santina que desde muito cedo plantou sementinhas de uma formação acadêmica em minha vida. Minha sogra Eneda, mulher forte e destemida que me apoia e ajuda diariamente.

A banca examinadora deste estudo, profissionais escolhidos pelos critérios de admiração e respeito.

Ao meu orientador Prof. Dr. Luiz Renato, pelo incentivo, grande competência, infinita paciência e contribuição, e, sobretudo pela confiança.

Ao Prof. Dr. Robson e Prof<sup>ª</sup> Dra. Rosalba pela disponibilidade, paciência e carinho com que fizeram suas importantes considerações durante a qualificação e que foram de grande valia para o desenvolvimento deste estudo.

Ao Prof. Dr. Marcos e Prof. Dra. Edna que gentilmente se disponibilizaram a integrar minha banca.

Aos amigos que direta e indiretamente contribuem com meu desenvolvimento pessoal e profissional em especial Gisele Baraldi por todos os momentos de troca e compartilhar, pelo apoio e companheirismo.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da CAPES

## RESUMO

MARTIN, M.A.F. Elaboração, aplicação e avaliação de um programa sociodramático para suporte emocional e desenvolvimento de papéis sociais em grupo de pais de pessoas com deficiência intelectual. 2016. 158 f. Tese (Doutorado) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.

A família é, em grande parte das vezes, o primeiro grupo social em que, após o nascimento, o bebê é inserido. É nesse cenário que o bebê inicia suas primeiras relações e no contra papel a família experimenta uma série de alterações nas suas interações sociais com a chegada do novo integrante. A criança, inicialmente, estabelece uma relação de dependência no que diz respeito aos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais. No caso de crianças com deficiência intelectual, esta relação de dependência tende a ser mais complexa e duradoura, por causa da demanda de tratamentos e cuidados constantes, visando sua saúde e desenvolvimento. Alterações na rotina, além de outras adaptações necessárias a convivência com um filho com deficiência intelectual, podem prejudicar a dinâmica familiar e o desenvolvimento socioemocional de seus integrantes. Este estudo visou elaborar, aplicar e avaliar um programa sociodramático de suporte emocional e desenvolvimento de papéis sociais para pais de pessoas com deficiência intelectual. O trabalho foi dividido em três etapas: (1) avaliação pré-intervenção de indicadores de saúde mental dos pais (ansiedade, depressão e estresse), utilizando respectivamente os instrumentos BAI e BDI das escalas Beck e o inventário de estresse – ISSL, percepção de suporte familiar (IPSF), práticas parentais (IEP), habilidades sociais (IHS) e qualidade de vida (*WHOQOL-brief*); (2) doze encontros semanais de sociodramas tematizados sobre ansiedade, depressão, estresse, suporte social e familiar e qualidade de vida, e (3) avaliação pós-intervenção com a repetição dos instrumentos da etapa 1. Participaram da primeira etapa 19 mães, dentre as quais oito finalizaram o processo, participando das etapas 2 e 3. Nos resultados da avaliação inicial observamos a presença de indicadores de ansiedade, depressão e estresse em grande parte do grupo, além de uma percepção de suporte familiar preponderando entre médio baixo e baixo. Os estilos parentais revelaram em sua maioria classificações abaixo da média e comportamento de risco, nas habilidades sociais a maior parte das participantes obtiveram resultados que as indicavam para treinamento destas habilidades. Na evolução das sessões grupais, durante os sociodramas tematizados percebeu-se o grupo assumindo um lugar como suporte social das participantes. Além disso, as mães apresentaram-se mais fortalecidas para o enfrentamento das situações conflitivas e notou-se o surgimento de atitudes mais espontâneas e criativas e de relações empáticas. Verificou-se, também, uma evolução no papel de mães, que se apropriaram de seus sentimentos, para o enfrentamento das situações e para o empoderamento deste papel. A avaliação pós-intervenção, com o grupo de mães, demonstrou uma redução de indicadores de dificuldades emocionais (como sinais de ansiedade, depressão e estresse), melhora de indicadores de estilos parentais e da percepção de suporte social e familiar e de sua qualidade de vida.

Palavras Chave: Sociodrama, Suporte familiar, Papéis Sociais, Grupo de pais, Deficiência intelectual.



## ABSTRACT

MARTIN, M.A.F. Development, implementation and evaluation of a sociodramatic program for emotional support and development of social roles in a group of parents of people with intellectual disabilities. 2016. 158 f . Tese (Doutorado) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.

The family is, in most cases, the first social group in which the baby is inserted in life. It is in this scenario where the baby starts their first relationships and, on the other hand, where the family experiences series of changes in their social interactions as a consequence of the new member's arrival. The child establishes with the family a dependent relationship regarding their physiological, psychological, and social needs. For children with intellectual disabilities, this dependent relationship tends to be more complex and lasting because of their high demand for treatment and constant care for their health and development. Changes in routine, as well as other adjustments necessary to live with a child with intellectual disabilities, could affect family dynamics and its members' socio-emotional development. This study aimed to develop, implement and evaluate a sociodramatic intervention program for emotional support and development of social roles for parents of people with intellectual disabilities. The work was divided into three stages: (1) pre-intervention assessment of parental mental health indicators (anxiety, depression and stress, using respectively the BAI and BDI instruments of Beck scales and Inventory of stress – ISSL), perception of familiar support inventory (IPSF), parenting practices inventory (IEP), social abilities inventory (IHS) and quality of life (WHOQOL- *brief*); (2) intervention composed of twelve thematized socio-dramatic weekly meetings on anxiety, depression, stress, social and family support and quality of life, and (3) post-intervention assessment by repeating the first stage instruments. Nineteen mothers participated, but only eight completed the entire process, participating in stages 2 and 3. The results of the initial assessment showed presence of anxiety, depression and stress indicators in group members, as well as a perception of family support mostly between medium low and low range. The parenting styles inventory (IEP) showed mostly below average ratings and risk parenting behavior. Regarding social abilities, most of the participants had results that indicated training in order to develop these abilities. In the evolution of group during the thematized socio-dramatic sessions, the group worked as a social support place for the participants. In addition, the mothers become strengthened to cope with conflict situations and emerged in the group more spontaneous and creative attitudes and empathic relationships. There was also an evolution in the role of mothers, who have appropriated their feelings to face the situations and the empowerment of this role. The post-intervention assessment with the group of mothers showed a reduction of emotional difficulties indicators (such as signs of anxiety, depression and stress), an improvement of parenting styles indicators and an improvement of social, family support and quality of life perceptions.

Keywords: Sociodrama, Family Support, Social Roles, Group of parents, intellectual disabilities.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização dos participantes quanto a idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil e classe socioeconômica. ....	46
Quadro 2. Apresentação das etapas do projeto, objetivos, quantidade e duração dos encontros.....	49
Quadro 3. Descrição dos temas com suas respectivas estratégias de abordagem que foram focados em cada encontro. ....	57
Quadro 4. Comparação individual dos resultados da avaliação pré-intervenção dos pais para os inventários de Ansiedade (BAI), Depressão (BDI) e Estresse (ISSL).....	74
Quadro 5. Comparação dos resultados individuais da avaliação pré-intervenção das mães para os indicadores de ansiedade, de depressão e percepção de suporte familiar. ....	77
Quadro 6. Frequência aos encontros por participantes.....	87
Quadro 7. Identificação de necessidades, considerando os domínios do Whoqol – questionário de Qualidade de Vida.....	113
Quadro 8. Comparação individual dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção dos pais para os inventários de Ansiedade (BAI), Depressão (BDI) e Estresse (ISSL). ....	122
Quadro 9. Comparação individual dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção dos pais para os inventários de Percepção de suporte familiar (IPSF), Estilos Parentais (IEP) e Habilidades Sociais (IHS).....	127

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultados da avaliação pré-intervenção do grupo de pais para os inventários de ansiedade (BAI) e depressão (BDI). .....	71
Gráfico 2. Resultados da avaliação pré-intervenção dos pais para o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos – ISSL.....	72
Gráfico 3. Resultados da avaliação pré-intervenção do IPSF total e as três dimensões que o compõe: Afetividade, Adaptação e Autonomia. ....	76
Gráfico 4. Resultado da avaliação pré-intervenção das práticas educativas positivas do IEP – Inventário de Estilo Parental de Gomide. ....	78
Gráfico 5. Resultado da avaliação pré-intervenção das práticas educativas negativas do IEP – Inventário de Estilo Parental de Gomide. ....	79
Gráfico 6. Resultado da avaliação pré-intervenção do <i>iep</i> – índice de estilo parental do IEP – Inventário de Estilo Parental de Gomide. ....	81
Gráfico 7. Resultados da Avaliação Pré-intervenção dos fatores que compõe o IHS – Inventário de habilidades sociais de Del Prette: F – 1 Enfrentamento e auto-afirmação com risco; F – 2 Afirmação na expressão de sentimento positivo; F – 3 Conversação e desenvoltura social; F – 4 Auto exposição à desconhecidos e situações novas e F – 5 Autocontrole da agressividade. ....	83
Gráfico 8. Resultado da avaliação pré intervenção do Repertório Total de Habilidades Sociais – IHS de Del Prette .....	84
Gráfico 9. Resultado da avaliação pré-intervenção da qualidade de vida total e dos quatro domínios do <i>Whoqol-bref</i> : Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente .....	86
Gráfico 10. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o inventário de ansiedade (BAI).....	119
Gráfico 11. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o inventário de depressão (BDI).....	120
Gráfico 12. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos – ISSL. ....	121
Gráfico 13. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o IPSF total – Inventário de Percepção de Suporte Familiar .....	123
Gráfico 14. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o IEP total – Inventário de Estilos Parentais. ....	125
Gráfico 15. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o IHS total – Inventário de Habilidades Sociais. ....	126
Gráfico 16. : Comparação da avaliação pré e pós-intervenção da qualidade de vida total e dos quatro domínios do <i>Whoqol-bref</i> : Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente .....	128

## Sumário

1.	APRESENTAÇÃO.....	15
2.	INTRODUÇÃO .....	17
2.1.	Grupos e Sociodrama .....	17
2.1.1.	Teoria da Espontaneidade e Criatividade .....	18
2.1.2.	Tele .....	20
2.1.3.	Matriz de Identidade .....	22
2.1.4.	Teoria de Papéis .....	25
2.1.5.	Sociodrama.....	28
2.1.6.	Sociodrama Tematizado.....	29
2.2.	Deficiência Intelectual.....	31
2.2.1.	Famílias de Pessoas com Deficiência intelectual .....	33
2.2.2.	Indicadores de saúde mental em pais de pessoas com deficiência intelectual..	35
2.2.3.	Indicadores relacionais em pais de crianças com deficiência intelectual .....	39
3.	OBJETIVOS.....	44
3.1.	Objetivo Geral .....	44
3.2.	Objetivos Específicos.....	44
4.	MÉTODO.....	45
4.1.	Participantes.....	45
4.2.	Local.....	47
4.3.	Considerações Éticas .....	48
4.4.	Instrumentos e Procedimentos.....	49
4.4.1.	PRIMEIRA ETAPA - Avaliação pré-intervenção .....	49
4.4.2.	SEGUNDA ETAPA – Realização dos Sociodramas Tematizados com os Pais .....	51
4.4.3.	TERCEIRA ETAPA – Avaliação pós-intervenção .....	68
4.5.	Análise de Dados .....	69
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	70
5.1.	Avaliação Pré Intervenção.....	70
5.2.	Intervenção: Sociodrama com Grupo de Pais de Pessoas com Deficiência Intelectual para Suporte Emocional, Desenvolvimento de Práticas Parentais e Habilidades Sociais.....	86
5.3.	Comparação dos Resultados das Avaliações Pré e Pós-intervenção .....	118
6.	CONCLUSÕES.....	131
7.	REFERÊNCIAS.....	134
8.	ANEXOS .....	141

ANEXO I: Questionário de Classificação Socioeconômica.....	141
<b>ANEXO II :</b> .....	<b>143</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

Meu primeiro trabalho como psicóloga, teve início em 1988, em uma clínica multidisciplinar, na qual a maior parte dos pacientes eram crianças. Sabia através dos estudos de minha formação universitária, e da supervisão que realizava o quanto os pais são importantes nos atendimentos das crianças, mas nada é mais convincente do que a prática.

Na época cursava a especialização em Psicodrama, abordagem criada por Jacob Levy Moreno (1889 – 1974) e com base neste referencial, realizei meu primeiro projeto com grupo de pais. Este tinha como foco o desenvolvimento das relações pai – filho (a) ou mãe – filho (a) e também gerar um comprometimento dos pais com a terapia de seus filhos (as), além de criar um espaço para que os pais pudessem abordar aspectos do papel de pai/mãe e desta relação, que julgassem importantes.

Foram convidados para participar os pais/mães das crianças que estavam em psicoterapia comigo e em atendimento fonoaudiológico com uma profissional da equipe. Como a adesão ao grupo foi na sua totalidade feita pelas mães, chamei o projeto de “Em cena: mãe, filho e psicodrama”. O foco da intervenção era sobre o grupo, que, de acordo com a proposta Moreniana, é denominado de Sociodrama.

A partir desta experiência, sempre que possível trabalhei com grupos de pais paralelamente à psicoterapia de seus filhos.

Anos depois, em 2009, ingressei no mestrado de Distúrbios do Desenvolvimento e quando começava a pensar meu projeto, ainda com muitas ideias sobre qual foco daria a minha pesquisa, como em um “Encontro psicodramático” entre orientador e orientando, surge a proposta de um grupo de pais, desta vez um grupo de pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams Beuren (SWB). Por conhecer as potencialidades do Psicodrama/Sociodrama para este tipo de trabalho, me propus a utilizar este referencial nos sete encontros dedicados a intervenção grupal que integravam o projeto.

O projeto teve como objetivo identificar estilos parentais, habilidades sociais, avaliar indicadores de saúde mental e qualidade de vida além de desenvolver e aplicar um programa de intervenção sobre os aspectos avaliados, na forma grupal, para estes pais e posterior reavaliação dos mesmos indicadores.

O trabalho grupal instaurou um espaço de discussão que possibilitou identificar a experiência vivenciada pelos pais, bem como suas dificuldades cotidianas com o filho, orientá-los com relação à SWB, propor e realizar intervenções visando o reconhecimento e reorganização dos papéis desempenhados por eles, esta etapa do projeto deu origem ao “Guia de Suporte Familiar, Treino de Práticas Parentais e Habilidades Sociais para pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams”.

O aprofundamento da pesquisa realizada no mestrado apareceu como algo natural e necessário, sendo a origem da presente tese de doutorado que tem como foco o desenvolvimento do papel de pais, bem como da saúde emocional e relacional destes, neste estudo a intervenção grupal foi ampliada para pais de pessoas com deficiência intelectual de qualquer natureza e teve seu número de encontros aumentados para doze.

Nesta perspectiva, este trabalho inicialmente investigou indicadores relacionados a saúde emocional e relacional dos pais, em seguida como foco principal do estudo foi desenvolvido e realizado um projeto de intervenção através de sessões de sociodrama tematizado, ao final verificamos como os pais responderam a esta intervenção e acompanhamos as mudanças dos indicadores.

O método sociodramático foi escolhido por ter a dimensão relacional como seu fundamento. O material principal do sociodrama está na interação grupal, “que caminha na direção dos sujeitos que vão propondo, criando e transformando suas histórias nas dimensões pessoais e coletivas, modificando a ação e o conhecimento acerca do vivido” (FLEURY e MARRA, 2012, p. 264). Com base nesse ponto de vista, formulamos o presente trabalho de doutorado.



## 2. INTRODUÇÃO

### 2.1. Grupos e Sociodrama

O sociodrama é um dos métodos de ação profunda desenvolvidos por Moreno (1987, 1993) no qual o verdadeiro sujeito é o grupo, que está organizado pelos papéis sociais e culturais que seus integrantes compartilham. Nessa perspectiva, todo o grupo é trabalhado e desenvolvido, a partir de instrumentos operacionais que representem esta cultura grupal e não o indivíduo privado, como acontece no psicodrama.

Moreno sempre foi interessado pelas relações humanas e desde o início do século XX desenvolveu estudos e trabalhos neste enfoque. Criou o psicodrama em 1921, como resultado de seu trabalho clínico como psiquiatra e de suas atividades como diretor de Teatro Espontâneo, que consiste na criação e representação de uma peça de teatro sem texto prévio que a plateia encena enquanto vai desenvolvendo o *script* a partir de um tema ou de personagens imaginados escolhidos pela própria plateia. Na década de 30 lançou os conceitos de psicoterapia de grupo (1931) e de sociometria (1932) e prosseguiu desenvolvendo seus métodos e referencial teórico. O Psicodrama chegou no Brasil na década de 60 e em agosto de 1970 aconteceu no recém-inaugurado MASP em São Paulo o 5º Congresso Internacional de Psicodrama e Sociodrama e 1º de Comunidade Terapêutica que reuniu cerca de três mil participantes (Cepeda e Martin, 2010).

Ao desenvolver seu arcabouço teórico Moreno (1993) criou a sacionomia que é a ciência que estuda as leis sociais, pesquisa e organiza o desenvolvimento dos grupos e a situação dos indivíduos que fazem parte dele.

A sacionomia tem três ramos: sociodinâmica, sociometria e sociatria. A sociodinâmica investiga a estrutura dos grupos sociais, que se apresenta a partir do desempenho de papéis no grupo. A sociometria é uma possibilidade de medir os relacionamentos humanos no grupo, através do teste sociométrico ou de outros recursos que permitam compreender os vínculos e as relações afetivas que estão estabelecidas em determinado grupo e a sociatria são as intervenções psicodramáticas ou sociodramáticas

(MORENO, 1993).

A socionomia engloba referências teóricas que possibilitam a compreensão dos fenômenos grupais, tais como, teoria da espontaneidade e criatividade, dos fenômenos télicos, dos papéis e conceitos, como matriz de identidade, conserva cultural, papéis complementares, entre outros (MALAQUIAS, 2012).

### **2.1.1. Teoria da Espontaneidade e Criatividade**

Denominadas por Moreno (1972, 1992, 2008) como pedras angulares de seu referencial, “espontaneidade e criatividade não são processos idênticos ou similares. São categorias diferentes, embora estrategicamente vinculadas” que juntas permitem a expressão do novo (MORENO, 2008, p.51).

Do latim *sponte*, “de livre vontade”, Moreno (1972, 1987) concebe a espontaneidade como um fator inato, percebe-a como uma função cerebral com desenvolvimento muito precário quando comparada a outras importantes funções do sistema nervoso central, por exemplo, a inteligência e a memória. Justifica essa sua percepção ao verificar em seus estudos o quanto o homem está pouco preparado para lidar com situações inesperadas, agindo de forma assustada ou perplexa quando surpreendido e apresentando respostas falsas ou ficando sem resposta nestas ocasiões. Ele sugere que possivelmente isso aconteça devido ao fato de que na sociedade de conservas que vivemos, a espontaneidade é muito menos estimulada e desenvolvida do que outras funções cerebrais.

Moreno (1987) define espontaneidade como a resposta do indivíduo a uma nova situação – e a nova resposta a uma antiga situação, esta definição prevê ainda que o enfrentamento das situações aconteça de maneira adequada. Para que isto ocorra, faz-se necessário que o indivíduo passe por um aquecimento preparatório para a nova situação, ou seja, diante de tal situação são acionados arranques físicos (movimentos voluntários) como intensificação da respiração, movimentar mãos, rosto, pernas, estes levam a movimentos involuntários como aceleração do batimento cardíaco, transpiração, dentre outros, o adulto pode acionar ainda arranques mentais e sociais para o aquecimento de

seu desempenho e domínio das relações interpessoais.

Para Moreno, nascer é uma resposta à vida. Durante a gestação o feto atinge um grau de desenvolvimento e maturação que continuar nas condições ambientais existentes dentro da cavidade uterina, seria traumático e fatal para ele. Frente a tal situação o bebê une seus esforços aos esforços maternos, na busca de um novo espaço (MORENO, 1987; BERMUDEZ, 1980).

No nascimento, o bebê “a nascer” utiliza seus próprios dispositivos físicos de arranques antes do nascimento, ao se posicionar para isso e depois pressionar as paredes uterinas, frente às dificuldades que encontra, conta com os arranques físicos (voluntários e involuntários) e mentais da mãe, bem como arranques físicos e mentais dos profissionais envolvidos na situação. O momento do nascimento representa o grau máximo do aquecimento preparatório para o ato de nascer para um novo ambiente, ao qual o bebê terá de se ajustar rapidamente, é a primeira manifestação da espontaneidade. “Não é um trauma, mas o estágio final de um ato para o qual foram requeridos nove meses de preparação” (MORENO, 1987, p.105).

Moreno (1987) destaca que o aquecimento preparatório de um ato espontâneo, tem como foco condutas adequadas e resolutivas para o enfrentamento das situações, relata ainda que condutas desordenadas e emoções decorrentes de ações impulsivas estão distantes do que define como espontaneidade, ao contrário, estão ligados a patologia da espontaneidade.

A espontaneidade só opera no presente, acontece somente no aqui e agora. Conserva cultural é o produto acabado do processo criador, “consiste numa mistura bem sucedida de material espontâneo e criador, moldado numa forma permanente”, algo que todos podem compartilhar, usar e reutilizar. O livro é um grande exemplo de uma conserva cultural, mas podemos tê-la em qualquer outra obra finalizada, objetos materiais, comportamentos, nas tradições e nos costumes mantidos em uma cultura, proporcionando continuidade à herança da existência humana. Vale estender este termo para as ações e interações sociais (MORENO, 1987).

Duas formas de conserva cultural foram descritas por Moreno (1987), a que ele denominou conserva tecnológica, referindo-se aos livros, filmes e robôs e a que chamou de conserva humana referindo-se a que utiliza o ser humano como veículo.

De acordo com Moreno (1987) “espontaneidade e conserva cultural são fenômenos tangíveis e observáveis na experiência humana. São conceitos interligados; um em função do outro”.

### **2.1.2. Tele**

A primeira referência a este importante conceito da teoria sicionômica data de 1923 e muitos foram os enfoques e as definições propostas por Moreno, bem como pelos autores pós morenianos até os dias de hoje.

De forma pontual as principais formulações dadas a este termo serão expostas a seguir, partindo de Moreno.

Tele é um fenômeno da interação, pertencente aos vínculos, “uma ligação elementar” entre as pessoas, “considerado como fundamento de todas as relações interpessoais sadias”. Pode existir desde o início do estabelecimento de uma relação ou ser desenvolvido com o tempo, pode ainda deixar de existir em algumas situações relacionais quando influenciado por fantasias e projeções, mas as relações saudáveis sempre dependerão da presença do fator tele (MORENO, 1993).

Tele está presente desde o nascimento e é responsável pelas escolhas relacionais recíprocas e assim pela coesão grupal. É também responsável pelo aumento nos indicadores de interação entre os membros de um grupo, gradualmente desenvolve o sentido das inter-relações, sendo assim considerado o principal fator para determinar a posição de um indivíduo no grupo. (MORENO, 1987, 1993).

Embora atualmente saibamos que compreender o fator tele a partir da compreensão do fenômeno da empatia, seja uma forma bastante reducionista, é uma forma de iniciamos sua compreensão. Empatia consiste em se colocar no lugar do outro

e perceber as situações com os olhos deste outro, tele é o fenômeno da empatia ocorrendo reciprocamente em uma inter-relação (MORENO, 1972, 1992). “É uma experiência de algum fator real na outra pessoa e não uma ficção subjetiva. É, outrossim, uma experiência interpessoal e não o sentimento ou emoção de uma só pessoa” (MORENO, 1987, p. 295).

Aguiar (1990) resgata uma referência feita por Moreno (1992), na ocasião pouco desenvolvida referindo-se a três aspectos que integrariam o fator tele, são os aspectos conativo, cognitivo e psicomotor e integra sua contribuição com base na terminologia psicológica corrente, O aspecto conativo ligado a uma predisposição para a ação, envolvido por sentimentos, motivações, emoções e disponibilidades que misturam as experiências e o presente. O cognitivo voltado à mutualidade de conhecimentos entre os envolvidos na relação e os aspectos psicomotores de tele que estão voltados a ação em si quando os integrantes de uma relação se aproximam e desenvolvem um projeto dramático comum a partir dos papéis que desempenham ou se afastam com a mesma complementaridade, de forma espontânea-criativa.

A partir desta e de outras contribuições de Aguiar e de outros psicodramatistas pós morenianos, Perazzo (2010) traz complementações importantes ao tema, propondo como definição:

“tele é um fenômeno da interação, viabilizado entre seres humanos, abrangendo mutualidade, coesão, incluindo percepção mas não se limitando a ela, guardando correlações com posições sociométricas nos átomos sociais, também dependente dos processos intrapsíquicos que envolvem qualquer relação, caracterizada principalmente por um movimento de cocriação que constrói, viabiliza e reformula um projeto ou projetos dramáticos por meio da complementaridade de papéis dentro de um campo sociométrico” (PERAZZO, 2010, p.73)

Tele não existe enquanto característica do indivíduo, somente da relação, para que ela ocorra faz-se necessário a presença da espontaneidade e criatividade nas pessoas que integram a relação em questão, pois isso viabiliza o processo de cocriação. Quando a espontaneidade e criatividade estão ausentes, ocorrem propostas de relação baseadas em experiências anteriores (conserva cultural) não relacionadas à experiência da relação presente e vivida no aqui e agora.

Assim, ele em conjunto com a espontaneidade e criatividade formam o tripé de saúde emocional e relacional dentro do referencial psicodramático, e iniciam suas manifestações na matriz de identidade, instância que pode contribuir ou não para o desenvolvimento e fortalecimentos destes.

### **2.1.3. Matriz de Identidade**

“A matriz de identidade é a placenta social da criança, o lócus em que ela mergulha suas raízes. Proporciona ao bebê humano segurança, orientação e guia” (MORENO, 1987, p. 114).

A família é considerada por Moreno (1987) a Matriz de Identidade, onde o bebê irá desenvolver suas primeiras relações e assim incorporar, num nível primário, as características deste grupo e, além disso, assimilar a forma de funcionamento do ambiente em que está inserido.

Segundo Bermudez (1980) ao nascer, o bebê implanta-se no grupo social, estabelecendo inicialmente uma relação de dependência no que se refere às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais. Este grupo social, habitualmente representado pela família, sofre um conjunto de modificações nas relações interpessoais com a chegada deste novo integrante, a fim de promover sua inclusão dentro deste grupo.

Devido a sua condição biológica, ao nascer o bebê necessita de alguém para compreender e atender as suas necessidades básicas, “do ponto de vista da criança, esses auxiliares apresentam-se como extensões do seu próprio corpo”, enquanto ela não consegue agir autonomamente. “A uma extensão do ego da pessoa, necessária a uma existência adequada e que deve ser fornecida por uma pessoa substituta”, que pode ser a mãe, pai, avó, babá, Moreno (1987, p.109) deu a essa o nome de ego auxiliar.

Essa co-experiência, co-ação e coexistência que nesta fase primária caracteriza a relação estabelecida entre o bebê e as pessoas e coisas ao seu redor formam sua matriz de identidade, assim serão formados as bases do primeiro processo emocional da

criança (MORENO, 1987). Essas bases refletirão na construção da identidade desta criança e de suas expectativas de relacionamento com o mundo.

Inicialmente, a matriz de identidade está ligada aos processos fisiológicos, entretanto com a evolução da criança relaciona-se aos processos psicológicos e sociais (BERMUDEZ, 1980).

Uma vez estabelecida a matriz de identidade a criança passa por algumas fases do desenvolvimento, a saber, vale ressaltar que não há uma preocupação em dividir este processo em faixas etárias:

### **PRIMEIRO UNIVERSO**

#### **➤ Primeiro Tempo: Matriz de Identidade Total e Indiferenciada ou Identidade do EU.**

Nesta fase a criança experimenta uma sensação de mistura total e indiferenciada entre ela e o mundo a sua volta. Pessoas e coisas, fantasia e realidade, e ela mesma estão indiferenciados, experimentados como indivisíveis. Expressa duas sensações básicas de satisfação e insatisfação, através do sono tranquilo ou do choro, respectivamente. O Ego auxiliar (mãe, pai, babá...) tem a incumbência de traduzir a necessidade da criança e satisfazê-la, faz a mediação da criança com o mundo, nomeia seus sentimentos, desejos e emoções para o ambiente (BUSTOS, 1979; MORENO, 1987, 1993).

Esta fase foi denominada por Moreno (1993) também como fase do duplo, referindo-se a uma técnica psicodramática utilizada quando em uma cena a pessoa em foco (protagonista – termos que veremos oportunamente) não consegue identificar, seus desejos, necessidades e sentimentos na situação representada. O Ego auxiliar (psicodramatista) entra na cena e em sintonia com a pessoa expressa o que esta sente ou deseja tal qual a mãe faz pelo bebê.

#### **➤ Segundo Tempo: Matriz de Identidade Total Diferenciada ou Reconhecimento do EU.**

Nesta fase pessoas, coisas, animais e a própria criança passam a diferenciar-se.

A criança inicia dois movimentos que se alternam, ora ela concentra a atenção no outro, esquecendo-se ou estranhando a si, ora o inverso, ignora o outro, concentrando-se e ficando atenta em si mesma (MORENO,1987; RUBINI, 1995).

Em função do desenvolvimento e amadurecimento da criança, ela é capaz de distinguir entre proximidade e distância, consegue perceber que as pessoas e coisas se aproximam e se distanciam dela. Ela experimenta uma separação gradual entre o EU e o TU. Percebe seu corpo distinto e assim eventualmente brinca com suas mãos e pés e diverte-se com brincadeiras de esconder-se atrás de um tecido, vendo que o outro “desaparece”. Com o tempo é capaz de imitar. Entretanto ainda não discrimina fantasia e realidade; animado e inanimado; entre a aparência das coisas (imagens no espelho) e as coisas reais. Ao olhar-se no espelho de início não se reconhece, a imagem refletida é percebida como sendo outra criança (BUSTOS, 1979; MORENO 1987,1993; RUBINI, 1995).

Em função deste fato Moreno (1993) denominou a fase de reconhecimento do EU também como fase do espelho e a partir disso foi criada também a técnica psicodramática de mesmo nome, sua aplicação é realizada frente à dificuldade do protagonista de se perceber nas situações, de identificar suas atitudes e reconhecer sua participação na situação em foco.

## **SEGUNDO UNIVERSO**

### **➤ Matriz da Brecha entre Fantasia e Realidade ou Reconhecimento do TU.**

O Segundo universo tem início quando a criança deixa de perceber tudo a sua volta como real e passa a distinguir entre as coisas reais e as imaginadas. Neste momento desenvolve a construção de imagens e gradualmente passa a diferenciar fantasia e realidade (BUSTOS, 1979; BERMUDEZ, 1980).

A partir do desenvolvimento de papéis, próximo ponto a ser discutido neste capítulo, a criança partindo da imitação, inicia o processo de tomada do papel do outro e em algum momento poderá inverter de papel. Através da troca de papéis, se aproxima gradativamente do TU (MORENO, 1993).



Nesta sequência chegamos a proposta da técnica de inversão de papéis, desenvolvida por Moreno (1993) para intervenção nas sessões de psicodrama ou sociodrama a fim de propiciar ao protagonista sentir-se na situação, no lugar, na vivência do outro.

Na medida em que a criança ganha autonomia, isto é, desenvolve-se para o exercício das funções necessárias para sua vida, sua dependência do outro (egos auxiliares) diminui e a matriz de identidade dissolve-se gradualmente, deixando apenas os registros das experiências afetivas deste período.

Fonseca (2008) a partir de seus estudos de Buber e Moreno, bem como da influência de outros autores e principalmente de sua prática profissional descreve uma proposta ampliada da matriz de identidade em dez fases:

1. Indiferenciação
2. Simbiose
3. Reconhecimento do EU
4. Reconhecimento do TU
5. Relações em Corredor
6. Pré Inversão
7. Triangulação
8. Circularização
9. Inversão de Papéis
10. Encontro

Como vimos é na matriz de identidade que se estabelecem as primeiras relações, portanto, é nesta instância que se desenvolvem os primeiros papéis.

#### **2.1.4. Teoria de Papéis**

Estudos sobre o conceito de papel não estão ligados a um autor especificamente tão pouco a um determinado ramo da ciência, é um conceito interdisciplinar que permite uma série de investigações sobre a relação indivíduo e sociedade, em conjunto às

disciplinas que abordam fenômenos pessoais e coletivos como a psicologia, a sociologia, a antropologia e a filosofia, entretanto nos restringiremos ao conceito de papel na abordagem psicodramática.

A teoria de papéis de Moreno tem sua inspiração no teatro, e como o teatro foi uma das matrizes da proposta moreniana torna-se lógico que essa referência se constitua numa das pedras angulares do arcabouço teórico e da prática sócio-psicodramática. Trata-se uma referência amplamente desenvolvida e discutida desde Moreno até os dias de hoje.

Focaremos na escrita deste tema aspectos que contribuam diretamente para as dimensões deste estudo.

A teoria de papéis no psicodrama leva este conceito a todas as dimensões da existência humana, vai desde o nascimento e prossegue por toda a vida do indivíduo em sua experiência pessoal e em sua participação social, o homem situa-se no mundo em constante ação e interação por meio de seus papéis (MORENO, 1987; RUBINI, 1995; PERAZZO, 2010).

O papel para Moreno (1987) é a forma de funcionamento que o indivíduo assume em dado momento em que reage a determinada situação, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos, o define ainda como uma unidade em que se fundiram aspectos privados, sociais e culturais. Moreno (1992) afirma que o surgimento do papel é anterior ao surgimento do eu, e que o eu surge a partir do desempenho de papéis.

Numa síntese dos diferentes enfoques que Moreno propõe para o termo papel, Gonçalves, Wolf e Almeida (1988) definem papel como a “unidade de condutas inter-relacionais observáveis, resultante de elementos constitutivos da singularidade do agente e de sua inserção na vida social”.

Os papéis emergem na matriz de identidade, quando se dá a brecha entre fantasia e realidade tem-se a possibilidade de discriminar papéis sociais (real) e papéis psicodramáticos (fantasia, imaginário, da cena dramática).

Nos papéis sociais operam predominantemente a função da realidade, estes correspondem a “dimensão da interação social” e nos papéis psicodramáticos operam a fantasia ou função psicodramática que correspondem à dimensão mais individual da vida psíquica, “a dimensão psicológica do eu” (GONÇALVES, WOLF e ALMEIDA, 1988).

Ao final do Segundo Universo estão presentes as funções de realidade e psicodramática que dão condições para o surgimento do ego.

Novos papéis serão desenvolvidos pela complementaridade de diversas categorias e formarão aglomerados ou “cachos” de papéis que comunicam-se entre si através de “vínculos operacionais”, daí constituir-se-á o ego. A constituição do ego integrado se dá gradualmente, a partir do desenvolvimento dos vínculos operacionais entre os aglomerados de papéis e possam ser identificados depois de sua unificação o que denominamos “ego” e o “si mesmo” (GONÇALVES, WOLF e ALMEIDA, 1988; PERAZZO, 2010).

É nesta fase também que é adquirida a capacidade de iniciar processos de aquecimento diferenciados para o desempenho de papéis sociais e para papéis psicodramáticos, a espontaneidade-criatividade como princípio da adequação da ação do sujeito a seus próprios papéis que vai garantir essa passagem do mundo da fantasia para o da realidade (GONÇALVES, WOLF e ALMEIDA, 1988; RUBINI, 1995).

O processo de desenvolvimento de um papel segundo Moreno (1992) passa por três fases:

- Role-taking: Tomada ou adoção do papel. Consiste apenas em imitá-lo de acordo com os modelos disponíveis, não é permitido nenhuma variação, nenhum grau de liberdade.
- Role-playing: É “atuar” um papel, com o propósito de explorar, experimentar, desenvolver. Consiste em “jogar” o papel, o que lhe permite certo grau de liberdade.

- Role-creating: Criar no papel permite um alto grau de liberdade. É o desempenho do papel de forma espontânea e criativa.

Em nossa pesquisa o desenvolvimento de papéis, bem como, da saúde emocional dos participantes foram trabalhados através da realização de sociodramas tematizados com os pais das pessoas com desenvolvimento intelectual.

### **2.1.5. Sociodrama**

De acordo com Nery (2012) através do sociodrama o grupo vivencia seus conflitos no espaço dramático, espaço este que permite a expressão das situações conflitivas, com foco nos papéis sociais e nos sofrimentos coletivos. A fala é vivenciada permitindo ao grupo a experiência de uma expressão integrada dos sentimentos, pensamentos e ações contidos no conflito.

É possível, segundo Moreno (1993), descobrir, descrever e desenvolver papéis com um significado coletivo, através do sociodrama, a partir do jogo ou treino de papéis o grupo pode explorar as representações desses papéis, buscando maneiras de desempenhá-lo satisfatória e adequadamente, possibilitando o enfrentamento das situações cotidianas, considerando os fenômenos da espontaneidade, criatividade e tele.

Fox (2002) resgata a definição de Moreno como método profundo de ação que aborda as relações intergrupais e as ideologias coletivas, diferentemente do psicodrama que tem seu foco de intervenção no eu privado, apesar de ambos serem procedimentos sociátricos, o sociodrama trabalha com problemas ou temas sociais, com foco nos papéis socioculturais e em suas representações em uma determinada cultura (RAMALHO, 2008).

A dimensão relacional integra os fundamentos da psiquiatria, e a interação é o *locus* para a aplicação de suas metodologias (sociodrama ou psicodrama), pois assim contribuem para que todos os envolvidos nas situações em foco procurem realizar ações para transformar as situações em desejadas ou possíveis (FLEURY e MARRA, 2012).

São diversas as diferenças entre psicodrama e sociodrama, mas ambos são métodos sociátricos e muitas vezes a diferença entre eles é tênue, os dois trabalham com papéis sociais e psicodramáticos, e é com a discriminação e articulação entre eles que o indivíduo se constitui, pois são processos necessários para o desenvolvimento da tele, e da espontaneidade, valores essenciais nos processos psicossociodramáticos. Desta forma, não há oposição entre as dimensões social e psicológica, elas se complementam e são interdependentes (RAMALHO, 2008).

O sociodrama advém de relações coletivas, o grupo compartilha experiências e interage mediante um estímulo ou tema, um acontecimento ou realidade social. Tem início com foco na interação grupal, promovem-se atividades que permitem a ação de todos, podem ser formados pequenos grupos por afinidades que trazem cenas ou personagens que sintetizam o tema ou fato em foco, possibilitando que cada participante se coloque vivencial ou subjetivamente, em relação com uma realidade comum a todos. Neste ponto as intervenções são realizadas, e ao final os participantes compartilham os sentimentos, pensamentos e reflexões.

A matriz da aprendizagem e do conhecimento está no grupo onde todos são responsáveis pelos vínculos e pelos papéis que surgem das interações, este trabalho conjunto exige respeito mútuo pelo saber dos outros, troca de experiências e uma possível aceitação das formas de expressão. O sociodrama promove um espaço para o desempenho espontâneo de papéis, essa possibilidade é imprescindível em qualquer projeto que vise o compromisso dos participantes com novas aprendizagens para os relacionamentos interpessoais (MARRA, 2004).

Não há *script* pronto para as atividades sociodramáticas, mas podemos dizer que existem duas modalidades de realização. O sociodrama que pode nascer da demanda do grupo, com os participantes no momento da realização do trabalho, ou o sociodrama tematizado, como é o caso deste estudo, todavia mesmo que os temas estejam definidos, não há *script* pronto. O que acontece a partir das propostas feitas depende da interação do grupo.

#### **2.1.6. Sociodrama Tematizado**

Almeida (2014) relata que em suas experiências com atos socionômicos tematizados, ou seja, quando a equipe da direção propõe um tema e o grupo aceita a orientação, nota-se o surgimento de uma consciência comum e de um forte senso de compromisso com o grupo, possibilitando a realização de trabalhos que propiciam o desenvolvimento de cidadania e estímulos para o aumento da consciência de aspectos voltados a individualidade e também à coletividade.

Os estudos de Fleury e Marra (2012) sobre a utilização de métodos sociátricos por profissionais que atuam na saúde pública e em instituições ligadas a saúde mental e social apresentam muitos relatos de modalidades de trabalhos com populações homogêneas, referindo o desenvolvimento de intervenções grupais tematizadas.

Segundo Nery (2012) os sociodramas tematizados propiciam ao grupo um pré-aquecimento, visto que os temas previamente conhecidos refletem as demandas dos participantes. Navarro e colaboradores (1999) abordam uma proposta de grupos tematizados com tempo limitado baseada em referenciais teórico/técnicos Morenianos como uma importante estratégia de intervenção do mundo atual, seus objetivos são possibilitar aos participantes compartilharem seus problemas e dificuldades para lidar com eles; a busca da compreensão e de formas mais adequadas para lidar com estes problemas visando o alívio ou resolução dos sintomas e ou conflitos, propiciar as pessoas identificarem inibições e condutas de isolamento que colaboram para a situação conflitiva, bem como, proporcionar a identificação de recursos internos para o enfrentamento destas; a forma grupal promove por meio da troca entre os participantes, melhor percepção de si e do outro, melhora na capacidade de julgamento e em consequência um aumento da autoestima. O profissional atua de forma mais ativa em função das metas e focos a serem atingidos no período determinado.

Em sua experiência com grupo tematizado Navarro e seus colaboradores (1999) descrevem um momento inicial de maior resistência dos participantes, que se dilui dando espaço para o compartilhar de suas histórias. Esta atitude permite ao grupo o desenvolvimento de uma maior coesão. Desse modo, o conhecimento das experiências do outro promove maior integração, aproximação e compreensão, criando um clima

afetivo importante para o processo grupal. Assim, os membros do grupo percebem que compreender a própria dinâmica propicia a mudança. A fase final do processo é realizada através de uma auto avaliação e avaliação dos colegas de grupo, com foco na percepção de como cada um iniciou o processo, como evoluíram e como estão finalizando. Navarro e colaboradores (1999) descrevem essa fase final como um momento repleto de emoções dos participantes e que revela mudanças de pessoas bastante temerosas e reticentes no início, que finalizaram mais abertas e satisfeitas.

Este estudo teve como proposta a realização de sociodramas tematizados com uma população homogênea. Os participantes são todas mães de pessoas com deficiência intelectual.

## **2.2. Deficiência Intelectual**

Visando abordar o termo deficiência intelectual de acordo com as especificidades da literatura internacional e atual faremos a seguir algumas considerações sobre o tema.

Segundo a Associação Americana de Deficiência Intelectual e do Desenvolvimento – AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) a deficiência intelectual é caracterizada por significativas limitações que englobam além do funcionamento intelectual (raciocínio, aprendizagem e resolução de problemas) uma série de habilidades sociais e práticas cotidianas, e deve ter início antes dos dezoito anos de idade.

De acordo com a AAIDD além da avaliação cognitiva baseando-se nas medidas de quociente de inteligência (QI) por meio de testes padronizados, faz-se necessária uma avaliação das habilidades e dificuldades da pessoa nas relações e atitudes no meio em que vive, bem como, na realização das atividades diárias, nos cuidados pessoais e no aprendizado acadêmico.

A Classificação Internacional do Funcionamento da Deficiência e da Saúde – CIF; a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com

a Saúde – CID-10, ambas da Organização Mundial da Saúde – OMS; e o Manual de Diagnóstico e Prática Profissional em Retardo Mental da Associação Americana de Psicologia – APA utilizam como referência as propostas da AAIDD.

De acordo com o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição) a deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é caracterizada “por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência”. Estes déficits resultam em prejuízos que impedem o indivíduo de “atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa, e na comunidade” (APA, 2014, p.31).

Assim, como critérios diagnósticos de deficiência intelectual segundo o DSM-5, o transtorno deve ter início no período de desenvolvimento (infância ou adolescência) e, incluir déficits intelectuais, além de déficits nos domínios conceitual, social ou prático decorrentes dos déficits intelectuais mencionados, e que necessitem de apoio contínuo para que a pessoa tenha desempenho adequado nos locais que frequenta.

As habilidades de leitura, escrita, linguagem, matemática, raciocínio, conhecimento e memória compõem o domínio conceitual. A percepção de pensamentos, sentimentos e experiências das outras pessoas, a empatia, o julgamento social, a comunicação interpessoal e a capacidade de fazer e manter amizades integram o domínio social. Os cuidados pessoais, o autocontrole, a responsabilidade no trabalho, a administração financeira, lazer e a organização de atividades escolares e profissionais são componentes do domínio prático (APA, 2014).

As classificações do DSM-5 equivalem ao diagnóstico da CID (transtornos do desenvolvimento intelectual), que especifica a gravidade da deficiência intelectual em leve, moderada, grave e profunda. Vale ressaltar que os níveis de gravidade são definidos de acordo com o funcionamento do indivíduo nos domínios conceitual, social e prático e não apenas em escores de quociente intelectual (QI), pois são estes domínios



que determinam o nível de apoio necessário.

De modo geral é a família quem oferece os cuidados e contribui para a integração da criança (filho) no contexto social. Ao falarmos da necessidade de apoio em seus diversos domínios, independentemente do nível de gravidade da deficiência intelectual, nos remetemos a providências que serão atribuídas a família.

Para Glat (1996) quanto mais à criança com alterações em seu desenvolvimento for integrada à sua família, mais a família propiciará a ela participar e usufruir dos recursos e serviços da comunidade.

### **2.2.1. Famílias de Pessoas com Deficiência intelectual**

A convivência e as relações das famílias que possuem entre seus membros uma pessoa com deficiência intelectual tende a ser bastante complexa, especialmente quando se trata de um filho, Favero e Santos (2010) destacam em seu estudo que a convivência diária com uma criança com um quadro crônico altera o funcionamento da família interferindo diretamente na qualidade de vida de seus integrantes (BRAGA, 2004; DARBYSHIRE; KROESE, 2012).

Os estudos mencionados de Favero e Santos (2010) descrevem que grande parte das mães de crianças com alterações em seu desenvolvimento tende a assumir totalmente a responsabilidade pelos cuidados de seus filhos dedicando-se intensamente a este trabalho de cuidadora. As alterações na rotina das mães, as adaptações necessárias à convivência com a criança, bem como a revisão das prioridades em suas vidas podem potencializar conflitos emocionais e afetivos que demandam cuidados especiais destas mães.

É possível encontrar na literatura estudos de intervenções com pais que têm se revelado eficazes no atendimento a diversos quadros clínicos como de crianças com deficiência intelectual, transtornos invasivos, problemas de comportamento externalizantes e internalizantes, paralisia cerebral, que visam além do desenvolvimento dos filhos, a intervenção sobre a saúde mental e relacional dos pais (PINHEIRO;

HAASE; DEL PRETTE, 2002; FREITAS et al., 2008; MARTIN, 2011).

De acordo com a literatura crianças, e adolescentes com síndromes genéticas associadas à deficiência intelectual tendem a apresentar elevados índices de prevalência de problemas de comportamento e transtornos psiquiátricos (GARCÍA-NONELL et al., 2003; ANTONELL et al., 2006; O'HEARN; LUNA, 2009). Muitos desses problemas comprometem a interação da criança dentro do contexto familiar, escolar e social, constituindo um objetivo importante dos programas de intervenção com pais (FERNANDES et al., 2009). Esses aspectos, somados às dificuldades dos pais para conciliar os problemas cotidianos, têm levado pesquisadores de diferentes áreas do desenvolvimento infantil a criarem programas específicos de treinamento e desenvolvimento do papel de pais de crianças com síndromes genéticas e deficiência intelectual associada (YOUNG; AMARASINGHE, 2010; NAJDOWSKI et al., 2008; LEYFER et al., 2006).

O núcleo familiar interfere no desenvolvimento da criança e pode favorecer ou dificultar determinadas atitudes e interações, ocupando assim um papel central em sua formação (GONÇALVES, 1988).

Os grupos de suporte e orientação para pais de crianças com deficiência intelectual demonstram ser bastante eficientes, pois contribuem para aumentar o conhecimento do quadro, trocar informações pessoais, fornecer suporte emocional e desenvolver o sentimento de pertencer a uma rede social, onde se comunicam e se sentem compreendidos, diminuindo o sentimento de isolamento e falta de apoio, estimulam o compartilhar das dificuldades, a descoberta e treinamento de formas para lidar com estas, melhoram e/ou desenvolvem habilidades para lidar com os filhos (MAJUMDAR; PEREIRA; FERNANDES, 2005; SILVA; DESSEN, 2001; BOSA, 2006; MARTIN, 2011).

Encontramos na literatura trabalhos sociodramáticos com famílias visando intervir em conflitos de papéis familiares, em seus sofrimentos, na tolerância às diferenças, e na criação de redes sociais de apoio às famílias (GONÇALVES, 1988; MARTIN, 2011; NERY, 2012)

### **2.2.2. Indicadores de saúde mental em pais de pessoas com deficiência intelectual**

De acordo com Moreno (1972, 2008) grande parte das doenças psíquicas e sociais da humanidade pode ser atribuída a um desenvolvimento insuficiente ou perda da espontaneidade.

Moreno (1972, 1992) compreende o surgimento da ansiedade em função da espontaneidade. Como descrito anteriormente espontaneidade baseia-se numa resposta adequada a uma situação presente. Quando a resposta dada a uma situação presente é adequada, há “plenitude” da espontaneidade, gerando a diminuição e desaparecimento da ansiedade. Entretanto, quando diminui a espontaneidade, a ansiedade aumenta e quando ocorre à perda total da espontaneidade, a ansiedade alcança seu grau máximo, o ponto de pânico.

A ansiedade surge quando há a falta da espontaneidade, não há ansiedade em primeiro plano, entretanto a presença da ansiedade pode enfraquecer a espontaneidade (MORENO, 1972, 1992).

Há na literatura uma série de estudos (Majumdar, Pereira e Fernandes, 2005; Favero e Santos, 2005; Bosa, 2006; Schmidt, Dell’Aglío e Bosa, 2007; Cherubini, Bosa e Bandeira, 2008) que abordam aspectos relacionados à saúde mental de pais de pessoas com deficiência intelectual, autismo, síndromes genéticas entre outros, indicando alterações nestes aspectos. Para compreender a saúde mental dos pais que fazem parte deste estudo focamos basicamente em indicadores de ansiedade, depressão e estresse.

A deficiência intelectual em crianças e jovens é um fator associado ao aumento de estresse para pais. Os estudos de Majumdar, Pereira e Fernandes (2005) revelaram, através de pesquisa com três grupos de pais de crianças com diferentes níveis intelectuais, deficiência de grave a moderado, deficiência de leve a limítrofe, sem deficiência, que quanto maior o nível da deficiência cognitiva, maior a vulnerabilidade dos pais (pai e mãe) ao estresse e ansiedade, sendo que em mães esta vulnerabilidade é significativamente maior do que em seus cônjuges.

Os estudos de Cherubini, Bosa e Bandeira (2008) investigando o estresse e autoconceito de pais/mães de meninos com Síndrome do X-frágil (SXF), meninos com Síndrome de Down (SD) e meninos com desenvolvimento típico identificaram maior incidência de problemas psiquiátricos nas mães do grupo SXF que apresentavam agorafobia e transtorno de pânico; no grupo de mães com SD a maior incidência foi de depressão e ansiedade generalizada; a depressão também apareceu no grupo de mães com desenvolvimento típico (DT), porém com menor incidência. No que diz respeito ao estresse a pesquisa revela que não há diferença significativa entre os grupos, entretanto os pais/mães de crianças sem deficiência intelectual indicaram menor ocorrência de estresse, ao serem comparados aos outros grupos. Há um predomínio das mães do grupo SXF na fase de resistência do Inventário de Estresse de Lipp (ISSL), com sintomas físicos e psicológicos, já os pais deste grupo apresentam apenas sintomas psicológicos (CHERUBINI, BOSA e BANDEIRA, 2008).

Bosa (2006) ao abordar as intervenções com autistas ressalta a importância do trabalho com as famílias, destacando a relevância de se considerar as necessidades individuais dos assistidos e ajudando-os a avaliar os fatores estressores e as soluções dos problemas. Menciona ainda o valor do grupo como suporte emocional, no desenvolvimento de habilidades para lidar com a criança, além de informações sobre o transtorno.

A revisão sistemática realizada por Favero e Santos (2005) sobre o impacto psicossocial em famílias de crianças autistas evidencia, sobretudo a presença de estresse parental que gera uma sobrecarga principalmente no âmbito emocional. O prejuízo cognitivo dos filhos apresenta-se como o principal fator de estresse nos pais, pois suscitam nos pais preocupações com relação ao cuidado futuro dos filhos em função da grande dependência apresentada. Eles também observaram uma redução das dificuldades no relacionamento familiar quando a gravidade do transtorno diminuiu ou quando é relatada maior presença de suporte social, que ofereçam um melhor conhecimento das necessidades psicológicas dos pais com a respectiva intervenção, bem como da situação de seu filho, permitindo a compreensão das dificuldades e encontrando formas para enfrentá-las; além do conhecimento das políticas públicas que

possibilitem atenuar o sofrimento dos pais para lidarem com as limitações da situação.

Ainda com relação à maneira como as mães de crianças autistas lidam com eventos estressores, Schimidt, Dell’Aglío e Bosa (2007) identificaram que na maioria das vezes as mães agem sobre o estressor na busca da solução do problema. É importante salientar que a maioria das mães do estudo de Schimidt, Dell’Aglío e Bosa (2007) recebiam orientação de profissionais (suporte) para o manejo das dificuldades dos filhos com autismo, o que pode favorecer a interação dos pais com seus filhos. Entretanto, para lidar com as próprias emoções frente a situações estressantes, as mães tendem a evitar os problemas, afastando-se ou assumindo outra atividade. Diante desta situação, na qual as mães conseguem ter uma ação efetiva diante das dificuldades dos filhos, mas não com as próprias emoções, os autores destacam a importância de grupos de apoio e orientação às mães visando à utilização de estratégias que possibilitem o alívio do estresse materno.

Ao refletirmos sobre o apoio e orientação oferecidos aos pais nos sociodramas tematizados podemos encontrar nos estudos de Martin (2011) a oportunidade dos pais lidarem, nas sessões grupais, com situações de tensão, como o enfrentamento das queixas vindas da escola do filho; colocar limites aos filhos, dizer não quando necessário; pedir ajuda em situações difíceis; dentre outras situações vivenciadas no grupo que permitiram aos participantes desenvolverem novas repostas diante de situações cotidianas que lhes geravam desconforto, a experiência dessa nova postura, pode ser uma das ações responsáveis pela diminuição da ansiedade e do estresse.

Ao comparar os resultados de níveis de estresse de mães/pais de crianças com Síndrome de Williams (SWB) antes e pós-participação em um grupo de suporte familiar sociodramático, Martin (2011) identificou a presença de estresse na fase de resistência do ISSL, com sintomatologia psicológica em 37,5% do grupo antes da intervenção; e após a intervenção identificou-se que 12,5% apresentaram estresse na fase de resistência, com sintomatologia psicológica, 12,5% indicaram estresse na fase de resistência, com sintomatologia física e 75% não revelaram estresse.

Schimidt e Bosa (2003) através de uma extensa revisão bibliográfica

demonstraram intensas manifestações de estresse e ansiedade em pais de crianças com autismo, destacando a mãe como alvo de maior estresse, considerando-a como maior responsável pelos constantes cuidados. Segundo eles, as condições físicas e mentais da criança com autismo aumentam a demanda por cuidados e em consequência aumenta o nível de dependência dos pais, constituindo um potencial estressor para a família.

De forma geral, em nossa sociedade, ainda é direcionada a mulher / mãe o cuidados dos filhos (conserva cultural), é comum encontrarmos em estudos como este, as mães reorganizando suas escolhas de vida, desistindo de outros papéis, em detrimento de escolhas anteriores, em função dos cuidados do filho/filha com deficiência intelectual.

De acordo com Moreno (1975) papel é a forma de funcionamento assumida pelo indivíduo em determinado momento, reagindo a uma determinada situação, na qual outras pessoas estão envolvidas, é esperado que todo indivíduo esteja a altura do papel oficial que desempenha. Moreno (1975) afirma ainda que o indivíduo deseja desempenhar muitos papéis em sua vida, mais do que aqueles que lhes são permitidos.

“Todo e qualquer indivíduo está cheio de diferentes papéis em que deseja estar ativo e que nele estão presentes em diferentes fases do desenvolvimento. É em virtude da pressão ativa que essas múltiplas unidades individuais exercem sobre o papel oficial manifesto que se produz amiúde um sentimento de ansiedade” (MORENO, 1975, p. 28).

Olsson e Hwang (2001) avaliaram indicadores de depressão utilizando o Inventário de Depressão de Beck – BDI em 216 famílias com crianças com autismo e/ou deficiência intelectual, sendo que mães de crianças com autismo demonstraram escores mais elevados do que mães de crianças com deficiência intelectual sem autismo, que por sua vez apresentaram escores mais elevados do que mães de crianças com desenvolvimento típico. Os pais normalmente indicam escores de depressão menor do que as mães, como explicação para isso são levantadas algumas hipóteses: a primeira é de que tal como nos quadros de ansiedade e estresse a mãe se dedique a maior parte dos cuidados e trabalhos práticos, outra é de que os pais demonstrem seu sofrimento de outras formas, daí a importância de ser incluída, em novos estudos, a avaliação de outros aspectos psicológicos, além da depressão.

Martin (2011) em seu estudo com mães/pais de crianças com síndrome de Williams avaliou indicadores de ansiedade e depressão, utilizando o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI e o Inventário de Depressão de Beck - BDI e com relação a ansiedade identificou que 23,1% dos avaliados revelaram nível leve, 7,7% indicaram nível moderado e também 7,7% demonstraram nível grave de ansiedade, quanto a depressão 23,1% dos avaliados indicaram nível leve, 30,8% apresentaram nível moderado e não houve mães/pais com nível grave de depressão. O estudo também identificou que os participantes que revelaram níveis mais altos de ansiedade, também demonstraram níveis mais altos de depressão.

O estudo de Martin (2011) comparou também os resultados da avaliação dos pais de crianças com SWB para ansiedade, depressão com a percepção de suporte familiar, ou seja a forma como este pais percebem o suporte que recebem em sua família, a partir de três fatores: afetividade, autonomia e adaptação entre os integrantes. Observou-se que os resultados “moderado” e “grave” para ansiedade e “moderado” para depressão apareceram nos participantes que revelaram classificação “baixo” e “médio baixo” para percepção de suporte familiar do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), corroborando os estudos de Baptista (2010) que apresenta depressão e suporte familiar de forma associada, apontando que quanto pior o suporte familiar percebido, maior o nível de depressão.

### **2.2.3. Indicadores relacionais em pais de crianças com deficiência intelectual**

Os indicadores relacionais integram este estudo, e seu foco principal está direcionado para as relações familiares, pois este é o primeiro grupo social que recebe a criança e que se torna responsável por seus cuidados, é também nesta instância que a criança irá se desenvolver e estabelecer suas primeiras relações.

Considerando a relevância das relações familiares, e também seus desgastes e suas implicações no desenvolvimento de crianças com e sem deficiência intelectual o tópico a seguir aborda os papéis sociais, em especial o papel de mãe e/ou pai e as possíveis dificuldades encontradas no cotidiano.

Sabe-se que o contexto familiar interfere no processo de socialização da criança,

de acordo com Benetti e Balbinotti (2003, p. 104), “os objetivos e valores (crenças) que orientam os pais afetam as práticas parentais (atitudes) e o estilo parental (clima emocional)”.

O sociodrama tem entre seus alcances o mapeamento e desenvolvimento de papéis, assim utilizá-lo neste estudo permite que através do desempenho dos papéis sociais e seus respectivos contra papéis, os participantes possam perceber como ocorrem suas interações sociais, como estabelecem seus vínculos, quais são suas maiores dificuldades (percepção de seus sentimentos, pensamentos ou atitudes nas relações, bem como, a percepção do outro), e ainda possibilita o treinamento destes papéis (*roleplaying*), sobretudo do papel de pais, visando o resgate da espontaneidade, criatividade e tele nas relações sociais e práticas parentais.

Na literatura encontramos outros referenciais que contribuem para a mensuração e compreensão das dificuldades e habilidades no desempenho dos papéis sociais, como, os estudos das habilidades sociais de Del Prette (2001, 2010), e também referencias especificamente com foco na mensuração e percepção do papel de pais como os estudos de práticas parentais de Gomide (2006) desenvolvido a partir de pesquisas sobre a utilização de práticas educativas.

Macarini, Martins, Minetto e Vieira (2010) ao revisarem a literatura brasileira sobre práticas parentais, destacaram que a investigação revela poucas pesquisas relacionadas às práticas de pais de crianças com deficiências e/ou doenças, e as encontradas evidenciam que essas famílias tendem a apresentar aumento de estresse e dificuldades de relacionamento, o que acaba por afetar o funcionamento familiar e pode levar a dúvidas na escolha de práticas parentais.

Gomide (2006) define estilo parental como o conjunto das práticas educativas usadas pelos pais, visando educar, socializar, controlar ou desenvolver valores e comportamentos em seus filhos, este modelo teórico é composto por sete variáveis, sendo cinco delas vinculadas ao desenvolvimento de comportamentos antissociais, como a negligência, que é a ausência de afeto, de cuidado e de atenção; abuso físico e psicológico, que se caracteriza por práticas corporais negativas, ameaças e chantagens;



disciplina relaxada, que consiste num afrouxamento das regras estabelecidas; punição inconsistente, são atitudes que se orientam pelo estado de humor dos pais e não pela ação do filho e monitoria negativa, que se trata da formação de um ambiente relacional hostil, com excesso de instruções; e ainda duas práticas educativas promotoras de comportamentos pró-sociais, que são a monitoria positiva, que se caracteriza pela adequada atenção, afetividade, acompanhamento e orientação e o comportamento moral, que se refere a dar condições para o desenvolvimento de virtudes, como empatia, senso de justiça, responsabilidades, generosidade, compreensão de certo e errado, entre outras. Todas essas atitudes e interações entre pais e filhos fazem parte do desempenho do papel social de pais.

Estudos de Martin (2011) com pais/mães de crianças com SWB identificaram que 38,5% dos pais que participaram de sua pesquisa revelaram estilos parentais classificados abaixo da média e de conduta de risco, sendo as práticas educativas negativas de negligência, monitoria negativa e abuso físico e a prática educativa positiva de monitoria positiva, as que se evidenciaram estes resultados. Vale ressaltar ainda que após os pais participarem do grupo de suporte familiar e treino de práticas parentais e habilidades sociais, houve um aumento na classificação dos estilos parentais em 62,5% dos participantes.

Observa-se na literatura uma correlação entre práticas parentais e habilidades sociais, através dos estudos de Gomide e colaboradores (2005) com oito casais e seus filhos, sendo que metade das famílias foram identificadas como de risco e a outra metade como de não risco pelo Inventário de Estilos Parentais (IEP), obteve-se correlação positiva entre o IEP e o fator 2 do Inventário de Habilidades Sociais de Del Prette e Del Prette, que trata da “autoafirmação na expressão de sentimentos positivos”, além disso entre os oito membros das famílias com índice de estilo parental negativo três obtiveram escores abaixo da média e dois foram indicados para treinamento em habilidades sociais, todavia nas famílias com índice de estilo parental positivo apenas um indivíduo foi indicado para treinamento, e os demais apresentaram escores acima da média. Neste mesmo estudo observa-se uma correlação negativa entre o IEP e o BDI e entre o IEP e o ISSL, o que significa que quanto maior o índice negativo do IEP, maiores os índices de depressão e estresse encontrados nas famílias pesquisadas.

Podemos compreender as situações descritas a partir da seguinte análise, indivíduos que apresentam dificuldades em suas relações sociais, e na manifestação de atitudes interativas (habilidades sociais), apresentam também dificuldades no desempenho do papel de pais (práticas parentais), ou seja, notamos um comprometimento no desenvolvimento de relações espontâneas e empáticas (RUBINI, 1995) podemos ampliar ainda esta discussão a partir dos dados de saúde mental que seguem, pois a ausência de espontaneidade possibilita a presença de indicadores de ansiedade (MORENO, 1972, 1992) e este por sua vez tende a associar-se a outros indicadores (CUNHA, 2001).

Os estudos de Martin (2011) realizados com treze pais de crianças com SWB evidenciaram que 30,7% (n=4) do grupo indicaram um repertório abaixo da média para as habilidades sociais e 15,4% (n=2) deles apresentaram um repertório muito deficitário, sendo indicados à participarem de programas de intervenção nesta área.

As habilidades sociais são aprendidas durante toda a vida, a partir do desempenho de papéis e estabelecimento das relações sociais, entretanto determinadas condições não contribuem para esta aquisição, assim o processo pode ser recuperado através de treinamento e desenvolvimento de papéis (roleplaying) em contextos estruturados e por meio de atividades grupais que simulem as situações cotidianas permitindo a observação e o treinamento de situações que desenvolvam ou fortaleçam as habilidades sociais dos participantes (KAUFMAN, 1993; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

Nota-se no parágrafo anterior uma referência a necessidade de treinamento de papéis quando estes se apresentam pouco desenvolvidos, ou seja, papéis ainda na fase de roletaking precisam ser desenvolvidos a fim de atingirem o roleplaying e o rolecreating, visando a partir do desenvolvimento de papéis, que os indivíduos possam ter um EU mais estruturado (MORENO, 1992).

O estudo de Pires (2013) com um grupo de mulheres utilizando o método sociodramático demonstra a possibilidade de desenvolver as habilidades sociais, bem como, a percepção do grupo sobre o desempenho destas no contexto social a partir de

uma proposta de intervenção de nove encontros. Ao final do processo o grupo destacou como resultados a possibilidade de perceber e lidar com os relacionamentos de um modo diferente, o que gerou nos participantes novos comportamentos e novas propostas de interação social, menciona também que perceberam a importância de pequenas ações e suas fortes influências na qualidade dos relacionamentos.

Vários estudos demonstram que o treinamento de habilidades educativas para pais propicia que eles ensinem atitudes adequadas e modifiquem ações inadequadas de seus filhos (MELO; SILVARES, 2003; SERRA-PINHEIRO; GUIMARÃES; SERRANO, 2005; SOARES; SOUZA; MARINHO, 2004). Pinheiro (2006) em sua pesquisa realizada a partir do treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com trajetória de risco avalia como positiva a intervenção visto que durante os trabalhos as mães relatavam melhoras no comportamento das crianças além de importantes mudanças nos relacionamentos intrafamiliares.

Desse modo, a partir do que foi expresso na introdução e no quadro teórico, vê-se a importância de ampliar estudos nesta área, que contribuam para a compreensão das dinâmicas que são desenvolvidas nas famílias que incluem uma pessoa com deficiência intelectual em seu meio, além de identificar aspectos emocionais como ansiedade, depressão e estresse e aspectos relacionais como habilidades sociais, estilos parentais, presença ou não de suporte familiar, e o impacto destes e de outros aspectos na qualidade de vida destes pais. Nesse contexto, estudos sobre procedimentos de avaliação e, sobretudo de intervenção com estes pais, são necessários para propiciar à eles o desenvolvimento de novas formas de lidar com situações estressoras e ansiógenas, melhorar o desempenho de papéis sociais além de promover a partir das vivências de grupo a construção de um novo suporte social para os participantes. O trabalho com sociodramas tematizados, apresenta-se como uma ferramenta eficaz e adequada para ações grupais em diversos contextos, inclusive com famílias como é o foco deste estudo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Elaborar, aplicar e avaliar os efeitos de um programa sociodramático para suporte emocional e desenvolvimento de papéis sociais em grupo de pais de pessoas com deficiência intelectual.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Avaliar indicadores de saúde mental como estresse, ansiedade e depressão em um grupo de pais de pessoas com deficiência intelectual (DI);
- ✓ Avaliar estilos parentais, habilidades sociais, percepção de suporte familiar e qualidade de vida no grupo de pais de pessoas com DI;
- ✓ Elaborar e aplicar um programa de suporte sócio emocional, desenvolvimento de práticas parentais e de habilidades sociais para um grupo de pais de pessoas com DI;
- ✓ Verificar os efeitos da intervenção por meio da comparação dos resultados pré e pós-intervenção.
- ✓ Identificar percepções dos participantes e do diretor sobre os efeitos da intervenção grupal

## 4. MÉTODO

### 4.1. Participantes

Para cumprirmos os objetivos participaram deste estudo mães/pais de pessoas (crianças, adolescentes ou adultos) com diagnóstico de deficiência intelectual. Os pais foram incluídos independentemente da faixa etária, sexo e escolarização de seus filhos.

Os pais inicialmente foram convidados a participarem de uma reunião na qual o projeto foi apresentado detalhadamente, mencionando suas etapas, objetivos, quantidade e duração dos encontros.

A pesquisa foi iniciada em duas instituições da cidade de São Paulo que atendem pessoas com deficiência intelectual, uma situada na região norte e outra na região leste da cidade.

Deram início ao processo de coleta de dados, da primeira etapa do projeto (avaliação pré-intervenção) dezoito mães cujos dados sócio demográficos encontram-se no Quadro 01. Nas avaliações realizadas percebe-se a participação unânime de mães (19). O grupo apresentou escolaridade variando entre ensino fundamental I incompleto à superior completo, as idades variavam entre 30 e 75 anos. A maior parte das participantes é casada (13), três são divorciadas/separadas, duas são viúvas e uma é solteira. O nível sócio econômico do grupo varia entre D-E e A, de acordo com o modelo da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP (2014).

Quadro 1. Caracterização dos participantes quanto a idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil e classe socioeconômica.

<i>Partic.</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Est. Civil</i>	<i>Diagnóstico do filho (a)</i>	<i>Classificação Sócio Econômica</i>
01	56	F	Fund. II Incompleto	Diarista	Divorciada	Síndr. Down	C – 1
02	33	F	Médio Incompleto	Do lar	Casada	DI/Autismo	C – 1
03	75	F	Fund. I Incompleto	Do lar	Viúva	DI	C – 2
04	61	F	Fund. I Incompleto	Do lar	Casada	DI	D – E
05	42	F	Médio Completo	Aux. Enfermagem	Casada	Síndr. Down	A
06	50	F	Fund. I Incompleto	Aux. de serviços (atualmente sem trabalho)	Solteira	Sindr. do Triplo-X	D – E
07	33	F	Médio Completo	Do lar	Casada	Sindr. Down	C – 1
08	33	F	Fund. II Incompleto	Doméstica	Casada	DI	C – 1
09	45	F	Médio Completo	Do lar	Casada	DI/Autismo	B – 2
10	30	F	Superior Completo	Farmacêutica	Divorciada	DI/Autismo	B – 1
11	58	F	Superior Completo	Aposentada	Casada	DI / PC	B – 1
12	55	F	Fund. II Incompleto	Do lar	Casada	Sindr. Down	A
13	58	F	Superior Completo	Aposentada	Viúva	DI/Autismo	B – 1
14	34	F	Médio Completo	Do lar	Casada	DI/Autismo	B – 2
15	45	F	Médio Incompleto	Monit. Transp. Esc.	Casada	DI/Autismo	C – 1
16	63	F	Fund. I Completo	Do lar	Separada	Sindr. Down	C – 1
17	33	F	Médio Completo	Do lar	Casada	DI/Autismo	C – 2
18	30	F	Fund. II Completo	Empresária	Casada	DI/Autismo	A
19	34	F	Médio Completo	Do lar	Casada	DI/Autismo	B – 2

Os primeiros contatos com a instituição da zona norte e com os pais/mães das pessoas que a frequentam ocorreram entre junho e agosto de 2014, a primeira etapa do projeto (avaliação pré-intervenção) foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2014, e correspondem aos dados das participantes 01 a 08 do quadro 01. Em novembro realizamos dois encontros quinzenais para acolhimento e interação entre as participantes. Em função das férias de final de ano interrompemos os encontros e os retomamos em fevereiro de 2015, com as devolutivas individuais da avaliação realizada.

Compareceram sete mães à devolutiva, entretanto não foi possível iniciarmos a segunda etapa (intervenção grupal), pois as mães não tinham disponibilidade para os encontros em grupo, duas mães por motivo de saúde (participantes 3 e 4), uma estava grávida e em breve teria o bebê impedindo-a de frequentar os encontros (participante 07), três por motivo de trabalho (participantes 01, 05 e 08) e uma delas tinha se mudado do bairro, inclusive o filho já não frequentava mais a instituição (participante 02). A participante 06 não compareceu aos encontros agendados para a devolutiva.

As mães que tiveram disponibilidade e interesse (participantes 02, 03 e 04) foram atendidas individualmente nos meses de março e abril.

Os contatos com a instituição da zona leste e com os pais/mães das pessoas que a frequentam aconteceram em maio e junho de 2015. No início de agosto/2015 foi realizada a primeira etapa (avaliação pré-intervenção) deste estudo com onze participantes e correspondem aos dados das participantes 09 a 19 do quadro 01. Em seguida iniciaram a segunda etapa (intervenção grupal) dez mães, pois a participante 19 não tinha disponibilidade para integrar o grupo. Finalizaram o programa de intervenção e realizaram a avaliação pós-intervenção oito mães, ou seja, outras duas mães (participantes 17 e 18) interromperam a participação no transcorrer do processo de intervenção grupal, frequentaram até o terceiro encontro, uma delas não tinha com quem deixar o filho no horário dos encontros e a outra não conseguiu conciliar os horários do grupo com seu trabalho.

#### **4.2. Local**

As instituições, nas quais a pesquisa foi realizada, forneceram uma sala preparada para a acomodação dos participantes e execução das atividades deste estudo.

A Instituição, que fica na zona norte da cidade de São Paulo, foi inaugurada em 1985 e ampliou suas atividades no decorrer dos anos, atualmente presta atendimento diurno a mais de 150 pessoas com idades variadas (crianças, adolescentes e adultos). Conta com um amplo espaço, em sua área externa tem quadras, gramado, horta, canil, galinheiro e espaço para outros animais (cavalo, cabras, carneiros, etc.). Em sua área

interna tem espaço para a realização de diversas atividades destinadas à aprendizagem das atividades de vida diária e prática favorecendo o desenvolvimento da independência e autonomia pessoal dos assistidos. Realiza também oficinas pedagógicas, visando o desenvolvimento de atividades profissionalizantes (marcenaria, reciclagem, cartonagem, vela e sabonete), oficinas de criação e de pintura, atividades físicas, psicomotoras e recreativas. O espaço conta ainda com um ambulatório equipado para a realização de atendimentos nas áreas de neuropediatria, psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, fisioterapia, terapia ocupacional e equoterapia.

A instituição da zona leste da cidade de São Paulo, foi fundada em 1996 e no final de 2015 inaugurou sua segunda unidade, na mesma região, presta serviço a comunidade nos turnos de manhã ou tarde, seu espaço físico conta com salas de aula, refeitório, um espaço para as atividades físicas e um pátio para atividades sócio culturais. Desenvolve atividades escolares para crianças com transtorno do espectro autista com e sem deficiência intelectual, e atende pessoas com deficiência intelectual de quaisquer etiologias. Realiza ainda atividades de vida diária e prática que visam promover autonomia pessoal, favorecer o desenvolvimento da independência e da comunicação dos frequentadores. Diariamente faz oficinas de arte e artesanato e grande parte das peças produzidas pelos assistidos são comercializadas em eventos da instituição. Em sua equipe de profissionais conta com a direção, coordenação pedagógica, psicóloga, terapeuta ocupacional, professor (as) especializadas, além das cuidadoras, equipe da cozinha e secretária.

### **4.3. Considerações Éticas**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) através do Processo nº 1302/11/2010 e CAAE nº 0110.0.272.000-10. Os participantes recebem a Carta de Informação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme requerimentos éticos de pesquisa com seres humanos, que é lido para apreciação e assinatura. As instituições envolvidas também são informadas sobre os procedimentos por Carta de Informação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionado às instituições.



#### 4.4. Instrumentos e Procedimentos

O trabalho foi desenvolvido em três etapas como se pode observar no Quadro 2: (1) Avaliação pré-intervenção; (2) Intervenção com sociodramas tematizados (3) Avaliação pós-intervenção. Cada uma dessas etapas será detalhadamente descrita a seguir.

Quadro 2. Apresentação das etapas do projeto, objetivos, quantidade e duração dos encontros.

<b>ETAPA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>QUANTIDADE E DURAÇÃO DOS ENCONTROS</b>
<b>Primeira</b>	<u>Avaliação pré-intervenção</u> <i>Avaliação de indicadores de ansiedade, estresse, depressão, qualidade de vida, indicadores de estilos parentais, e habilidades sociais e percepção de suporte familiar</i>	Um ou dois encontros totalizando 180 minutos.
<b>Segunda</b>	<u>Intervenção com sociodramas tematizados, visando suporte socioemocional, desenvolvimento de práticas parentais e habilidades sociais para pais de pessoas com deficiência intelectual.</u> <i>Intervenções com foco no processo de socialização, desenvolvimento de papéis sociais (sobretudo o papel de pais), Clima emocional e Suporte Familiar, Qualidade de Vida, Agentes estressores, ansiógenos e depressivos na relação pais e filhos.</i>	Doze encontros semanais com duração de 120 minutos.
<b>Terceira</b>	<u>Avaliação pós-intervenção</u> <i>Reavaliação com os instrumentos da avaliação pré-intervenção.</i> <i>Avaliação qualitativa do processo grupal.</i>	Um encontro de 180 minutos.

##### 4.4.1. PRIMEIRA ETAPA - Avaliação pré-intervenção

A fase de avaliação pré-intervenção foi realizada individualmente de forma assistida, em um ou dois encontros com duração total de aproximadamente 180 minutos, e nele foram aplicados oito instrumentos descritos a seguir.

1. **Escalas Beck (Inventário de Depressão Beck - BDI e Inventário de Ansiedade - BAI):** O **BDI** é uma escala sintomática de depressão, com 21 itens, cada um com quatro alternativas, que refletem níveis crescentes de gravidade da depressão, é utilizado nas mais diversas áreas (clínica, pesquisa) e sujeitos (pacientes psiquiátricos e população geral). O **BAI** é uma escala de autorrelato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. São 21 itens, que descrevem os sintomas de ansiedade, e o sujeito avalia com referência a si mesmo, levando em conta quatro graus de severidade - absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente. (CUNHA, 2001).
2. **Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF:** O inventário é composto por 42 afirmações relacionadas a situações familiares, o sujeito deverá marcar a frequência com que cada situação acontece em sua família. Sua aplicação é indicada para pessoas entre 11 e 57 anos. O objetivo do IPSF é avaliar o quanto as pessoas percebem seu suporte familiar, de acordo com três fatores: afetividade, autonomia e adaptação entre os membros. A pontuação obtida é transformada em percentil e classificada como baixo, médio-baixo, médio-alto ou alto. (BAPTISTA, 2009).
3. **Inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp - ISSL:** Validado em 1994 por Lipp e Guevara. O ISSL permite realizar um diagnóstico preciso de stress. É um instrumento que visa identificar objetivamente a sintomatologia que o sujeito apresenta. Baseia-se em um modelo quadrifásico e propõe um método de avaliação do estresse que enfatiza a sintomatologia somática e psicológica etiológicamente a ele ligada e a fase (Alerta, Resistência, Quase Exaustão e Exaustão) em que se encontra. O escore bruto é transformado em porcentagem em cada uma das fases descritas pelo teste, e a maior porcentagem obtida indica a fase do estresse em que o sujeito se encontra. (LIPP, 2000).
4. **Inventário de Estilos Parentais - IEP:** Este inventário é composto por 42 questões que correspondem a sete práticas educativas, sendo duas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e cinco práticas educativas negativas (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico). O IEP apresenta-se de duas formas, uma quando os filhos respondem sobre as práticas educativas utilizadas pelos seus pais e outra forma, que foi utilizada nesta pesquisa, quando os pais respondem sobre as práticas educativas usadas com seus filhos. O índice de Estilo

Parental calcula-se somando-se as práticas positivas e subtraindo-se deste total a soma das práticas negativas (GOMIDE, 2006).

5. **Inventário de Habilidades Sociais – IHS - Del Prette**: Este inventário tem como objetivo caracterizar o desempenho social em diferentes situações (trabalho, escola, família, cotidiano). É composto por 38 questões que apresentam ações ou sentimentos diante de determinada situação. Para a apuração dos resultados as questões são agrupadas compondo os seguintes fatores: F1 – Enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 – Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3 – Conversação e desenvoltura social; F4 – Auto-exposição a desconhecidos e situações novas; e F5 – Autocontrole da agressividade. (DEL PRETE; DEL PRETE, 2001).
6. **Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”**: É um instrumento de rápida aplicação desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Consta de 26 questões, sendo duas perguntas gerais sobre qualidade de vida e as outras representando as 24 facetas do *Whoqol-100*, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. É uma versão reduzida do *WHOQOL-100* (FLECK *et al.*, 2000).
7. **Questionário sociodemográfico**: mediante ele será feita a identificação do participante e de seus dados, além de obter a classe econômica do pesquisado. Esta pesquisa e sistema de classificação econômica são baseados no modelo da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2014) (Anexo I).

#### **4.4.2. SEGUNDA ETAPA – Realização dos Sociodramas Tematizados com os Pais**

Na segunda etapa, foram elaboradas e desenvolvidas as sessões de sociodramas tematizados visando à criação de um espaço de suporte socioemocional às mães e desenvolvimento de papéis sociais. Foram doze encontros semanais, com duração de aproximadamente 120 minutos cada, desenvolvidos pela autora deste trabalho, a partir dos temas que foram avaliados na primeira fase do estudo.

O programa sociodramático aplicado ao grupo de pais promove a dramatização de situações problema com foco nos papéis sociais e nos conflitos coletivos, os encontros abordaram temas direcionados a aspectos pertinentes ao papel de pai/mãe nas relações familiares e sociais. O grupo de suporte visa compartilhar experiências entre os participantes, estimular a coesão e apoio entre eles, visando elevar a autoconfiança, eliminar ou diminuir sintomas, gerar aprendizado nas relações interpessoais (CAMPOS, 2000) propiciar a interação e criação em grupo de possíveis soluções para seus problemas, ampliar a compreensão dos fenômenos que vivenciam (NERY, 2012) visando o desenvolvimento de novas formas de lidar com os problemas do cotidiano das famílias que possuem membros com deficiência intelectual. Os encontros tiveram como foco os indicadores avaliados, os temas e suas respectivas estratégias de abordagem podem ser vistos no quadro 3.

Este tipo de intervenção, com foco em papéis e temas comuns, é filiado ao método sociodramático, e pode ser definido como um processo de grupo de pesquisa-ação que intermedeia relações intra e intergrupos, visando desenvolver questões comuns e propiciar conhecimentos ou mudanças desejadas pelos participantes (KNOBEL E ALVES, 2008).

A metodologia sociodramática proposta neste estudo traz um enquadre ordenado, o que de acordo com Fleury e Marra (2012) é importante na concepção da maioria dos planejamentos, trazendo uma sensação de linearidade, todavia vale ressaltar que esta é sempre relativizada em função da proposta investigativa, participativa e de ação própria do método, bem como pela atuação e conduta do diretor.

Assim, “embora o enquadre das sessões de sociodrama e seus procedimentos pareçam fixos e rígidos, o processo permite a imprevisibilidade”, o movimento e a interação dos participantes são espirais, alcançando novas perspectivas, criando um espaço de construção e reconstrução. É importante considerar o enquadre como um instrumental que dá voz ao grupo e aos seus participantes, ampliando as possibilidades de investigação, intervenção e produção de conhecimento (FLEURY e MARRA, 2012, p.264).

As intervenções foram elaboradas e desenvolvidas de acordo com o referencial teórico, técnico e metodológico sociodramático, visando o encontro do grupo com as questões a serem trabalhadas em cada sessão. O planejamento dos encontros foi fundamentado neste referencial que considera para a realização das sessões, três contextos, três etapas e cinco instrumentos, além, da utilização de técnicas básicas (BERMUDEZ, 1980; MORENO, 1987; GONÇALVES; WOLFF; ALMEIDA, 1988; MALAQUIAS, 2012) que facilitam a leitura e o manejo técnico dos fenômenos grupais, como descrito a seguir.

### **Contextos:**

- (1) Contexto Social é composto pela cultura ou sociedade da qual o indivíduo faz parte. Regido pelo tempo e espaço real, bem como pelas leis e normas sociais, que exigem do indivíduo determinados comportamentos e compromissos.
- (2) Contexto Grupal, é composto pelo grupo em si, participantes, diretor e ego(s) auxiliar(es); as relações envolvem papéis sociais específicos, entretanto num ambiente de maior tolerância e continência. É nele que se delinea o tema da sessão.
- (3) Contexto Dramático é o espaço da ação dramática, o “como se”. Construído em um determinado local, o palco psicodramático, onde o tempo e o espaço são fenomenológicos. As relações ocorrem através dos personagens, dos papéis psicodramáticos ou sociodramático desempenhados. “Esses papéis dão vida aos relatos e experiências dos participantes do grupo, possibilitando atuar na fantasia, no campo do imaginário.” (MALAQUIAS, 2012).

### **Instrumentos:**

- (1) Protagonista é aquele (um ou mais participantes) que no contexto dramático representa o drama do grupo através de um personagem que reflete os sofrimentos, angústias e temores do grupo.

- (2) Diretor, conhecedor dos referenciais sionômicos, é quem coordena o grupo, tem três funções, de produtor, terapeuta e analista social. Conduz as etapas da sessão, levanta hipóteses, faz intervenções técnicas visando a resolução dos conflitos, comenta suas percepções das cenas vividas.
- (3) Ego Auxiliar é uma pessoa a serviço do diretor e do grupo. Pode ser algum integrante do grupo que participa da cena dramática desempenhando papéis (ego auxiliar natural), ou um profissional conhecedor da socionomia que trabalha em unidade funcional com o diretor e tem três funções, ator, agente terapêutico e investigador social. O ego auxiliar desempenha papéis, realiza técnicas a pedido do diretor, experimenta as inter-relações e emoções do grupo, pode observar e registrar as dinâmicas e vínculos estabelecidos, a partir deste contato direto pode promover efeitos terapêuticos a vivência.
- (4) Palco é o espaço demarcado para que ação dramática aconteça, onde é construído o contexto dramático, o “como se”, e os papéis psicodramáticos são desempenhados.
- (5) Plateia são todas as demais pessoas da sessão, têm o papel de observador – participante. Na etapa de compartilhar e comentários funcionam como caixa de ressonância do protagonista.

**Etapas:**

- (1) Aquecimento, divide-se em dois momentos, o aquecimento inespecífico que recepciona e prepara o grupo para o início do encontro, e o aquecimento específico que sensibiliza e direciona o grupo para a atividade sociodramática.
- (2) Dramatização, consiste no desenvolvimento e vivência da cena criada a partir do(s) conflito(s) identificado(s) pelo grupo. Esta etapa visa promover uma nova organização das situações vivenciadas e busca a resolução dos

conflitos. Na ação dramática o protagonista e o grupo tem a possibilidade para realizar ações reparatórias (PERAZZO, 2010). Podem enfrentar situações difíceis; buscar novas formas de agir, redimensionando condutas conservadas; expressar o que sentem necessidade, emoções reprimidas; ajustar expectativas, expor segredos, desenvolver papéis, pedir ajuda, suporte ou redes sociais de apoio (NERY, 2012)

- (3) Compartilhar / Comentários, nesta etapa volta-se para o grupo, onde acontece o compartilhar de sentimentos, reflexões e de possíveis atitudes e novos aprendizados dos participantes a partir da vivência realizada.

**Técnicas básicas:** Serão descritas as principais técnicas psicodramáticas que são utilizadas nas intervenções das vivências dramáticas. As técnicas são usadas de acordo com a sociodinâmica e a psicodinâmica da cena e de seus integrantes.

**Duplo:** Inspirada no *double* do cinema, o duplo consiste na expressão pelo ego-auxiliar (ou pelo diretor na função de ego auxiliar) das emoções, pensamentos ou ações que o protagonista não identifica ou não consegue expressar. O ego auxiliar a partir de sua capacidade empática identifica esses aspectos e os manifesta pelo protagonista, aproximando-se do psicológico deste. Em seguida é perguntado ao protagonista se faz sentido o que foi expresso.

**Solilóquio:** Consiste na expressão em voz alta pelo protagonista ou pelo grupo de pensamentos, sentimentos ou percepções a pedido do diretor. Pode acontecer com a interrupção de um diálogo ou cena, ou para explicitar pensamentos quando a cena não proporciona verbalização (protagonista sozinho, meditação, entre outros).

**Espelho:** Realizada pelo ego auxiliar, onde este repete o papel do protagonista na cena, suas atitudes, falas, expressões e emoções. O protagonista junto com o diretor assiste a cena de fora, o diretor faz questionamentos que propiciam ao protagonista melhor autopercepção, reflexões sobre si e sobre a situação.

**Interpolação de Resistência:** Consiste na alteração, por parte do diretor, da

cena proposta pelo protagonista. Podem ser incluídos novos elementos na cena, mudanças na atitude do antagonista e de outros personagens da cena. Seu objetivo é promover no grupo ou protagonista uma nova resposta a situação trazida em cena a partir da percepção de suas resistências.

**Inversão de Papéis:** Consiste na troca de papel do protagonista com seu antagonista, a pedido do diretor. Nesta técnica o diretor sensibiliza o protagonista para que ao ocupar o papel do outro perceba os sentimentos, emoções e pensamentos deste na situação vivida.

**Concretização:** Consiste na representação de objetos inanimados, sentimentos, emoções e doenças orgânicas, através de imagens, movimentos e falas, tornando possível uma interação do protagonista com estes. Dá-se “vida” ao que antes era referido verbalmente.

A organização dos encontros, com seus temas, etapas e respectivas estratégias de intervenção poderão ser observadas a seguir no quadro 3.



Quadro 3. Descrição dos temas com suas respectivas estratégias de abordagem que foram focados em cada encontro.

ENCONTROS / TEMAS	ETAPAS	ESTRATÉGIAS
<p>1º Encontro</p> <p>Devolutiva da avaliação pré-intervenção e contrato de funcionamento do grupo.</p>	<p>Aquecimento</p>	<p>Recepção e acolhida aos pais, retomada verbal das atividades realizadas no encontro de avaliação pré-intervenção (primeira etapa).</p> <p>Duração: 20 minutos.</p>
	<p>Dramatização</p>	<p>Devolutiva grupal: Apresentação dos resultados do grupo na avaliação pré-intervenção, através de exposição (imagens em <i>power point</i>) da psicóloga.</p> <p>Definição e exemplificação dos indicadores avaliados (a partir do conhecimento do grupo) Apresentação da proposta do <b>grupo de suporte</b>.</p> <p>Levantamento de expectativas.</p> <p>Duração: 65 minutos</p>
	<p>Comentários / compartilhar</p>	<p>Comentários e dúvidas dos pais sobre os resultados e sobre a proposta do grupo de suporte aos pais.</p> <p>Contrato de Funcionamento do grupo.</p> <p>Duração: 35 minutos</p>

<p>2º Encontro</p> <p>Átomo Social</p> <p>Identificação de Suporte Familiar e Social</p>	<p>Aquecimento</p>	<p>Realização da técnica de apresentação do átomo social (SANTOS, 1993), adaptada para uma forma gráfica (FERRACINI, 2008) que consiste em um trabalho de <b>colagem individual</b> com pequenos recortes coloridos de papel de diversas formas e cores numa folha de sulfite. Os recortes representam as pessoas e coisas importantes na vida de cada um.</p> <p>Duração: 40 minutos</p>
	<p>Dramatização</p>	<p>Apresentação para o grupo da colagem que cada um realizou.</p> <p>Realização de entrevista de um dos personagens representados na colagem (escolhido pelo participante), visando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ apresentação do pai/mãe participante do grupo,</li> <li>✓ necessidades atendidas e não atendidas</li> </ul> <p>Duração: 60 minutos</p>
	<p>Comentários / Compartilhar</p>	<p>Compartilhar como se sentiram na atividade, percepções que tiveram.</p> <p>Destacar pontos de apoio e suporte, social e familiar relatados pelos pais (presentes e ausentes).</p> <p>Duração: 20 minutos</p>

<p>3º Encontro</p> <p>Práticas Parentais e Habilidades Sociais</p>	<p>Aquecimento</p>	<p>Apresentação de algumas situações cotidianas relacionadas às práticas parentais e habilidades sociais</p> <p>Levantamento das situações cotidianas vividas pelos participantes que eles reconhecem como similares as descritas, e quais as atitudes dos pais frente as mesmas.</p> <p>Escolha das situações que mais mobilizarem o grupo</p> <p>Duração: 30 minutos</p>
	<p>Dramatização</p>	<p>Dramatização destas cenas pelos pais (com intervenções técnicas quando necessário)</p> <p>Treinamento para novas respostas, através do <i>roleplaying</i>, recurso que permite “jogar” todos os aspectos do papel, buscando novas formas de desempenhá-lo e também a compreensão de tensões e angústias vividas nesta ação (KAUFMAN, 1993).</p> <p>Duração: 60 minutos</p>
	<p>Comentários / Compartilhar</p>	<p>Compartilhar das vivências (sentimentos, dificuldades).</p> <p>Reflexões: (“O que eu faço? O que eu não faço? O que eu gostaria de fazer?”)</p> <p>Duração: 30 minutos</p>

<p>4º Encontro</p> <p>Ansiedade, Depressão e Estresse.</p>	<p>Aquecimento</p>	<p>Apresentação (ppt) de imagens e figuras que demonstrem situações de ansiedade, depressão e estresse.</p> <p>Cada participante escolhe uma figura/imagem (papel) que lhe chamou a atenção.</p> <p>Solicitar para que digam o que sentem ao olhar para a figura (solilóquio).</p> <p>Dividi-los em subgrupos com no máximo quatro integrantes cada (possivelmente de acordo com os sentimentos expressos)</p> <p>Cada subgrupo escolhe uma figura (aquela que mais for significativa ao grupo) e cria uma cena breve.</p> <p>Duração: 35 minutos</p>
	<p>Dramatização</p>	<p>Dramatização das cenas criadas (uma de cada vez).</p> <p>Realização de intervenções técnicas quando necessário, visando com que os participantes identifiquem como se sentem nas situações criadas e como lidam com elas.</p> <p>Duração: 60 minutos</p>
	<p>Comentários / Compartilhar</p>	<p>Compartilhar dos sentimentos experimentados e reflexão sobre as atitudes nas situações vividas relacionando com os sentimentos e ações do cotidiano.</p> <p>Duração: 25 minutos</p>

<p>5º Encontro</p> <p>Suporte Social, Suporte Familiar e Clima Emocional.</p>	<p>Aquecimento</p>	<p>Solicitar aos pais que caminhem livremente pela sala (espreguiçar, bocejar, esticar o corpo).</p> <p><b>Jogo: Piso mágico</b>, pede-se ao grupo que caminhe pela sala e fique atento as orientações, agindo como se estivesse caminhando descalços sobre: (a diretora altera os pisos onde caminham) brasas, grama, areia fofa e quente, pista de gelo, cacos de vidro, beira do mar e retornar para o chão da sala onde realmente estão.</p> <p>Em seguida a psicóloga diz em voz alta uma emoção/sentimento e todos expressarão a emoção dita. Repetir com diversos sentimentos e emoções.</p> <p>Duração: 20 minutos.</p>
	<p>Dramatização</p>	<p><b>Jogo das emoções:</b> A partir de uma dramatização sem fala (criada na hora) cada participante transmite uma emoção ou sentimento (sorteado) e o grupo faz a identificação destes, o jogo visa desenvolver empatia e habilidades para transmitir e perceber sentimentos e emoções nas relações.</p> <p><b>Jogo Telefone sem fio</b>, o grupo em círculo, o diretor passa uma palavra a pessoa à sua direita e esta deve repassar para o colega também da direita e assim por diante até o final, quando a palavra é anunciada em voz alta para o grupo. Verificam-se as mudanças ocorridas neste trajeto. Repete-se com outra palavra. Em seguida repete-se com uma frase.</p> <p><b>Jogo de comunicação:</b> Em duplas, um participante através de instruções verbais orienta o parceiro que está vendado para a construção de uma figura desenhada com quatro palitos de fósforo, sem usar palavras que deem sentido de direção, o objetivo é o desenvolvimento da comunicação familiar, adaptabilidade e flexibilidade.</p> <p>Duração: 65 minutos</p>
	<p>Comentários / Compartilhar</p>	<p>Identificar e compartilhar com o grupo as dificuldades e soluções encontradas para o desenvolvimento das atividades.</p> <p>Propiciar que o grupo relacione as atividades com o cotidiano.</p> <p>Refletir sobre expressão dos sentimentos, coesão e comunicação familiar, flexibilidade e adaptabilidade nos relacionamentos familiares.</p> <p>Duração: 35 minutos.</p>

6º Encontro Práticas Parentais e Habilidades Sociais	Aquecimento	<p>Projeção de cenas familiares em situações cotidianas e discussão em subgrupos sobre elas, identificando os sentimentos nelas expressos e buscando semelhanças com as relações familiares que vivenciam.</p> <p>Criação e escolha de uma cena do cotidiano das participantes em cada subgrupo.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p>
	Dramatização	<p>Apresentação das cenas escolhidas com intervenções técnicas se necessárias.</p> <p>Realização da atividade: “Ocupando o lugar de seu filho” que tem como base principal a técnica de Inversão de Papéis (MORENO, 1993; GONÇALVES, 1993).</p> <p>Duração: 55 minutos.</p>
	Comentários / Compartilhar	<p>Comentários sobre as vivências, sentimentos, visando quando necessário, proporcionar aos pais a oportunidade de refletirem e aperfeiçoarem seus valores e comportamentos usados nas práticas disciplinares.</p> <p>Propiciar uma reflexão crítica sobre a postura dos pais nas situações e discussão sobre novas possibilidades de agir.</p> <p>Duração: 20 minutos</p>

<p>7º Encontro</p> <p>Ansiedade, Depressão e Estresse.</p>	<p>Aquecimento</p>	<p>Levantar com o grupo (chuva de ideias) o que pensam sobre o significado e sintomas dos indicadores de saúde mental (ansiedade, depressão e estresse).</p> <p>Oferecer ao grupo filipetas que definam e descrevam os sintomas destes indicadores e solicitar que juntos classifiquem o que pertence a cada um deles, de forma que montem como num quebra cabeça a definição e principais sintomas da ansiedade, depressão e estresse.</p> <p>Leitura das composições do grupo, se necessário orientar para a finalização, através de reflexões.</p> <p>A partir do que construíram solicitar que discutam em subgrupos e identifiquem situações, em seu cotidiano, que sejam causadoras das sensações, sintomas e percepções semelhantes às descritas.</p> <p>Duração: 30 minutos</p>
	<p>Dramatização</p>	<p>Cada subgrupo apresenta a cena, e de acordo com a necessidade são feitas intervenções técnicas visando a identificação de como se sentem, e das ações possíveis para lidar com a situação geradora de ansiedade, sentimentos depressivos ou estresse de maneira adequada.</p> <p>Duração: 70 minutos</p>
	<p>Comentários / Compartilhar</p>	<p>Compartilhar com o grupo como se sentiram na atividade e como estão ao final.</p> <p>Duração: 20 minutos</p>

<p>8º Encontro</p> <p>Práticas Parentais e Habilidades Sociais</p>	<p>Aquecimento</p>	<p>Convidar os participantes a caminhar pela sala pensando em seu cotidiano, em como foi sua semana, nas relações sociais e familiares.</p> <p>Solicitar que identifiquem alguma dificuldade encontrada durante esse período em suas relações sociais ou familiares.</p> <p>Conversar em subgrupos sobre as dificuldades elencadas.</p> <p>Cada subgrupo elege uma situação e transforma a dificuldade eleita em uma imagem/escultura (BERMUDEZ, 1980; FLEURY; KHOURI; HUG, 2008)</p> <p>Duração: 30 minutos</p>
	<p>Dramatização</p>	<p>Cada imagem será apresentada e trabalhada pela psicóloga, em busca de uma solução para a dificuldade, que poderá vir do próprio participante ou de alguém de seu suporte familiar/social que ele escolha para ajudá-lo (a). Neste caso o participante assumirá o papel deste familiar na cena.</p> <p>Duração: 70 minutos</p>
	<p>Comentários / Compartilhar</p>	<p>Comentários do grupo sobre as percepções que tiveram na dramatização, e sobre as dificuldades e soluções encontradas.</p> <p>Duração: 20 minutos.</p>



<p>9º Encontro</p> <p>Suporte Social, Suporte Familiar e Clima Emocional.</p>	<p>Aquecimento</p>	<p>Convidar as participantes a realizarem uma breve caminhada pela sala, encontrarem um local onde se sintam bem, e uma posição confortável para ficarem.</p> <p>Conduzir um relaxamento e solicitar que passem a visualizar mentalmente um filme sobre suas relações familiares no dia anterior, depois na semana anterior e no último mês.</p> <p>Solicitar que selecionem a cena mais marcante e registrem-na em suas mentes, como uma foto.</p> <p>Duração: 20 minutos.</p>
	<p>Dramatização</p>	<p>Cada participante (uma de cada vez) foi convidada a construir sua foto familiar, através de uma imagem (BERMUDEZ, 1980; FLEURY; KHOURI; HUG, 2008),</p> <p>Trabalhar as relações conflitivas, identificar as mais próximas, mais distantes, pessoas com quem podem contar e ausentes da foto/imagem (que a participante quiser incluir).</p> <p>Identificar as relações mais fortes, frágeis; como acontecem as interações.</p> <p>Solicitar que as participantes expressem suas emoções enquanto estiverem na imagem (solilóquio).</p> <p>Possibilitar que vejam sua foto ficando fora do lugar que ocupam (espelho) e ainda que proponham mudanças se quiserem.</p> <p>Duração: 75 minutos.</p>
	<p>Comentários / Compartilhar</p>	<p>Comentar com o grupo como se sentiram na vivência e correlacionar a experiência com situações de seu cotidiano.</p> <p>Duração: 25 minutos.</p>

<p>10º Encontro</p> <p>Ansiedade, Depressão e Estresse</p>	<p>Aquecimento</p>	<p>Levantamento de situações geradoras de estresse, (agentes estressores), ansiedade e tristeza. Reflexão sobre as atitudes frente às mesmas, através do jogo:</p> <p>JOGRAL - Complete a frase...</p> <p>A psicóloga inicia a frase e cada participante complementa com a primeira coisa que vier á cabeça.</p> <p>As frases usadas são:</p> <p>Sinto que vou explodir quando.....</p> <p>Para não explodir eu.....</p> <p>Antes de explodir eu.....</p> <p>Quando explodo eu.....</p> <p>Cada bloco de respostas é lido para as participantes e elas são estimuladas a trazerem situações cotidianas em que percebem estas ocorrências.</p> <p>Duração: 40 minutos</p>
	<p>Dramatização</p>	<p>As cenas trazidas são dramatizadas através de vinhetas com a participação do grupo para finalizá-la, visando destacar situações de fuga e/ou enfrentamento dos agentes estressores/ansiógenos e suas consequências.</p> <p>Duração: 55 minutos.</p>
	<p>Comentários / Compartilhar</p>	<p>Comentários e compartilhar das situações vivenciadas.</p> <p>Duração: 25 minutos.</p>

11º Encontro Qualidade de Vida	Aquecimento	<p>Colocar em cada canto da sala um feltro com palavras (presas por velcro) correspondente a componentes de cada um dos domínios avaliados no instrumento de qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente).</p> <p>Os participantes (recebem uma pequena cesta) são convidados a visitar um canto por vez e podem pegar as palavras que representem aquilo que mais valorizam e desejam para suas vidas (tanto o que eles já têm como o que eles desejam).</p> <p>Cada um receberá um pedaço de feltro, com uma divisão (TENHO / QUERO) para colocar as peças que recolheram.</p> <p>Em seguida apresentam este material ao grupo.</p> <p>Duração: 50 minutos</p>
	Dramatização	<p>Realizar a atividade “Bazar de Trocas”, que consiste na montagem de um bazar (contexto dramático), onde tudo pode ser encontrado, entretanto essas coisas só podem ser trocadas (dá-se algo em troca do que se quer) (YOZO, 1996)</p> <p>Estimular para que busquem coisas importantes e encontrem meios de conseguir recursos que gerem melhor qualidade de vida.</p> <p>Duração: 60 minutos</p>
	Comentários / Compartilhar	<p>Compartilhar com o grupo como se sentiram na atividade e como estão ao final.</p> <p>Investigar como se sentem frente a possíveis frustrações, bem como diante de novas possibilidades.</p> <p>Duração: 10 minutos</p>

<p>12º Encontro</p> <p>Avaliação do Processo Grupal</p> <p>Preparação para encerramento / desligamento do grupo.</p>	<p>Aquecimento</p>	<p>Realizar com o grupo uma retrospectiva dos encontros anteriores, as temáticas abordadas, vivências realizadas e sentimentos compartilhados.</p> <p>Escolher um objeto para representar cada encontro, indicando com uma filipeta a qual encontro e temática se referem.</p> <p>Duração: 20 minutos.</p>
	<p>Dramatização</p>	<p>A partir das experiências vivenciadas em grupo escreverem frases ou palavras sobre os momentos em grupo, compondo um breve texto.</p> <p>Dividir esse material em partes, tantas partes, quantas forem os participantes presentes neste encontro.</p> <p>Escolher uma parte para si e apresentar cada companheira de grupo com uma parte diferente do texto. Assim, todas recebem uma parte de cada participante.</p> <p>Com as partes recebidas, cada uma deve construir uma colagem (das partes).</p> <p>Cada uma lê o “texto” recriado.</p> <p>Duração: 40 minutos.</p>
	<p>Comentários / Compartilhar</p>	<p>Compartilhar como se sentiram durante todo o processo grupal, e em especial como estão se sentindo.</p> <p>Duração: 30 minutos.</p>

#### 4.4.3. TERCEIRA ETAPA – Avaliação pós-intervenção

Na terceira etapa foi realizada a avaliação pós-intervenção através da reaplicação dos instrumentos utilizados na primeira etapa, a fim de estabelecer uma comparação entre os resultados obtidos pré e pós-intervenção.

Foi solicitado também que os pais respondessem três perguntas avaliando o trabalho grupal, salientando que o fizessem de forma livre procurando não censurar suas impressões: (1) Como foi para você este processo grupal que desenvolvemos juntos? (2) Para você quais foram os pontos positivos do trabalho? (3) Quais pontos podem ser melhorados em sua opinião?

#### **4.5. Análise de Dados**

Os dados obtidos a partir dos instrumentos de avaliação foram analisados de modo quantitativo, de acordo com seus manuais e comparados com a sua amostra de padronização. Além disso, as avaliações realizadas antes e depois das intervenções foram comparadas de modo quantitativo e qualitativo através de categorização das respostas e resultados.

Os sociodramas tematizados foram registrados e analisados qualitativamente de acordo com os referenciais teóricos que embasam esse estudo.

Além disso, na avaliação pós-intervenção, além da análise dos instrumentos os participantes avaliaram qualitativamente o programa, e suas respostas foram categorizadas e analisadas.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados em três partes, a primeira se refere à avaliação pré-intervenção feita com 19 participantes que realizaram essa etapa do processo. Na segunda parte, serão feitas as descrições e análises qualitativas dos próprios encontros, e do questionário de satisfação do processo. Após isso, como terceiro momento de descrição dos resultados, serão feitas as comparações dos resultados dos instrumentos aplicados antes e após a intervenção, e nesse caso serão utilizados os dados dos participantes que concluíram a etapa de intervenção (n = 8) e realizaram a avaliação pós-intervenção.

### 5.1. Avaliação Pré Intervenção

Para as Escalas Beck – Inventário de Depressão - BDI, para avaliar a presença de indicadores de depressão e sua intensidade os pontos de corte foram baseados em avaliações clínicas de depressão, e a classificação foi feita de acordo com sua intensidade: escores de 0 a 9, nível de depressão mínimo; 10-16, nível leve; 17-29, nível moderado e 30-63, nível grave. A classificação do Inventário de Ansiedade – BAI está baseada na observação de pacientes ambulatoriais com transtornos de ansiedade, e também foi feita de acordo com sua intensidade: escores de 0 a 7, nível mínimo de ansiedade; 8-15, nível leve; 16-25, nível moderado e 26-63, nível grave (CUNHA, 2001).

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) de Lipp (2000) aponta indicadores de sintomas de estresse, e a fase em que se encontra que podem ser de Alerta, Resistência, Quase Exaustão ou Exaustão, além de avaliar objetivamente a sintomatologia que o avaliado apresenta (somática ou psicológica). O diagnóstico de estresse é feito quando qualquer dos escores brutos, referentes às fases descritas acima, atingirem determinados limites. O escore bruto é transformado em porcentagem em cada uma das fases descritas pelo teste, e a maior porcentagem obtida indica a fase do estresse em que a pessoa se encontra. Além disso, é possível identificar a área de maior vulnerabilidade, ou seja, como o estresse tende a se manifestar no indivíduo avaliado.

O Quadro 4 e o Gráfico 1 apresentam os resultados da avaliação pré-intervenção do grupo de pais para os inventários de ansiedade (BAI) e depressão (BDI). Dos participantes avaliados com o BAI, 21,05% (n = 04) apresentaram nível mínimo de ansiedade, também 21,05% (n = 4) apresentaram nível leve; 42,10% (n = 8) revelaram nível moderado de ansiedade e 15,8% (n = 3) indicaram nível grave. A avaliação com o BDI revelou 42,10% (n = 8) dos participantes com nível mínimo de indicadores de depressão, 15,8% (n = 3) com nível leve; 36,84% (n = 7) indicando nível moderado e 5,26% (n = 1) com nível grave.

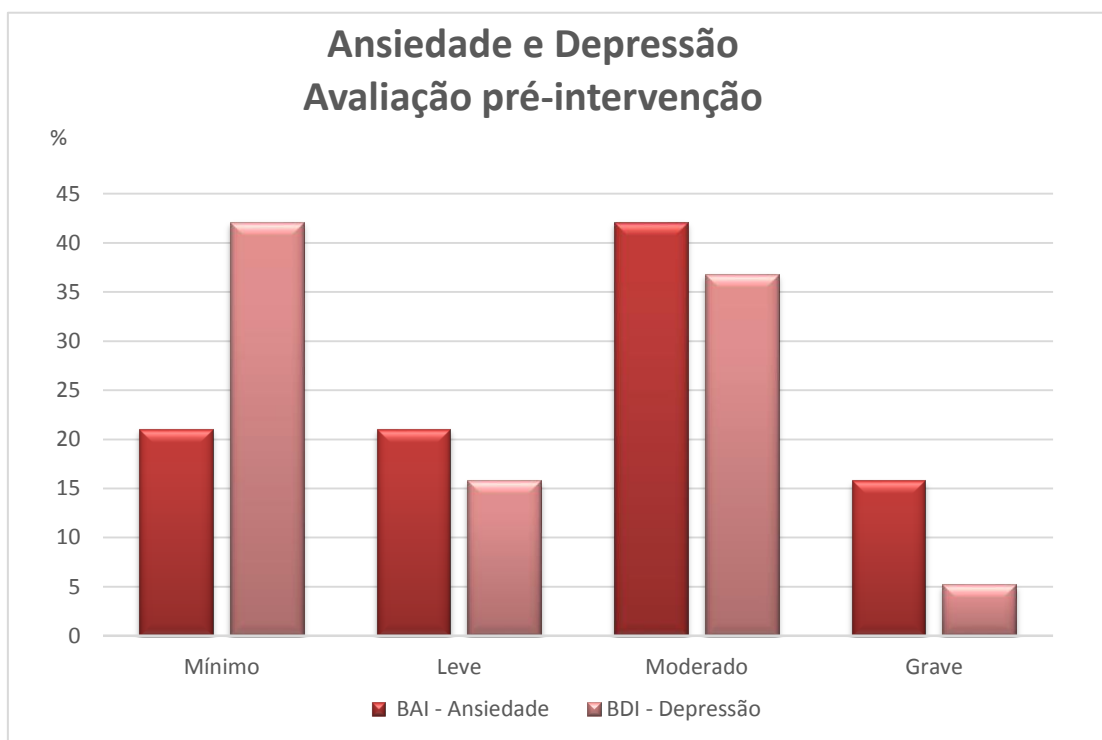


Gráfico 1. Resultados da avaliação pré-intervenção do grupo de pais para os inventários de ansiedade (BAI) e depressão (BDI).

O Quadro 4 e o Gráfico 2 apresentam os resultados dos indicadores de estresse (ISSL). Dos pais avaliados com o ISSL, 36,84% (n = 7) não revelaram indicadores de estresse, 26,32% (n = 5) do grupo avaliado revelaram estresse na fase de resistência com maior vulnerabilidade na sintomatologia física, 21,05% (n = 4) demonstraram estresse também na fase de resistência, porém com vulnerabilidade psicológica, 10,52% (n = 2) também revelaram estresse na fase de resistência, mas com vulnerabilidade mista ou seja, eles podem apresentar sintomas tanto da área física quanto psicológica, e 5,26% (n = 1) indicou estresse na fase de quase exaustão com vulnerabilidade na área

psicológica, totalizando 63,16% (n = 12) dos participantes indicando a presença de estresse.

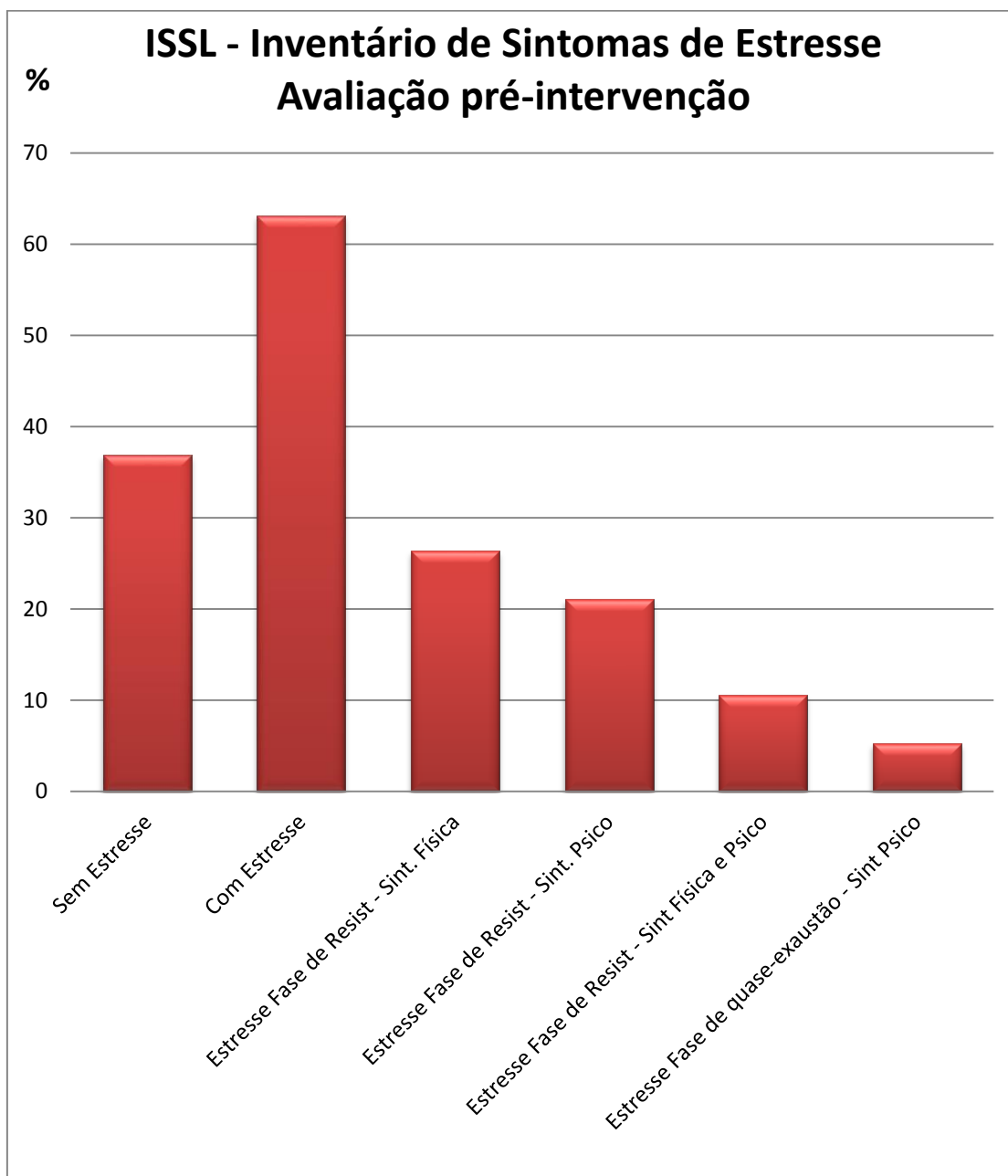


Gráfico 2. Resultados da avaliação pré-intervenção dos pais para o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos – ISSL.

A presença destes indicadores em pais/mães de pessoas com deficiência intelectual vem de encontro ao que descreve a literatura nacional e estrangeira ao apontar que pais de crianças com deficiência intelectual, estão suscetíveis a problemas emocionais como ansiedade, depressão e estresse, pesquisas apontam também que pais



de crianças com deficiência intelectual quando comparados a outros pais com filhos sem essa deficiência tendem a ser mais vulneráveis a estes aspectos (MIETTINEN, 2012; MARINI et al. 2010; BENETTI 2010; FAVERO; SANTOS, 2005, 2010; MACEDO, 2008; MATSUKURA, MARTURANO, OISHI, & BORASCHE, 2007; BOSA, 2007; SILVA; DESSEN, 2001, 2002, 2004, 2006; SCHIMIDT; MAJUMDAR et al. 2005). Principalmente a mãe, que na maioria das vezes abre mão de seus projetos e carreira para dedicar-se de forma quase integral aos cuidados do filho, sofrendo desse modo maior impacto (SHIMIDT; BOSA, 2007).

O Quadro 4, que apresenta a comparação individual dos resultados da avaliação pré-intervenção dos pais para os inventários de ansiedade (BAI), depressão (BDI) e estresse (ISSL), permite ainda observar que os participantes que revelaram níveis mais altos de ansiedade (participantes 2, 4, 6, 10, 12, 13, 16 e 18 nível moderado; 14, 15 e 19 nível grave de indicadores de ansiedade) também demonstraram níveis mais altos de depressão, e a maioria indicou ainda a presença de estresse (participantes 2, 18 e 19 – nível mínimo, porém com altos escores de indicadores de depressão, além de indicadores de estresse; participante 4 nível leve; participantes 12 e 16 com nível moderado, participantes 6, 10, 13 e 14 nível moderado e também com indicadores de estresse e participante 15 com nível grave e indicadores de estresse), o que corrobora com Cunha, 2001 quando considera que em pacientes com ansiedade é frequente a superposição de sintomas, sendo a depressão uma possibilidade.

Quadro 4. Comparação individual dos resultados da avaliação pré-intervenção dos pais para os inventários de Ansiedade (BAI), Depressão (BDI) e Estresse (ISSL).

PART.	ANSIEDADE – BAI		DEPRESSÃO – BDI		ISSL – ESTRESSE
	ESCORE	CLASSIF.	ESCORE	CLASSIF.	
01	14	Leve	4	Mínimo	Estresse – Fase de resistência – Físicos
02	19	Moderada	9	Mínimo	Estresse – Fase de resistência – Físicos e Psi
03	14	Leve	8	Mínimo	Estresse – Fase de resistência – Físicos e Psi
04	19	Moderada	14	Leve	Sem estresse
05	0	Mínimo	7	Mínimo	Sem estresse
06	25	Moderada	31	Moderado	Estresse - Fase de Quase Exaustão – Psi
07	8	Leve	5	Mínimo	Sem estresse
08	9	Leve	8	Mínimo	Estresse – Fase de resistência – Físicos
09	3	Mínimo	12	Leve	Estresse - Fase de resistência - Físicos
10	23	Moderada	17	Moderado	Estresse - Fase de resistência – Psi
11	5	Mínimo	10	Leve	Sem estresse
12	24	Moderada	20	Moderado	Sem estresse
13	22	Moderada	18	Moderado	Estresse - Fase de resistência – Psi
14	38	Grave	20	Moderado	Estresse - Fase de resistência – Psi
15	27	Grave	32	Grave	Estresse - Fase de resistência – Psi
16	16	Moderada	17	Moderado	Sem estresse
17	4	Mínimo	27	Moderado	Sem estresse
18	25	Moderada	8	Mínimo	Estresse - Fase de resistência – Físicos
19	36	Grave	7	Mínimo	Estresse - Fase de resistência – Físicos

O Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) de Baptista (2009) possibilita a avaliação de três fatores: Afetividade/Consistência, Adaptação e Autonomia, além da avaliação total de como o participante percebe seu suporte familiar. A partir da pontuação bruta de cada fator e do total foram obtidos os percentis que

permitem interpretar os resultados de acordo com as seguintes faixas de classificação: baixo, médio baixo, médio alto e alto.

O fator afetivo-consistente compreende situações de expressão (verbal e não verbal) de afetividade entre os membros da família, ou seja, o interesse, a proximidade, o acolhimento, a comunicação, a interação, o respeito, a empatia, a clareza nas regras intrafamiliares, a consistência de comportamentos e as verbalizações e as habilidades na resolução de problemas. O fator adaptação familiar refere-se a sentimentos e comportamentos negativos em relação à família (raiva, isolamento, exclusão, vergonha, irritação, agressividade) e a percepção de competição entre os familiares; o fator autonomia aborda relações de confiança, liberdade e privacidade entre as pessoas da família (BAPTISTA, 2005).

O Gráfico 3 apresenta os resultados da avaliação pré intervenção do IPSF total e as três dimensões que o compõe. Para o fator afetividade 31,58% (n = 6) das participantes percebem o nível de afetividade entre os membros da família como alto, 21,05% (n = 4) como médio alto, também 21,05% (n = 4) o percebem como médio baixo e 26,32% (n = 5) como baixo. No fator adaptação familiar, 31,58% (n = 6) das mães o percebem como alto, apenas 5,25% (n = 1) como médio alto, 42,11% (n = 8) como médio baixo e 21,05% (n = 4) como baixo o nível de adaptação entre os familiares. Com relação ao fator autonomia 31,58% (n = 6) das participantes demonstraram perceber como alto o nível das relações de confiança, liberdade e privacidade na família, 26,32% (n = 5) como médio alto, e também 26,32% (n = 5) indicaram nível médio baixo e 15,78% (n = 3) participantes demonstraram perceber como baixo o nível de autonomia entre os membros de suas famílias.

Na avaliação total de percepção do suporte familiar observamos que do grupo avaliado 31,58% (n = 6) perceberam como alto, 15,78% (n = 3) como médio alto, 26,32% (n = 5) perceberam como médio baixo e também 26,32% (n = 5) das participantes indicaram que percebem como baixo o suporte familiar que recebem.

Segundo Glat (1996) o suporte familiar mostra-se de extrema importância para o desenvolvimento e integração de indivíduos com deficiência à sociedade. Em seus estudos demonstra que quanto melhor a adaptação da criança com deficiência intelectual à sua família maior será sua integração à comunidade e aos serviços que esta disponibilizar. Esta autora ressalta ainda a importância do suporte social às famílias, não

apenas orientando-as e incentivando-as à integração do filho com deficiência, mas num sentido mais amplo visando o desenvolvimento desta família e conseqüentemente das relações interpessoais nela contidas, já que a criança com deficiência passa a maior parte do tempo com sua família e nela desenvolve sua autoimagem, seus valores e sua concepção de mundo, além de neste contexto estabelecer relações pessoais mais próximas e relevantes.

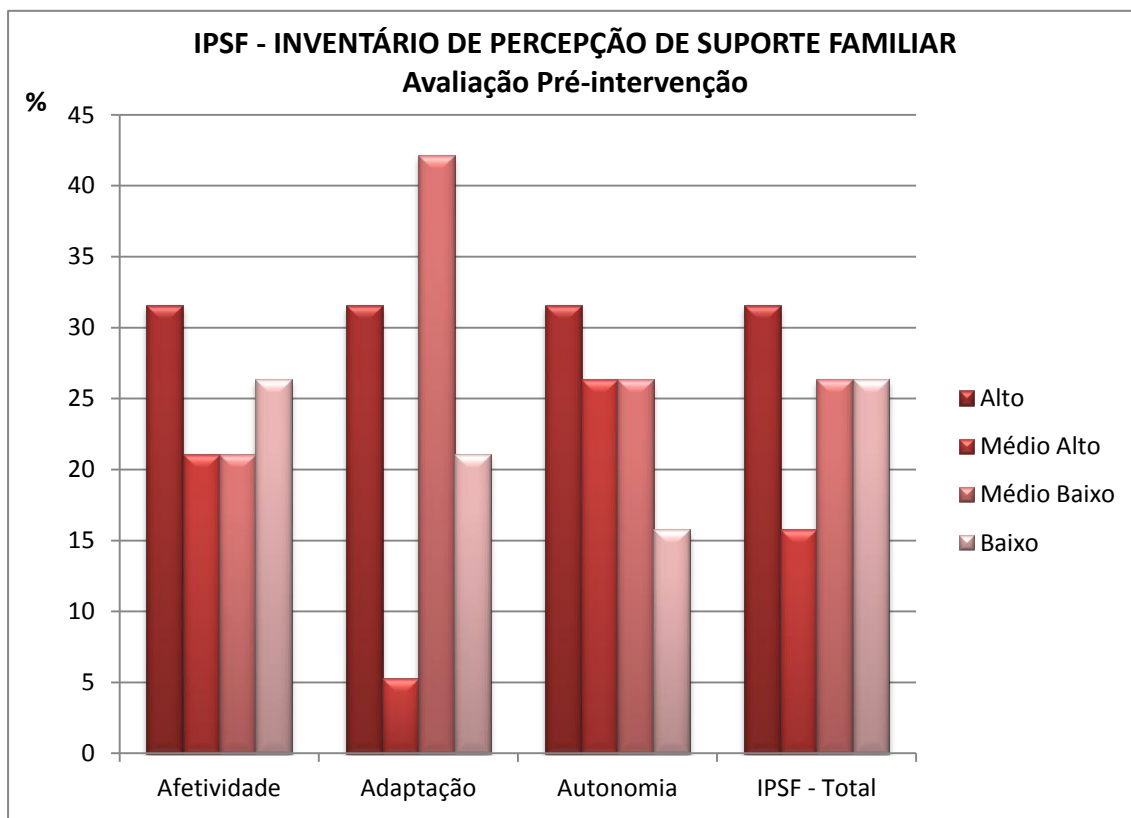


Gráfico 3. Resultados da avaliação pré-intervenção do IPSF total e as três dimensões que o compõe: Afetividade, Adaptação e Autonomia.

Nota-se no quadro 5 que todas as mães que demonstraram uma percepção de suporte familiar baixo (participantes 6,10,12,13,e 17) e a maioria que indicou uma percepção médio baixo (4, 15 e 16) revelaram também altos indicadores de ansiedade e depressão, corroborando os estudos de Martin (2011) ao comparar resultados da avaliação de percepção de suporte familiar com indicadores de ansiedade e depressão em pais de crianças e adolescentes com síndrome de Williams e o que trata a literatura ao apresentar depressão e suporte familiar de forma associada, ao indicar que quanto pior o suporte familiar percebido, maior o nível de depressão (BAPTISTA, 2009).

Quadro 5. Comparação dos resultados individuais da avaliação pré-intervenção das mães para os indicadores de ansiedade, de depressão e percepção de suporte familiar.

<b>Participantes</b>	<b>BAI Ansiedade</b>	<b>BDI Depressão</b>	<b>IPSF Total</b>
01	Leve	Mínimo	Alto
02	Moderada	Mínimo	Médio-Alto
03	Leve	Mínimo	Alto
04	Moderada	Leve	Médio-Baixo
05	Mínimo	Mínimo	Médio-Alto
06	Moderada	Moderado	Baixo
07	Leve	Mínimo	Médio-Baixo
08	Leve	Mínimo	Alto
09	Mínimo	Leve	Médio-Baixo
10	Moderada	Moderado	Baixo
11	Mínimo	Leve	Alto
12	Moderada	Moderado	Baixo
13	Moderada	Moderado	Baixo
14	Grave	Moderado	Médio-Alto
15	Grave	Grave	Médio-Baixo
16	Moderada	Moderado	Médio-Baixo
17	Mínimo	Moderado	Baixo
18	Moderada	Mínimo	Alto
19	Grave	Mínimo	Alto

O Inventário de Estilo Parental (IEP) de Gomide, 2006 avalia sete práticas educativas relacionadas ao desenvolvimento (práticas negativas – punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico) ou inibição (práticas positivas – monitoria positiva e comportamento moral) de comportamentos antissociais. As questões referentes a cada uma das dimensões das práticas educativas avaliadas são pontuadas a partir das respostas das participantes do estudo e somadas. Além da pontuação e interpretação de cada uma das variáveis mencionadas, o índice de estilo parental (*iep*) é calculado pela diferença entre as somatórias das práticas educativas positivas e negativas, a partir deste valor obtemos os percentis e a interpretação dos resultados que podem ser ótimo, acima da média, abaixo da média ou de risco.

No Gráfico 4 observa-se o resultado do IEP – Inventário de estilos parentais. Para o resultado das práticas educativas positivas, nota-se que 15,79% (n = 3) demonstraram uma prática de Monitoria Positiva ótima, 21,05% (n = 4) acima da

média, enquanto 47,37% (n = 9) dos membros do grupo revelaram-se abaixo da média e 15,79% (n = 3) indicaram comportamento de risco. Quanto a prática de Comportamento Moral 21,05% (n = 4) classificaram-se como ótimos, e também 21,05% (n = 4) revelaram-se abaixo da média e 57,90% (n = 11) dos integrantes demonstraram comportamento de risco para a prática de Comportamento Moral.

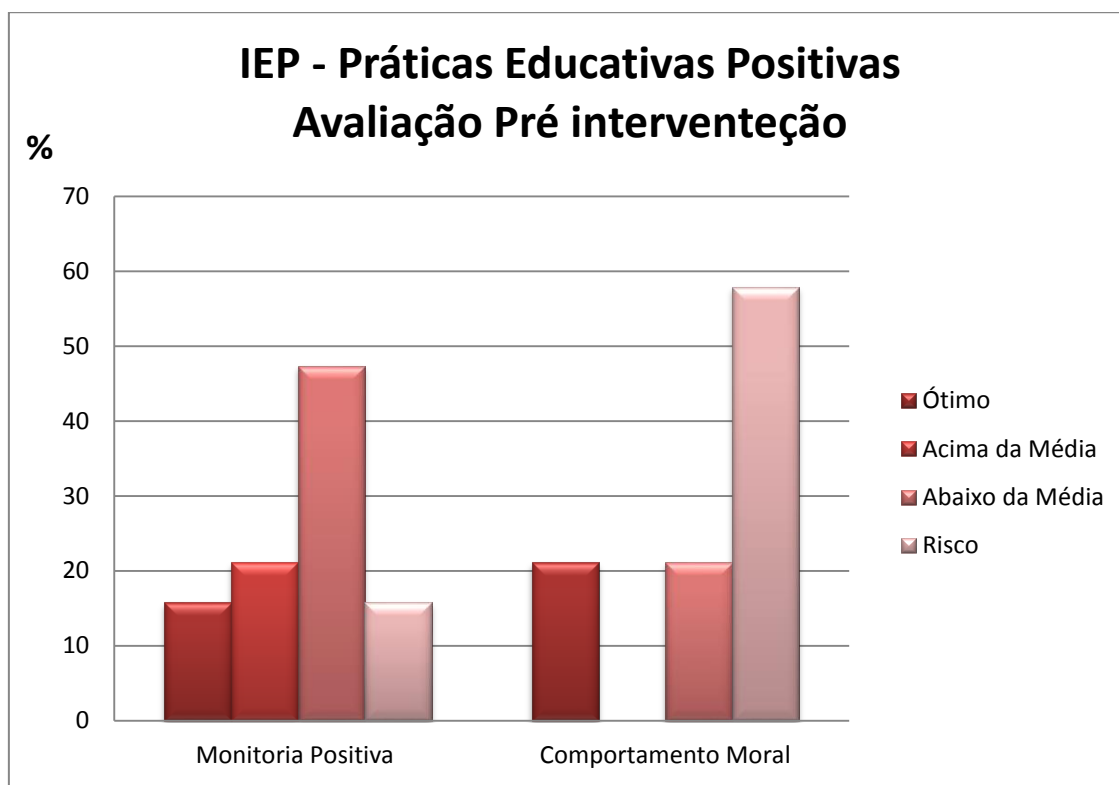


Gráfico 4. Resultado da avaliação pré-intervenção das práticas educativas positivas do IEP – Inventário de Estilo Parental de Gomide.

No Gráfico 5 apresentamos os resultados para as práticas educativas negativas. Observa-se que para a prática de punição inconsistente 10,53% (n = 2) dos participantes apresentaram um ótimo desempenho e 57,89% (n = 11) revelaram um desempenho acima da média, enquanto 15,79% (n = 3) indicaram um estilo parental abaixo da média e também 15,79% (n = 3) um comportamento de risco para esta prática. O grupo indicou ainda que 26,32% (n = 5) dos participantes têm um estilo parental ótimo para negligência e 15,78% (n = 3) está acima da média, enquanto 31,58% (n = 6) apresentam-se abaixo da média e 26,32% (n = 5) dos membros do grupo demonstraram estilo parental de risco para negligência. Para a variável disciplina relaxada percebemos que apenas 5,26% (n = 1) do grupo apresentaram ótimo estilo parental, 10,52% (n = 2)

encontram-se acima da média, todavia 36,84% (n = 7) da amostra avaliada revelaram uma prática abaixo da média e 47,37% (n = 9) indicaram um estilo parental de risco. Para a prática de monitoria negativa encontramos no grupo 15,78% (n = 3) dos participantes com ótimo desempenho, 31,58% (n = 6) apresentaram-se acima da média, e também 31,58% (n = 6) abaixo da média, e 21,05% (n = 4) membros do grupo revelaram um estilo parental de risco para esta variável. O grupo demonstrou que 47,37% (n = 9) dos participantes têm um ótimo estilo parental para a prática de abuso físico, entretanto 10,52% (n = 2) encontram-se abaixo da média e 42,11% (n = 8) revelaram um estilo parental de risco para esta prática.

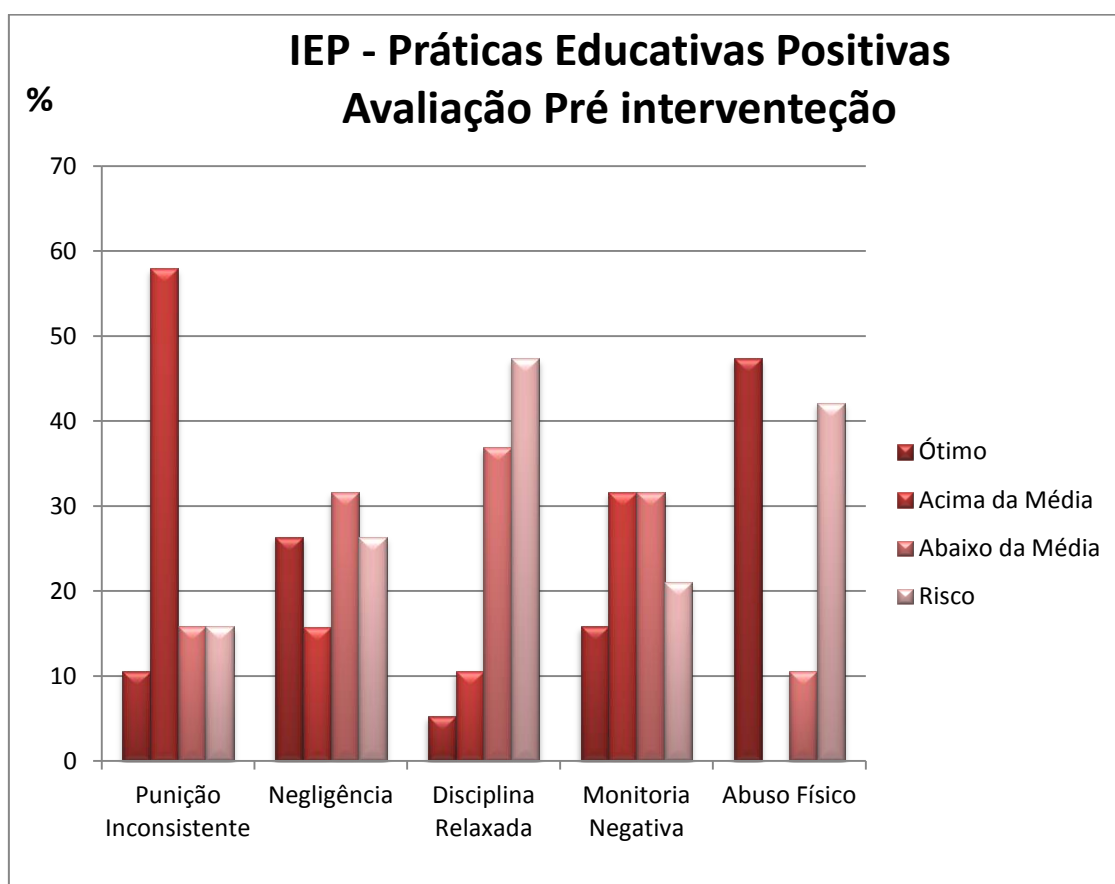


Gráfico 5. Resultado da avaliação pré-intervenção das práticas educativas negativas do IEP – Inventário de Estilo Parental de Gomide.

A avaliação total dos estilos parentais apresentada no Gráfico 6 revela que apenas 5,26% (n = 1) dos participantes demonstrou índice de estilo parental ótimo e 15,79% (n = 3) acima da média, enquanto 42,11% (n = 8) revelaram-se abaixo da média e 36,84% (n = 7) apresentaram estilos parentais de risco.

A partir da interpretação dos resultados do IEP – Inventário de Estilos Parentais de acordo com Gomide (2006) é importante algumas orientações e propostas aos pais. Para pais com índice de estilos parentais acima da média aconselha-se a leitura de livros que orientem os pais quanto ao aprimoramento de suas práticas parentais; aos que apresentaram resultados abaixo da média indica-se a participação em grupos de treinamento de pais e àqueles que indicaram estilo parental de risco é aconselhável a participação em grupos para pais que realizem intervenções terapêuticas que abordem as dificuldades em práticas educativas, bem como as consequências da utilização das práticas negativas.

Práticas educativas negativas de abuso físico, monitoria negativa, disciplina relaxada e negligência têm sido correlacionadas com a presença de indicadores de depressão e estresse em pais (PETTIT *et al*, 2001; GOMIDE *et al*, 2005).

Pais com boas habilidades sociais tendem a utilizar as práticas educativas positivas de comportamento moral e monitoria positiva como recursos na inter-relação com seus filhos aumentando a probabilidade de desenvolvimento de comportamentos pró-sociais (GOMIDE *et al*, 2005; PINHEIRO, 2006; PRUST & GOMIDE, 2007).

Pode-se notar uma relação entre o desenvolvimento de papéis sociais e a presença de indicadores de saúde mental, de acordo com a abordagem psicodramática a interação social humana se dá por meio dos papéis que se manifestam através dos vínculos, (MORENO, 1987; PERAZZO, 2010) e estes por sua vez dão origem ao EU do indivíduo. É importante lembrar que o surgimento do papel é anterior ao surgimento do eu, o EU surge a partir do desempenho de papéis (MORENO, 1992), assim quanto mais papéis bem desenvolvidos, melhor será a estrutura do seu EU. Se resgataremos que o desenvolvimento dos papéis está ligado a capacidade espontâneo criativa do homem, assim como sua saúde mental, podemos compreender a relação estabelecida no início deste parágrafo entre desenvolvimento de papéis e indicadores de saúde mental e a relevância de intervenções como a proposta neste estudo.



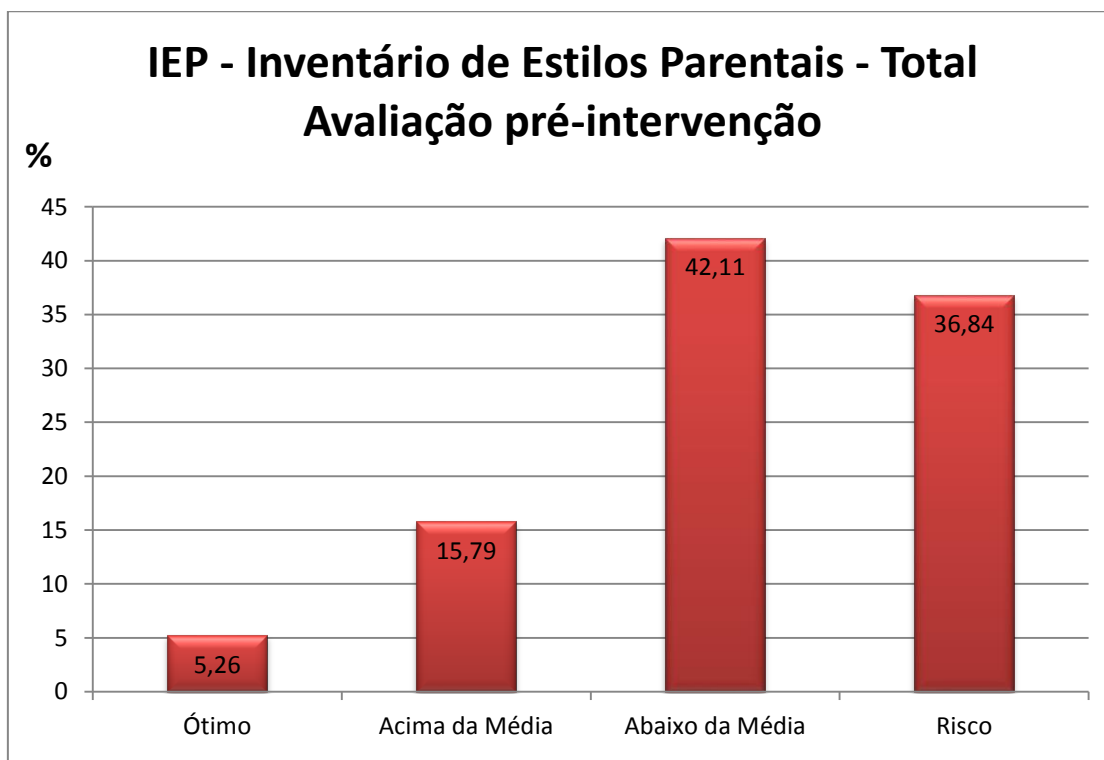


Gráfico 6. Resultado da avaliação pré-intervenção do *iep* – índice de estilo parental do IEP – Inventário de Estilo Parental de Gomide.

Para o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) de Del Prette e Del Prette (2001), realizamos a avaliação de determinadas habilidades dos pais, relacionadas ao desempenho de papéis, que de acordo com este instrumento, são agrupadas compondo os seguintes fatores: F1 – Enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 – Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3 – Conversação e desenvoltura social; F4 – Auto-exposição a desconhecidos e situações novas; e F5 – Autocontrole da agressividade. Os escores brutos das habilidades são convertidos em valores fatoriais a fim de obtermos uma soma ponderada, através dos quais temos os escores fatoriais; a partir da soma bruta obtemos o escore total, todos são comparados ao grupo amostral e convertidos em percentis. Com isso realizamos a interpretação dos resultados que está classificada em: Repertório bastante elaborado de habilidades sociais (HS); Repertório de HS acima da média; Repertório médio; Repertório de HS abaixo da média e Indicação de treinamento em HS quando os déficits se tornam fonte de problemas.

O Gráfico 7 descreve os resultados da avaliação pré-intervenção realizada com as mães referente a cada um dos fatores que compõe o inventário de habilidades sociais. Para o fator enfrentamento e auto-afirmação com risco verificou-se que 10,53% (n = 2)

das mães apresentaram um repertório bastante elaborado; 21,05% (n = 4) revelaram-se acima da média, 5,26% (n = 1) estão na média, também 5,26% (n = 1) abaixo da média e 57,90% (n = 11) dos pais indicaram necessidade de treinamento neste fator das habilidades sociais. Para o fator auto-afirmação na expressão de sentimentos positivos, 15,79% (n = 3) revelaram repertório bastante elaborado, 36,84% (n = 7) apresentaram-se acima da média, 5,26% (n = 1) na média; 31,58% (n = 6) estão abaixo da média e 10,53 (n = 2) dos membros do grupo indicaram necessidade de treinamento neste fator.

Outro fator avaliado foi conversação e desenvoltura social, no qual 21,05% (n = 4) dos participantes indicaram ter um repertório bastante elaborado, 15,79% (n = 3) acima da média, 10,53% (n = 2) na média, e também 10,53% (n = 2) das mães avaliadas revelaram-se abaixo da média e 42,10% (n = 8) apresentaram indicação para treinamento. Para auto exposição à desconhecidos e situações novas, apenas 5,26% (n = 1) membro do grupo revelou repertório bem elaborado, 10,53% (n = 2) apresentaram-se acima da média, 5,26% (n = 1) demonstrou estar abaixo da média e a maior parte do grupo avaliado 78,95% (n = 15) indicaram necessitar de treinamento para este aspecto. Já para o fator autocontrole da agressividade a maioria do grupo 63,16% (n = 12) demonstrou repertório bastante elaborado, 21,05% (n = 4) indicaram estar acima da média, 10,53% (n = 2) estavam abaixo da média, e apenas 5,26% (n = 1) indicou necessidade de treinamento neste fator.

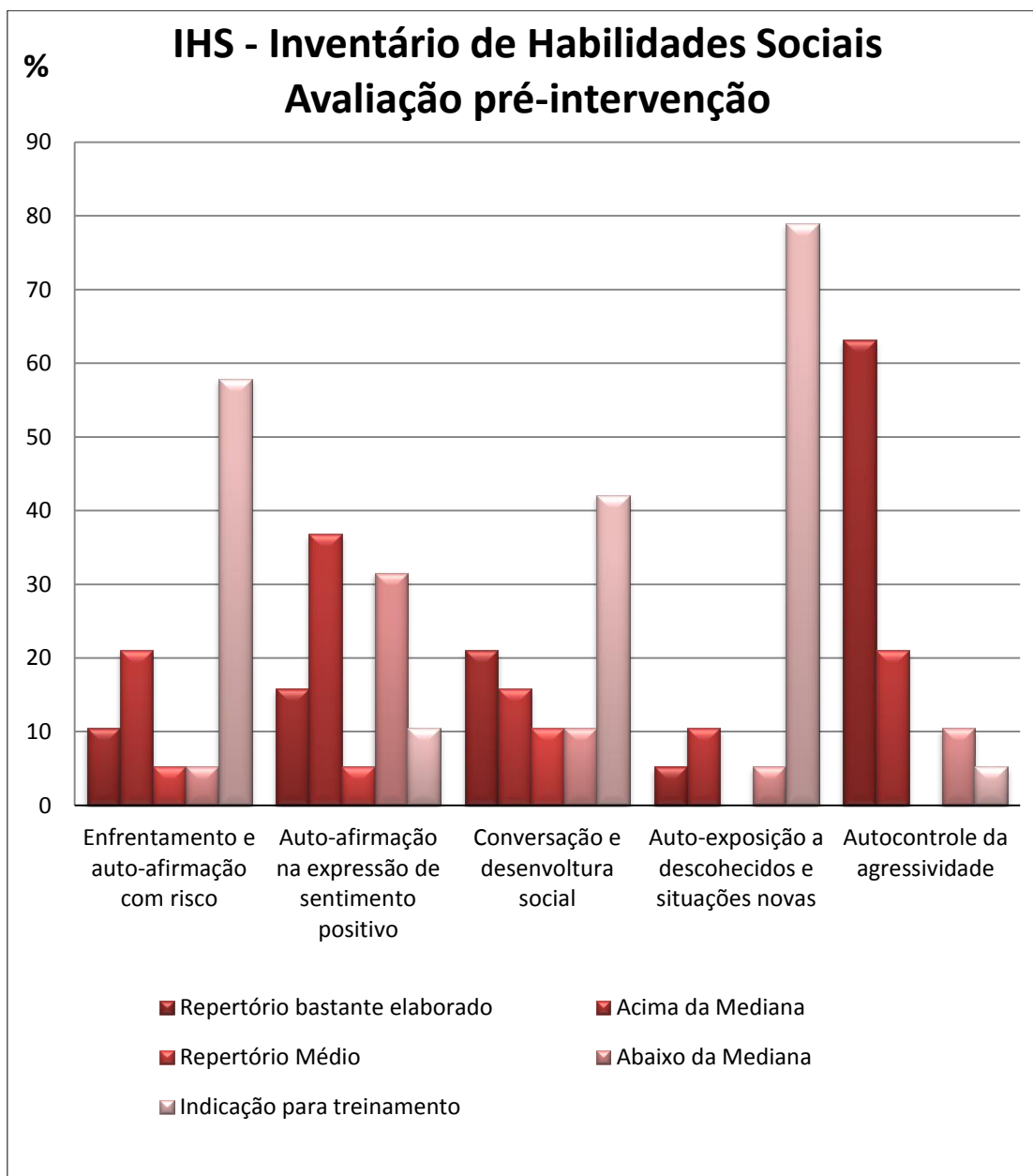


Gráfico 7. Resultados da Avaliação Pré-intervenção dos fatores que compõe o IHS – Inventário de habilidades sociais de Del Prette: F – 1 Enfrentamento e auto-afirmação com risco; F – 2 Afirmação na expressão de sentimento positivo; F – 3 Conversação e desenvoltura social; F – 4 Auto exposição à desconhecidos e situações novas e F – 5 Autocontrole da agressividade.

Para finalizar a avaliação pré-intervenção das habilidades sociais das mães, além dos resultados dos fatores demonstramos ainda, no gráfico 8, o resultado total das habilidades sociais dos pais. Percebemos que 10,53% (n = 2) das participantes do grupo revelaram um repertório bastante elaborado para o desempenho das habilidades sociais, 26,32% (n = 5) encontram-se acima da média, apenas 5,26% (n = 1) na média, 10,53%

(n = 2) revelaram-se abaixo da média e 47,36 % (n = 9) membros do grupo apresentaram um repertório de habilidades sociais muito deficitário, sendo indicados à participarem de programas de intervenção nesta área.

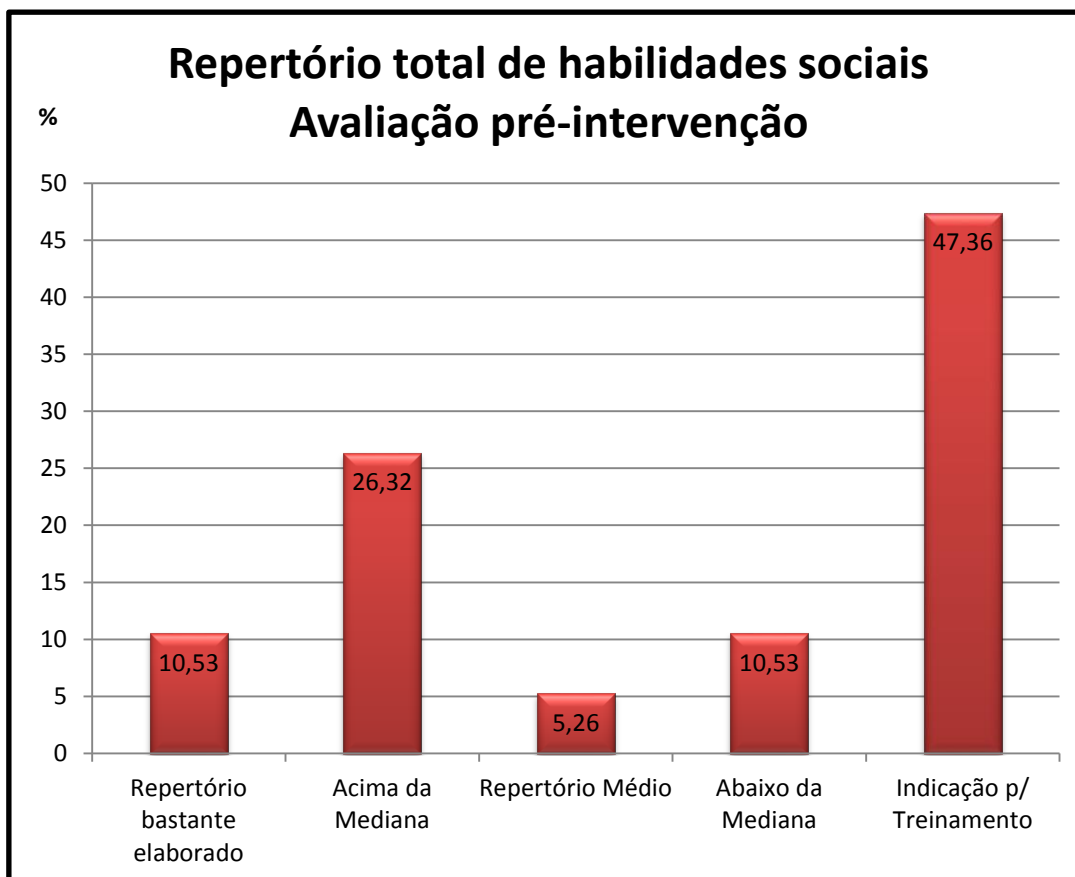


Gráfico 8. Resultado da avaliação pré intervenção do Repertório Total de Habilidades Sociais – IHS de Del Prette

Para a avaliação de qualidade de vida do grupo, utilizou-se o *Whoqol-bref* (FLECK *et al.*, 2000) e para a análise dos dados foi utilizado o cálculo dos escores e estatística descritiva dos domínios e do total através do Microsoft Excel (PEDROSO, *et al.*, 2010).

O gráfico 9 apresenta os resultados do grupo de pais em sua avaliação pré-intervenção para a qualidade de vida, pode-se observar no gráfico o quão satisfeitos os pais se apresentaram com relação aos quatro domínios do *Whoqol-bref*, que são: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente, e também de modo geral para sua qualidade de vida. De modo geral podemos compreender como mediana a percepção que os pais têm de sua qualidade de vida, classificando-a como 57,39% satisfatória. A

melhor avaliação encontra-se nos domínios físico 60,53% e no domínio psicológico 60,31%. O domínio físico compreende aspectos ligados a dores e desconfortos, energia e fadiga, sono, mobilidade, atividades cotidianas, dependência de remédios e/ou tratamentos e capacidade para o trabalho; e o domínio psicológico abrange autoestima, sentimentos positivos e negativos, imagem corporal e aparência, capacidades de pensar, aprender, se concentrar e espiritualidade.

No domínio das relações sociais o grupo classifica em 53,95% seu nível de satisfação e para o meio ambiente em 52,63%; nas relações sociais são considerados aspectos relacionados as relações pessoais, ao suporte social e a atividade sexual; e para o meio ambiente leva-se em conta aspectos relativos a percepção do lar, do bairro, como poluição, ruído, trânsito, clima, disponibilidade de serviços sociais e de saúde, segurança física e proteção, atividades de lazer, recursos financeiros e possibilidade de adquirir novas informações e habilidades.

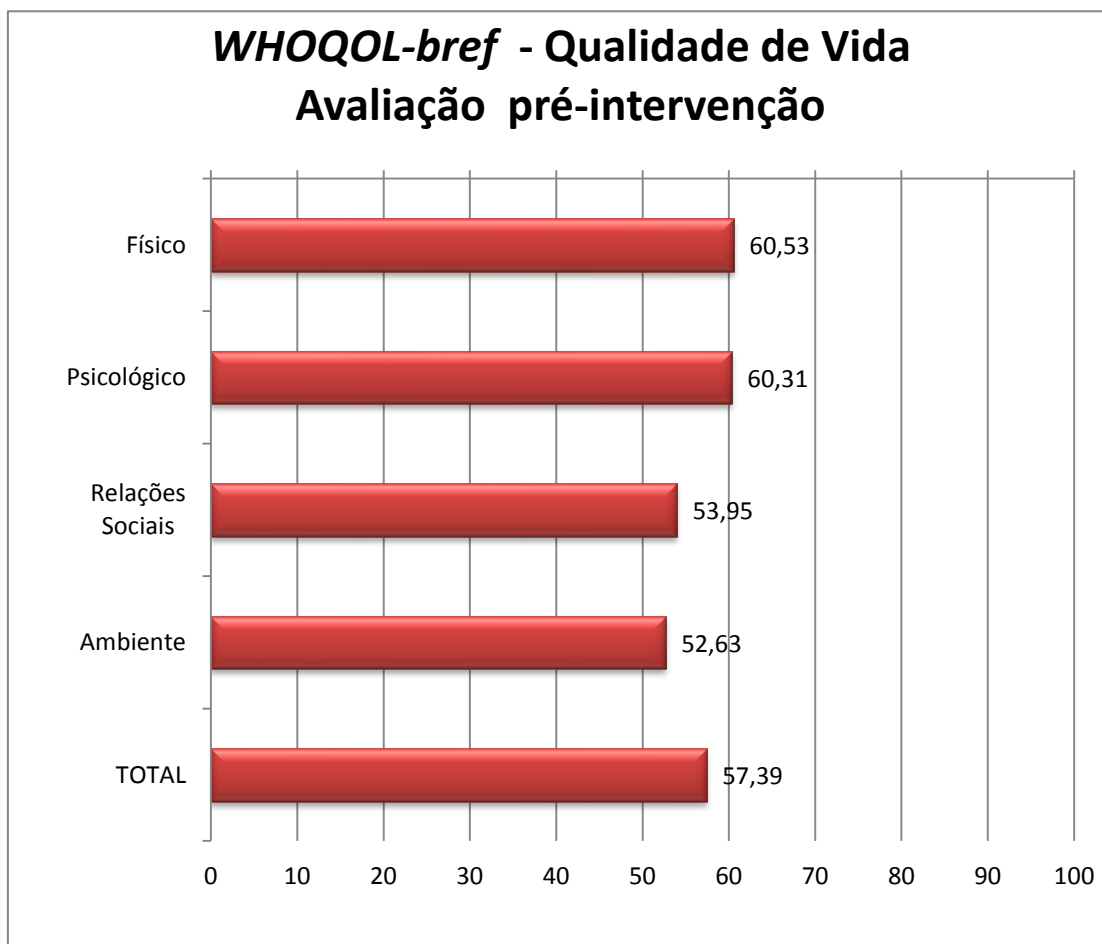


Gráfico 9. Resultado da avaliação pré-intervenção da qualidade de vida total e dos quatro domínios do *Whoqol-bref*: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente

## **5.2. Intervenção: Sociodrama com Grupo de Pais de Pessoas com Deficiência Intelectual para Suporte Emocional, Desenvolvimento de Práticas Parentais e Habilidades Sociais.**

Nesta etapa foram descritas as sessões de sociodrama tematizados. Durante toda a realização da intervenção foram utilizados jogos, sobretudo nas etapas de aquecimento, o uso deste instrumento foi importante para atingir um campo relaxado de conduta, propício para a ação, além disso, jogar prevê estar em relação, facilitando a interação do grupo (BALLY, 1986).

Monteiro (2012) propõe a utilização dos jogos não apenas como meros auxiliares para o aquecimento, e sim como instrumentos para vários outros momentos da sessão e com grande variabilidade de objetivos, pois se tratam de técnicas que

propiciam a expressão livre das criações do indivíduo manifestas através da representação de papéis. O lúdico permite um rebaixamento das tensões, o que facilita o aparecimento de respostas espontâneas e criativas. A tensão pode limitar ou bloquear nossa capacidade de responder de maneira resolutiva as situações.

No início de cada sessão fazíamos uma retomada dos assuntos trabalhados na sessão anterior, o grupo era estimulado a compartilhar brevemente as experiências e informações realizadas, visando uma breve reintegração do grupo e também atualizar as participantes, caso alguém tivesse faltado. As faltas não foram muitas, durante todo o processo obtivemos 83% de presença as sessões, conforme discriminado no quadro 6.

Quadro 6. Frequência aos encontros por participantes.

Particip.	Encontros												Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>09</b>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	12/12
<b>10</b>	P	P	A	P	A	A	A	P	P	P	A	P	7/12
<b>11</b>	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	11/12
<b>12</b>	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	11/12
<b>13</b>	P	A	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	10/12
<b>14</b>	P	P	P	A	P	P	P	A	P	A	P	P	9/12
<b>15</b>	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	11/12
<b>16</b>	P	P	A	P	A	P	A	P	P	A	P	P	8/12

Legenda: P: Presente; A: Ausente

### **Primeiro Encontro**

#### **Devolutiva da avaliação pré-intervenção e contrato de funcionamento do grupo**

O primeiro encontro teve como objetivo a realização da devolutiva do resultado grupal da avaliação pré-intervenção, e o estabelecimento do contrato de funcionamento do grupo, ou seja, das regras deste. Estavam presentes dez participantes.

Foram retomados os indicadores avaliados, que em conjunto com o grupo foram brevemente definidos e exemplificados. Os resultados grupais foram apresentados através de ppt (*power – point*) de acordo com os temas avaliados:

- ANSIEDADE
- DEPRESSÃO
- ESTRESSE
- SUPORTE FAMILIAR
- PRÁTICAS PARENTAIS
- HABILIDADES SOCIAIS
- QUALIDADE DE VIDA

Para cada um dos temas foi apresentado um gráfico de pizza com os resultados da avaliação pré-intervenção, para que as participantes pudessem ter uma noção grupal da presença dos indicadores.

O grupo participou, através de comentários, perguntas e compartilhar de algumas experiências pessoais. Os temas que despertaram maior interesse e que foram mais comentados referiram-se a ansiedade, ao estresse, e as práticas parentais.

Realizou-se o jogo do barbante visando levantamento de expectativas das presentes, bem como, o que elas tinham para disponibilizar ao grupo. Foi entregue um rolo de barbante para uma das participantes, ela disse sua expectativa, segurou a ponta do barbante e jogou o rolo para outra participante que procedeu da mesma maneira e assim sucessivamente até que o rolo passou por todas. A pedido da diretora, olhamos para a teia formada, ela chamou a atenção para a inter-relação grupal que ficou representada ali e que todas estavam incluídas na busca pela satisfação das expectativas mencionadas. Em seguida foi perguntado o que elas estavam dispostas a oferecer àquele grupo, a última participante a receber o rolo de barbante disse e devolveu o rolo para a anterior, que enrolou o barbante solto, falou o que queria oferecer ao grupo e devolveu para a anterior a ela e assim sucessivamente, até que o rolo voltou para a primeira participante. A diretora novamente chamou a atenção para o resultado final, as relações continuam, mas os nós foram desfeitos pelas contribuições de todas elas, e comentou que assim funcionaria o grupo. As mães se entreolharam e sorriram.



Suas falas demonstraram algumas preocupações e angústias cotidianas, sobretudo no papel de mãe e também a disponibilidade para estabelecer uma relação de acolhida e troca com as outras mães do grupo.

#### EXPECTATIVAS:

- ✓ *“Evolução”*
- ✓ *“Coisas boas para o grupo”*
- ✓ *“Aprender coisas novas para ajudar os filhos”*
- ✓ *“Conhecer outras pessoas”*
- ✓ *“Fortalecimento”*
- ✓ *“Troca de ideias e experiências entre as mães”*
- ✓ *“Encontrar pessoas com as mesmas dificuldades”*
- ✓ *“Aprender juntos”*
- ✓ *“Evolução emocional”*
- ✓ *“Melhorar estresse e ansiedade”*
- ✓ *“Ficar bem com meu filho”*
- ✓ *“Lidar com situações difíceis”*

#### OFERECERAM:

- ✓ *“Acolhimento”*
- ✓ *“Troca de experiências”*
- ✓ *“Força”*
- ✓ *“Carinho”*
- ✓ *“Apoio”*

Foi feita a retomada da proposta do grupo de suporte sócio emocional, bem como o estabelecimento do contrato de funcionamento do grupo.

O contrato de trabalho com grupos socioeducativos é estabelecido entre diretor / coordenador e participantes, ele define e autoriza com qual(is) papéis cada um é

membro do grupo, determinando os objetivos das ações. Este papel norteia os alcances e limites para acessar a identidade dos participantes, além de permitir direcionar o foco para diferentes dinâmicas instituídas em seu desempenho e de seus complementares que atuam de acordo com a cultura e com os valores do grupo. Cada grupo “delineia diferentes direitos, deveres e expectativas tanto individuais como coletivos” (KNOBEL E ALVES, 2008, P.70).

Ao final foi aberto espaço para comentários e esclarecimentos de quaisquer dúvidas e disponibilizado agendamento para devolutiva individual da avaliação dos participantes.

## **Segundo Encontro**

### **Átomo Social**

#### **Identificação de Suporte Familiar e Social**

O foco deste encontro foi a apresentação e integração dos participantes do grupo. Estavam presentes oito integrantes do grupo, que podem ser identificados no quadro 6, apresentado anteriormente.

Realizou-se a técnica de apresentação do átomo social, adaptada para uma forma gráfica (FERRACINI, 2008) que consiste na montagem individual com pequenos recortes coloridos de papel de diversas formas e cores, numa folha de sulfite, simbolizando as pessoas e coisas importantes de sua vida, com posterior apresentação para o grupo.

Os presentes confeccionaram seus átomos sociais e apresentaram ao grupo. A atividade permitiu primeiramente um contato consigo mesmo (EU – EU), importante para fases iniciais de grupo e na sequência a atenção do grupo para cada um dos participantes. Foi um recurso facilitador para o início do grupo e para a apresentação das participantes, bem como para a compreensão das atuais configurações de suas redes relacionais atuais.

Inicialmente as participantes demonstraram certa dificuldade para falarem de si ao grupo, porém com o desenvolvimento da atividade, foram relaxando e se envolvendo o que propiciou a auto apresentação das mães.

A partir desta atividade identificaram-se aspectos relevantes das relações desenvolvidas pelas participantes em seu cotidiano, suas relações de maior proximidade, suportes familiares e sociais, suas prioridades, suas carências, a presença de situações hostis e de tensão, além de seus investimentos pessoais como descrito a seguir.

A família constituída foi destacada por todas as participantes como de grande importância, todavia a família de origem é percebida de diferentes maneiras, duas participantes destacam sua família de origem como fonte de apoio e suporte, duas mães relataram que a distância geográfica dificulta ou impede o suporte familiar, duas disseram não poder contar com o apoio da família, pois são muito distantes afetivamente; e duas participantes não fizeram referência a família de origem durante a atividade, uma delas comenta que no passado pode contar com sua mãe, o que hoje não é mais possível. Identificou-se também que duas participantes encontram em seus amigos e vizinhos o suporte que necessitam.

Foram também destacadas como suporte e apoio dos pais, a escola que as crianças frequentam, os profissionais que atendem as crianças, além da religião.

O desenvolvimento pessoal através do trabalho, estudos e outras atividades apareceram também como componentes importantes na vida de quatro participantes, e uma delas diz que hoje é aposentada, mas que o trabalho sempre foi algo muito importante e fortalecedor.

A casa onde moram, o lazer e a diversão também apareceram como componentes importantes na vida das integrantes do grupo. Os problemas e as dificuldades relacionais também foram relatados como presentes e com forte influência em seus cotidianos.

Detectou-se ainda as seguintes auto percepções: todas sentem-se muito sofridas, além disso, algumas percebem-se como “lutadoras, guerreiras, capazes de superar dificuldades”, outras caracterizaram-se como “controladoras, nervosas e excessivamente organizadas”, “alegria e amorosidade” foram características auto referidas por algumas mães.

Ao final a diretora do grupo (psicóloga) acolheu o grupo em suas dificuldades e destacou às participantes todos os suportes disponíveis que elas mencionaram durante a atividade (família, escola, profissionais, amigos, vizinhos, religião) chamou a atenção também para o grupo que estava se constituindo e que a partir de agora também seria uma possibilidade de suporte, quando precisassem.

Algumas participantes revelaram-se surpresas, pois não tinham clareza da presença destas possibilidades em suas vidas. Assim, ao se apresentarem para o grupo, é comum que tomem contato com vínculos e com determinadas situações pouco claras para si mesmas, ampliando a percepção de suas redes sociais.

De acordo com Knobel (1996) o grupo inicialmente encontra-se no “**momento de isolamento**”, primeira fase de desenvolvimento das estruturas relacionais do grupo, ela se caracteriza pela continência do diretor aos estados de ansiedade e angústia dos participantes, pelo direcionamento à introspecção, propiciando um contato de cada um com seus sentimentos, necessidades ou expectativas e ainda pela identificação de características da identidade do papel social que ancora a inter-relação grupal, no caso do grupo que integra este estudo, o papel social que ancora o grupo é o papel de mãe.

### **Terceiro Encontro**

#### **Práticas parentais e Habilidades Sociais**

Estavam presentes oito participantes e o objetivo deste encontro foi a partir de breves filipetas com situações relacionais descritas (relações sociais, relações pais e

filhos), levantar cenas vivenciadas pelas participantes do grupo em seu cotidiano e quais suas atitudes frente a estas.

Das leituras e conversas entre as participantes, em subgrupos emergiram alguns temas, todos com foco na relação mãe e filho e, em como lidar com essas situações:

- ✓ Sexualidade da criança;
- ✓ Ingenuidade da criança;
- ✓ Comportamentos da criança não compreendidos socialmente (gritar, empurrar, fazer birra, impulsividade...);
- ✓ A mãe como mediadora da relação da criança com o social;
- ✓ Ser tutor do filho, problemas legais;
- ✓ Garantir os direitos do filho;
- ✓ Limitações da criança.

Destas temáticas foram eleitas duas cenas para o trabalho dramático.

**a) Sexualidade e ingenuidade da criança**

A situação trazida foi uma mescla de experiências vivenciadas na escola e também nas relações sociais, que trazem episódios da criança se masturbar em público.

Seguem algumas falas das mães:

*“meu menino tinha mania de se esfregar na perna das pessoas”*

*“minha filha se esfrega na carteira”*

*“minha filha senta de qualquer jeito, fica com as pernas abertas, por isso evito vestido nela (morro de medo)”.*

Elas vivenciaram a situação várias vezes, através do *roleplaying* (KAUFMAN, 1993), ora no papel de mãe, ora como filho e ainda em alguns momentos como outras pessoas do contexto social, lidaram com diversos sentimentos, até o momento em que

juntas conseguiram encontrar uma forma (aceita por elas) de lidar com os filhos e com as situações sociais.

Os sentimentos das mães, frente ao conflito vivenciado, foram de vergonha, irritação e medo. A identificação destes sentimentos foi feita no transcórre do *roleplaying*, através da técnica do duplo, pois inicialmente todos apareciam de forma bastante confusa impedindo que as mães conseguissem encontrar respostas à situação vivida.

Após a vivência expressaram atitudes de maior tolerância com os filhos e com elas mesmas, revelando maior flexibilidade no desempenho do papel de mãe. Entretanto a raiva pelos comentários e observações das pessoas ainda permaneceu forte. É possível perceber que a partir da ação dramática houve a clarificação dos sentimentos o que permitiu um melhor direcionamento dos mesmos aos devidos contrapapéis.

#### **b) A mãe como mediadora da relação da criança com o social**

As mães se colocaram como mediadoras de seus filhos no contexto social, tanto para comunicarem seus desejos e necessidades, como também para garantir seus direitos ou ainda protegê-los de problemas e dificuldades.

Através desta cena foi possível perceber uma forte sensação de ambiguidade vivenciada pelas mães nestas situações, pois este papel desempenhado por elas contém a mistura de uma série de outros sentimentos que foram elencados durante a realização da cena, a partir da intervenção técnica do Duplo.

Pôde-se perceber e clarificar para as mães sentimentos de:

**Tristeza**, por terem que fazer isso pelos filhos, apesar de muitos deles já terem idade para numa situação normal serem independentes.

**Medo**, de como será a vida de seus filhos quando elas (as mães) não estiverem mais presentes.

**Intolerância**, com as pessoas que julgam seus filhos e também a elas (*dizendo que não sabem educar seus filhos*).

**Raiva**, por terem que estar sempre disponíveis; raiva das pessoas que não entendem as dificuldades das crianças, dizendo que seus comportamentos são de crianças mal educadas.

**Cansaco**, diante de tudo que acontece no dia a dia, das dificuldades que enfrentam diante de situações simples, (como andar de transporte coletivo).

**Satisfação e alegria** quando conseguem ajuda-los a comunicar um acontecimento, ou ainda, quando compreendem suas necessidades e conseguem satisfazê-las.

De modo geral percebe-se nesta sessão uma grande dificuldade das participantes para identificarem os sentimentos que vivenciam frente aos conflitos cotidianos do papel de mãe, vivenciando uma grande mistura dos mesmos, tal qual experimentamos na primeira fase do desenvolvimento da matriz de identidade. Foi possível identificar que as tensões e dificuldades frente as cenas trazidas pelas mães, as levam a enfrentar estas situações no dia a dia de formas não espontâneas e não télicas o que possivelmente contribuem para o comprometimento da saúde emocional e relacional das mães.

Assim, a sociatria, neste caso o sociodrama busca sempre ampliar os sentidos através da dramatização, o objetivo é encontrar e confrontar novas e variadas possibilidades, que servirão de matéria prima para o resgate da espontaneidade e criatividade (AGUIAR, 2005).

## **Quarto Encontro**

### **Ansiedade, Depressão e Estresse**

O objetivo deste encontro foi levar as mães a identificarem em seu cotidiano situações geradoras de ansiedade, depressão ou estresse, estavam presentes seis participantes.

A partir de algumas figuras que demonstraram situações com estas temáticas, cada participante escolheu a que mais lhe chamou a atenção, e em duplas, formadas de acordo com a similaridade entre as figuras/situações escolhidas, cada subgrupo discutiu sobre suas figuras e suas vivências cotidianas e construiu uma cena. Das três cenas propostas, duas foram escolhidas para o trabalho do dia.

Como são cenas voltadas ao Eu privado das participantes, o grupo e as mesmas foram consultadas sobre o desenvolvimento destas temáticas, explicitando a situação. Todos avalizaram, então prosseguimos.

a) **Separação de A. (participante do grupo) de seu marido, perda temporária da guarda dos filhos.**

A cena trazida trata do episódio de separação do casal. Por não querer a separação o marido alega que a esposa não tem condições de ficar com os filhos, pois estas precisam de cuidados especiais (DI e autismo) e a mãe trabalha e deixa as crianças sob cuidados de estranhos. Uma situação de fuga, de uma das crianças, da casa da mãe é trazida pelo pai ao juiz para confirmar a incapacidade da mãe de ficar com as crianças.

Embora a situação, na prática, hoje já esteja resolvida, a cena é vivenciada com grande carga emocional, na qual A. expressa muita raiva, tristeza, e medo de perder seus filhos (hoje sob sua guarda). A mãe refere que ainda hoje, diante de situações de tensão, vivencia essas emoções.

Na dramatização, em função da intensidade das emoções, foi proposta uma cena de descarga (DIAS, 2010) na qual a participante, estimulada pela diretora teve a oportunidade de direcionar seus conteúdos internos, todos os sentimentos que a afligiam para o contrapapel, um personagem do mundo externo (ex marido - relações sociais) representado por um ego auxiliar natural.



Ao finalizarmos a cena a mãe diz sentir-se aliviada.

No compartilhar grupo acolhe A. e lhe dirige palavras de estímulo e valorização.

**b) Queixa dos vizinhos à polícia, referindo maus tratos de M. à sua filha.**

M. não pôde engravidar então após um longo período de espera conseguiu adotar sua filha, na época da adoção com seis meses de idade.

Nesta cena M. (sozinha com sua filha em casa) conta ter sido surpreendida pela polícia batendo em sua porta, dizendo terem recebido uma queixa de violência contra criança.

M explica que esta fase com sua filha (na época com aproximadamente 30 meses de vida) foi muito difícil, pois não sabia como lidar com ela, e sempre que a criança era contrariada punha-se a gritar e chorar desesperadamente.

Numa mistura de raiva e dor M. leva o policial até o quarto onde sua filha encontra-se deitada. Mostra o corpo da sua filha ao policial demonstrando não haver nenhum ferimento na criança e explica a razão dos choros e gritos da filha (na época em avaliação, atualmente com diagnóstico de DI - autismo). Ele entende e vai embora.

Sentindo-se invadida, não refeita de sua raiva e certa de que a queixa foi de uma vizinha que morava no mesmo quintal, M. briga com sua vizinha.

Ao compartilhar essa situação com sua mãe adotiva, M. mais uma vez sente-se invadida, pois ao invés de receber acolhimento, lhe é dito que deveria devolver a criança, pois ela ainda iria lhe dar muito trabalho e colocá-la em situações mais difíceis.

Na cena M. faz uma descarga de toda sua raiva frente a esta situação e resgata também a raiva de sua mãe biológica, por tê-la abandonado.

O grupo demonstra acolhimento à M., através de algumas falas fortalecedoras e afetivas, e de uma aproximação física (sugeridas ao grupo pela diretora) ela recebe-o com um pouco de dificuldade, tende a manter-se agitada e falando.

Aos poucos, através da proposta de que feche os olhos, respire, e entre em contato com seus sentimentos e com o acolhimento que está recebendo do grupo, ela se acalma e passa a ouvir as falas das participantes (egos auxiliares naturais) e também se aproxima das pessoas, que a abraçam coletivamente.

O compartilhar da plateia foi intenso e com muitas emoções, a maioria resgatou em suas histórias e compartilhou com o grupo situações em que se sentiram invadidas e/ou abandonadas, revelando-se uma forte caixa de ressonância da vivência realizada.

As duas cenas desenvolvidas traziam através de seus protagonistas uma confusa e intensa carga emocional, nota-se uma efervescência emocional diante de situações de tensão e conflito e especialmente na segunda cena uma mistura de relações conflituosas (relação com vizinha e relação com mãe biológica) abordando ambas da mesma forma, ou seja, novamente a ausência de espontaneidade e tele nas relações. Neste momento que vai do caos a tensão de acordo com Nery e Conceição (2012) o diretor faz uso dos recursos técnicos de intervenção e busca que todos se expressem, se diferenciem em seus mundos internos e também na relação com o outro, numa proposta de integração da emoção com a razão.

Na intervenção proposta para as duas cenas foi possível a externalização destas emoções, bem como o direcionamento das mesmas para determinados contrapapéis, visando além da descarga emocional, a percepção deste direcionamento a fim de propiciar a diferenciação das relações. O desafio do diretor é propiciar a transformação social, que pode ser o alívio da dor, a maior compreensão da realidade de um participante do conflito, o expressar de sentimentos contidos, o confronto devido uma ampliação da consciência crítica, enfim o libertar dos empecilhos da espontaneidade-criatividade (NERY & CONCEIÇÃO, 2012).

## **Quinto Encontro**

### **Suporte Social, Suporte Familiar e Clima Emocional**

O objetivo deste encontro foi reconhecer e trabalhar através de uma sequência de jogos dramáticos (YOZO, 1996) a percepção e transmissão dos sentimentos e emoções pertinentes às relações familiares e sociais dos participantes, além de identificar os níveis de coesão, adaptabilidade, flexibilidade e comunicação familiar. Estavam presentes a este encontro quatro participantes.

Percebeu-se uma grande dificuldade das participantes tanto na emissão quanto na compreensão dos sentimentos transmitidos, ao ficarem como observadoras da situação eventualmente a percepção ocorria com menor dificuldade.

Destacaram a dificuldade de aguardar o outro, de observar atentamente as atitudes do outro para poder compreendê-lo. Referiram-se a sentimentos de ansiedade e irritação, o que as levavam a atitudes impulsivas frente ao relacionamento com o outro.

A transmissão, comunicação de algo ao outro também foi percebida pelas participantes como muito difícil, os sentimentos de impaciência dificultaram o desenvolvimento da empatia, a busca de adaptação e flexibilidade neste processo, gerando muita rigidez e comportamentos autocentrados, em algumas situações com certa hostilidade.

Para as intervenções nesta sessão foram utilizadas as técnicas de solilóquio, duplo e espelho.

Desde o início das sessões grupais ficaram evidentes as dificuldades na percepção dos sentimentos vivenciados, principalmente em situações de conflitos. Assim, a utilização das técnicas solilóquio e duplo têm como foco clarificar as emoções e sentimentos vividos pelas participantes, e a técnica do espelho visa propiciar que as mães percebam como elas demonstram seus sentimentos.

No compartilhar (terceira etapa da sessão) a partir de algumas orientações da diretora (psicóloga) o grupo conseguiu identificar e refletir sobre as dificuldades percebidas durante o desenvolvimento das atividades.

As relações da vivência com o cotidiano foram feitas pelas participantes com um pouco de dificuldade, mas foram possíveis, embora sem manifestar uma reflexão que levasse ao questionamento de suas atitudes.

Seguem alguns comentários:

*“Não tenho paciência, já fiz a minha parte o outro tem que agilizar”.*

*“Cansa ter que ficar falando, vou lá e faço logo, me irrita esperar a ajuda”.*

*“É melhor eu resolver logo”.*

*“Quando espero pelo outro, ainda corro o risco de não ficar do meu jeito”.*

*“Só posso contar comigo mesmo”.*

Através das atitudes e dos comentários é possível perceber o quanto as propostas de relação seguem condutas conservadas em detrimento de uma forma mais espontânea, criativa e empática. De acordo com Moreno (1992) a falta de espontaneidade vai levar a ansiedade; e a falta de empatia dificulta o desenvolvimento de vínculos, comprometendo assim a saúde emocional e relacional das participantes. As dificuldades apresentadas pelas mães têm corroborado os dados obtidos na avaliação pré-intervenção.

Notou-se nas avaliações pré-intervenção das mães a presença elevada de indicadores de ansiedade, depressão e estresse e, além disso, os instrumentos que avaliaram aspectos relacionais também denotaram uma série de dificuldades no desempenho de papéis sociais indicados através dos resultados abaixo da média e comportamento de risco no inventário de estilos parentais que aborda diretamente o papel social de mãe e ainda os resultados abaixo da mediana e indicação para treinamento no inventário de habilidades sociais que trata de características pertinentes à forma como os indivíduos se aproximam ou se afastam das interações sociais, como enfrentam situações de risco ou simplesmente como manifestam afetividade, assim

esses resultados confirmam a ausência de espontaneidade e criatividade, bem como do desenvolvimento de relações empáticas conforme pudemos perceber nesta sessão de sociodrama tematizado.

## **Sexto Encontro**

### **Práticas Parentais e Habilidades Sociais**

O objetivo desta sessão foi propiciar às mães um momento de reflexão e reconhecimento de seu papel de mãe, seus sentimentos e atitudes. Estavam presentes sete participantes.

O aquecimento foi realizado através da projeção de diversas cenas de interações familiares em situações cotidianas, expressando diversos sentimentos diferentes. Inicialmente foi solicitado ao grupo que identificassem os sentimentos expressos nas cenas, buscando o desenvolvimento da empatia das participantes, primeira condição para a realização da inversão de papéis.

Em seguida foi solicitado que identificassem em seu cotidiano situações nas quais vivenciaram emoções similares àquela que mais chamou a atenção.

Após o aquecimento três cenas foram compartilhadas:

**“Criança que enfrenta a mãe quando não é atendida – birra” (M)**

**“Alimentação não saudável do filho” (S)**

**“Dificuldade de compreender a comunicação da criança” (A)**

Uma delas foi escolhida pelo grupo para ser dramatizada, a cena de S. - **“Dificuldade para alimentar o filho, que só come salgadinhos e ainda toma mamadeira”**.

S. contextualiza o grupo dizendo que não consegue fazer seu filho (sete anos) se alimentar de forma correta, toda refeição é um sofrimento, ele não senta à mesa, e só come bobagens (salgadinhos, mamadeira), que ela mesma acaba dando.

A cena acontece na hora do almoço, “*só isso já me deixa ansiosa*” (sic), a mãe pede que ele venha sentar-se à mesa, vai buscá-lo na sala (em frente a TV). Começa a confusão, ele grita, esperneia, chora e a mãe desiste. Deixa-o ver TV e pouco tempo depois lhe oferece os salgadinhos.

Tem muita dificuldade para buscar uma nova forma de agir, mesmo no contexto dramático. Fica completamente paralisada na situação, “diz que parece que vai explodir” (solilóquio).

A mãe diz sentir-se impotente, fica sem saber o que fazer, sente pena de não lhe dar os salgadinhos. É proposta a inversão de papéis pela diretora. Ela não consegue colocar-se no lugar de seu filho (inversão de papéis), fica calada, ou continua falando como mãe repetindo sua angústia frente à situação.

A diretora solicita então que alguém do grupo ocupe o lugar da criança. No lugar do filho um ego auxiliar natural (aplica a interpolação de resistência seguindo orientação da diretora) diz que age daquele jeito porque sabe que ela vai ceder, que a mãe lhe dará os salgadinhos e a mamadeira, mesmo assim ela não consegue reagir.

De acordo com Kaufman (1992) uma das finalidades do *roleplaying* é levar o protagonista a perceber objetivamente os sentimentos e atitudes dos outros que desempenham o contra papel e assim encontrar a melhor forma de lidar com a situação

Outras mães ocupam o seu lugar e sugerem ações para lidar com a situação. Ela só balança a cabeça ora positiva, ora negativamente.

Encerramos e ela diz que se sente muito mal na situação, mas que não sabe o que fazer e que não consegue deixá-lo sem comer nada (sugestão dada pelas participantes), por isso cede.

Sente-se incomodada porque todos a condenam, médicos, fonoaudióloga, professoras, mas não consegue fazer diferente.

O grupo compartilha outras situações em que se sentem impotentes. Dão algumas sugestões e uma das mães diz que já passou por isso e que também não deu conta sozinha, pediu ajuda para a escola. Comenta que por sugestão da professora, sua filha passou a almoçar na escola, e que aos poucos, ao ver seus amiguinhos comerem, passou a comer também. Hoje, após mais de um ano, este problema está solucionado.

Encerramos, a mãe diz sair da sessão um pouco mais otimista.

Neste momento do processo podemos perceber o grupo deixando o momento de isolamento, já constituem subgrupos em função de motivações individuais e coletivas. Segundo os estudos de Knobel (1996) da obra Moreniana, trata-se do momento de diferenciação horizontal que se organiza a partir do estabelecimento de relações simétricas, pela presença do igual e do diferente, ou seja, pelos núcleos comuns de papéis e pelas identidades diferentes.

Podemos também, perceber nesta sessão o grupo assumindo a função de suporte social às participantes.

## **Sétimo Encontro**

### **Ansiedade, Depressão e Estresse.**

Compareceram a este encontro seis mães. Inicialmente o grupo foi aquecido para o tema, bem como para sua interação, através da montagem de um quebra cabeça com breves descrições e sintomatologia referentes à ansiedade, depressão e estresse.

Em subgrupos discutiram situações de seu cotidiano que identificaram como sendo causadoras das sensações, sintomas e percepções semelhantes às descritas no quebra cabeça montado.

Os subgrupos apresentaram os seguintes temas/cenas:

- ✓ Ser mãe 100% do tempo. Necessidade de ser mulher.
- ✓ Descoberta da “doença” (sic) do filho.
- ✓ Probabilidade de ter outro filho com problema.
- ✓ A experiência da adoção de uma criança com problema. Ouvir que devia devolver a criança.

O grupo elege trabalhar o tema:

### **Ser mãe 100% do tempo. Necessidade de ser mulher**

O foco da cena proposta está nas infinitas atribuições da maternidade que tomam todo o tempo e ainda mais, toda a energia.

A cena é construída pelo grupo e dela emergem os sentimentos de pressão, solidão, angústia, medo do futuro, através de solilóquios.

As mães são convidadas a agirem como tais sentimentos na cena (egos auxiliares naturais), três se candidatam e assumem o papel de pressão, angústia e medo. De uma grande agitação inicial forma-se a paralisia.

Uma das personagens apresenta-se acuada e sem saber o que fazer, menciona que é exatamente assim na vida real.

Através da técnica do espelho ela é chamada a assistir de fora sua situação. O convite é feito também às outras mães que estão na cena. De maneira que os papéis se alternam neste momento, entretanto as sensações são descritas de forma muito semelhante.

As mães são chamadas / convidadas a tentarem enfrentar a situação de alguma maneira. Sem sucesso. Retomam seus lugares na cena, entretanto a personagem acuada



ainda não consegue se desvencilhar.

São feitos duplos do sentimento de impotência, com o qual concordam plenamente. Na cena a personagem acuada está totalmente envolvida / coberta pelos sentimentos (representados pelos egos) que não a deixam sair (por orientação da diretora).

Ao mesmo tempo a diretora estimula a personagem acuada a encontrar maneiras de se livrar, pergunta-lhe o que ela precisa para conseguir sair, ela diz: coragem. É solicitado ao grupo “a personagem coragem”, uma das mães que está na cena diz que gostaria de ser, e entra para ajudá-la (é orientada para estimulá-la com palavras de força e credibilidade).

Após alguns instantes as duas juntas se livram da pressão e angústia que estavam sobre elas. Ambas dizem que se sentem aliviadas e o grupo em coro concorda com essa sensação.

No compartilhar dentre outras falas é feita uma reflexão sobre: O que pode ser esse enfrentamento? O que é esta coragem? Que atitudes simbolizaram ali?

E surgem algumas percepções como:

- ✓ *“Mudar de atitude”*
- ✓ *“Sair da passividade”*
- ✓ *“Pedir ajuda”*
- ✓ *“Não achar que é a única que sabe fazer”*

O encontro foi encerrado solicitando que guardassem essas reflexões e a resgassem quando sentissem necessidade.

Percebemos neste encontro uma mudança na postura das mães, apresentaram-se mais disponíveis e relaxadas para a dramatização, apesar das dificuldades enfrentadas, o tempo todo, as mães, enquanto personagens da cena buscaram saídas para lidar com as

angústias e conflitos vivenciados. Consideramos que começam a surgir atitudes mais espontâneas e criativas, além de relações empáticas no grupo.

## **Oitavo Encontro**

### **Práticas Parentais e Habilidades Sociais.**

O objetivo desta sessão foi levar as participantes a refletirem sobre seu cotidiano e identificarem possíveis dificuldades nas relações sociais ou familiares. Estavam presentes oito integrantes do grupo.

Foi solicitado que conversassem em duplas sobre suas dificuldades e cada dupla apresentasse aos outros uma imagem/escultura (BERMUDEZ, 1980; FLEURY; KHOURI; HUG, 2008) que retratasse a situação identificada.

Foram apresentadas duas imagens que foram nomeadas como:

#### **”Vontade de Sumir”**

##### **“Birra”**

##### a) “Vontade de Sumir”

Esta imagem se referia as dificuldades que as mães enfrentam quando seus filhos defecam em lugares públicos (piscinas, praças, parques).

Os sentimentos expressos por elas foram de vergonha, humilhação, angústia e raiva, o sofrimento era evidente, mas a cena transcorreu calmamente.

O enfrentamento é bastante difícil, na cena relataram um desejo de sumir do lugar, mas escolhem permanecer, pois como sumir não é possível a melhor forma que encontraram foi de levantar a cabeça e seguir em frente, sair do lugar e cuidar do filho.

O compartilhar desta dificuldade foi intenso, pois muitas já passaram ou passam por essa situação. Além disso, foi possível perceber uma grande continência do grupo, um movimento de grande acolhida entre elas.

b) “Birra”

O grupo apresentou uma situação também comum a grande parte delas na relação com seus filhos, o comportamento de birra quando são contrariados.

Na cena demonstraram sentimentos de raiva, impaciência e vergonha durante a vivência da situação.

Relataram que existe um grande desejo de brigar com a criança e até de bater nela, entretanto para enfrentar a situação escolheram a indiferença, afastaram-se da criança e não deram atenção para a “situação” criada por ela, mas comentaram o quanto é difícil fazer isso e que muitas vezes cedem ao desejo da criança, para não enfrentarem os olhares e comentários das pessoas.

Nesta situação também puderam se apoiar e acolher intensamente, pois é uma cena muito comum às mães.

As cenas se desenvolveram de forma mais fluida, entram e saem dos papéis, identificam suas angústias e buscam soluções, arriscam atitudes.

Percebemos que deixaram a etapa de *roletaking* do papel de mãe, onde há a aceitação de um papel com características prescritas e prontas, toma-se o papel sem a possibilidade de um exercício espontâneo - criativo do mesmo, uma repetição do que foi visto ou vivido anteriormente, para explorar o *roleplaying* do papel de mãe, quando conseguem “jogar” com o papel, interpretar o papel com maior liberdade, considerando uma interação papel – contra papel. (MORENO, 1992), se apropriaram de seus sentimentos e agora atentam para suas ações, para os enfrentamentos e para seu empoderamento do papel de mãe. É esperado que alcancem o *rolecreating* deste papel,

para o exercerem com alto grau de liberdade para criar ao desempenhar o papel, com mais iniciativa e assim maior saúde na relação mãe e filho.

## **Nono Encontro**

### **Suporte Social, Familiar e Clima Emocional**

O objetivo do nono encontro foi propiciar a reflexão sobre suas relações sociais e familiares, e identificar o clima emocional que permeia essas relações. Estavam presentes oito participantes.

O grupo foi convidado a fechar os olhos, relaxar e assistir um filme (em sua mente) de seu dia anterior, depois de sua semana e em seguida de suas vivências durante o mês, focando as relações sociais e familiares vividas nestes períodos.

Deste filme, as mães escolheram uma situação que julgaram ser a mais marcante neste período, e registraram mentalmente a cena. Todas apresentaram ao grupo suas imagens (BERMUDEZ, 1980; FLEURY; KHOURI; HUG, 2008), que construíram utilizando as próprias integrantes do grupo (ego auxiliar natural).

As imagens revelaram as seguintes temáticas e sentimentos:

- a) “Almoço de aniversário de minha irmã” (A)  
Sentimento: alegria.
- b) “Discussão com o marido” (MI)  
Sentimento: raiva.
- c) “Ligação telefônica para a mãe biológica” (M)  
Sentimento: raiva, mágoa, abandono.
- d) “Churrasco na chácara” (E)

Sentimento: solidão, abandono.

e) “Cuidar do pai” (S)

Sentimento: sobrecarga, cansaço.

f) “Briga com o filho mais velho (adulto), por causa do caçula” (MC)

Sentimento: raiva, tristeza.

As imagens foram trabalhadas com as técnicas de solilóquio, duplo e espelho; a fim de possibilitar às participantes perceberem os sentimentos descritos, e também a maneira como lidam com estes nas situações cotidianas.

A maior parte das participantes demonstrou pouca clareza com relação aos seus sentimentos, todavia conseguiram perceber que apesar de não os identificarem nestas situações agem sob a influência deles, ou seja, perceberam que mesmo sem terem clareza de sua raiva, mágoa, dos sentimentos de abandono, cansaço e de sobrecarga que foram clarificados neste encontro, tendem a agir com hostilidade nas situações descritas.

Comentaram o quão difícil é identificar e lidar com estes sentimentos de outra maneira, pois acreditam que o outro não é sensível as suas necessidades.

Além disso, no compartilhar foi discutida também a dificuldade que apresentam para perceber o que despertam nas pessoas com quem se relacionam quando agem de maneira hostil, gerando um clima emocional desfavorável para a obtenção de suporte social e / ou familiar.

Vale ressaltar que nesta sessão o sociodrama tematizado foi focado em outros papéis sociais, trouxeram conflitos no papel de esposa, filha, irmã e uma das participantes no papel de mãe, em muitos momentos podemos percebê-las na etapa de *roletaking* destes papéis, na dramatização demonstraram dificuldades na percepção de como se sentem nestas relações, e principalmente como interagem, revelaram ainda baixa espontaneidade nestes papéis e dificuldade para se colocarem no lugar do outro. O que revela um desempenho destes papéis com características da primeira fase da matriz

de identidade denominada por Moreno como Identidade do EU ou fase do duplo (MORENO, 1993).

Esta etapa de desenvolvimento é caracterizada principalmente pela falta de clareza dos sentimentos e pensamentos, pela possibilidade de mistura de vivências da realidade com as vivências de mundo interno (fantasias). Tal qual ocorre nas primeiras experiências da matriz de identidade vivida pela criança, o indivíduo vivencia um caos na relação, com dificuldades na percepção de suas emoções, de suas escolhas e de sua interação social (MORENO, 1975).

## **Décimo Encontro**

### **Ansiedade, Depressão e Estresse**

O objetivo desta sessão foi a partir do jogo (Jogral) estimular as participantes a identificarem situações cotidianas que tendem a ser repetitivas e geradoras de desconforto e como elas lidam com essas situações, além de exercitarem novas formas de agir. Estavam presentes cinco mães neste encontro.

As participantes revelaram que a maior parte das situações causadoras de desconforto relaciona-se com:

- ✓ Enfrentamento de situações novas,
- ✓ Acúmulo e sobrecarga de atividades,
- ✓ Ser contrariada, criticada
- ✓ Enfrentamento de pressão,
- ✓ Lidar com situações nas quais o filho é provocado.
- ✓ Dificuldades financeiras

Nas duas últimas sessões foi possível notar que na descrição das situações estressoras vivenciadas pelas mães nota-se a influência de outros fatores não relativos

ao papel parental na saúde mental destes. A importância de intervir nestes fatores é abordada por alguns autores que evidenciam a necessidade de intervenções mais amplas, como dificuldades no trabalho, conjugais, financeiras, entre outras, pois o estresse dos pais gerado pela dificuldade de enfrentamento destas situações pode levar ao uso de práticas parentais coercitivas e/ou negligentes com os filhos (COELHO & MURTA, 2007; BOLSONI-SILVA & MARTURANO, 2002).

As mães demonstraram ainda que na maioria das vezes que se encontram nestas situações a primeira atitude é de refúgio, afastando-se do agente estressor/ansiógeno, ou tendem a atitudes impulsivas e explosivas.

- Sair para fumar,
- Sair para tomar café, comer chocolate,
- Sair e realizar alguma atividade,
- Sair para dar uma volta, meditar, pensar,
- Chorar
- Calar-se
- Gritar, brigar, falar tudo que vem a cabeça,
- Falar muito, sem parar

A partir destes temas e atitudes foram representadas algumas vinhetas no contexto psicodramático visando o exercício de novas atitudes frente às situações (resgate da espontaneidade), e algumas intervenções técnicas como solilóquio, espelho e inversão de papéis foram utilizadas.

O grupo apresentou certa dificuldade para responder de formas diferentes frente às situações geradoras de desconforto, entretanto apresentaram reflexões sobre suas atitudes impulsivas, levantando a necessidade de se colocar no lugar do outro em algumas ocasiões.

Comentaram que em alguns momentos é importante afastar-se da situação a fim de ter uma visão melhor da mesma. Além disso, conseguiram perceber que algumas

vezes buscar ajuda para o enfrentamento das situações podem levar a melhores resultados.

Ao final, uma das participantes comentou que apesar de ser muito difícil, refletir e enfrentar as situações pode ser benéfico, pois percebeu que nas situações (vinhetas) enfrentadas por elas o desgaste tendeu a ser menor.

É interessante perceber que apesar de apresentarem dificuldades frente às situações, algumas vezes é possível notar questionamentos, mudanças na postura, na forma como se veem nas relações.

É possível perceber uma evolução na proposta de relação das participantes do grupo, identificam seus sentimentos e ficam atentas às suas ações nas relações, características pertinentes à fase do reconhecimento do EU, segunda fase da matriz de identidade, segundo Moreno (1975).

A técnica do duplo não foi mais necessária nesta sessão, pois na maior parte das vezes as participantes demonstraram identificar seus sentimentos e conseguir expressar seus desejos, como mencionado o foco agora está na percepção de como interagem e se inter-relacionam, o que remete a fase do espelho de acordo com Moreno (1993).

## **Décimo Primeiro Encontro**

### **QUALIDADE DE VIDA**

A atividade realizada teve como objetivo levar as participantes a identificarem suas necessidades, (o que julgam importante para suas vidas) considerando os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente conforme quadro 7, além disso, perceberem o que têm e o que desejam, e promover uma atividade para que possam buscar adquirir esses itens de desejo. Participaram deste encontro sete mães.



Quadro 7. Identificação de necessidades, considerando os domínios do Whoqol – questionário de Qualidade de Vida.

<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Relações Sociais</b>	<b>Meio Ambiente</b>
Corpo Saudável	Saúde mental	Boas relações sociais	Satisfação com a casa onde mora
Conforto Corporal	Sentimentos positivos	Ter amigos	Satisfação como bairro onde mora
Sono Tranquilo	Pensamentos positivos	Ter apoio dos amigos nas situações difíceis	Atividades de lazer e descanso
Descanso	Boa memória	Boas relações familiares	Satisfação com os serviços de saúde
Boa energia para as atividades diárias	Condições de aprender o que deseja	Ter apoio da família nas situações difíceis	
Satisfação com o seu dia a dia	Autoestima	Satisfação sexual	
Saúde física	Satisfação com sua aparência		
Disposição para o trabalho	Satisfação com seu corpo		

Dos itens apresentados às participantes, todos foram considerados necessários e separados entre o que Tenho / Quero.

A partir da apresentação que fizeram entre si puderam perceber que sentem falta de cerca de 50% dos itens descritos, sendo que a maior parte das necessidades que sentem falta encontra-se no domínio psicológico, seguido pelo domínio físico.

Entretanto a maior dificuldade vivenciada pelas participantes foi na realização das trocas para tentar conquistar aquilo que queriam, porque na maior parte das vezes não conseguiram encontrar em si nada para oferecer em troca. Com exceção de uma delas, todas alegavam não ter nada.

Ao serem inqueridas sobre o que poderiam fazer para obter aquilo que queriam, também revelaram muita dificuldade, e na maioria das vezes atribuíam a ausência do que precisavam a questões externas, não percebendo-se em condições para alcançar seus desejos.

É proposto que juntas busquem encontrar uma forma de realizar as trocas necessárias para a obtenção do que querem muito. Cada uma deve eleger um quesito e todas juntas deveriam encontrar uma forma para que cada uma obtivesse o que elegeram.

A partir desta intervenção o grupo conseguiu realizar a atividade, as participantes encontraram umas nas outras, qualidades, que puderam ser usadas nas trocas para obtenção do desejo eleito. Com o transcorrer das sessões percebe-se que as participantes se apropriam mais intensamente do grupo como suporte social, depositando total confiança em seus pares.

Compartilharam os sentimentos de dificuldade para enfrentarem sozinhas os desafios do cotidiano, e como às vezes não conseguem identificar suas próprias forças e fraquezas, erros e acertos. Ressaltam a importância de poder contar umas com as outras. De acordo com Navarro e cols (1999) o continente grupal, a segurança e a aceitação entre os participantes, obtida através dos vínculos e do desenvolvimento das técnicas, tende a fazer com que os membros do grupo sintam-se capazes de enfrentar as situações e outros grupos sociais que não proporcionam tal continência.

## **Décimo Segundo Encontro**

### **Avaliação do Processo Grupal**

#### **Preparação para encerramento / desligamento do grupo.**

O objetivo deste encontro foi a realização do desligamento do grupo e de uma avaliação qualitativa do processo realizado. Estiveram presentes oito participantes.

Com um pouco de ajuda da diretora o grupo reconstruiu todo processo desenvolvido concretizando as sessões através de objetos pessoais escolhidos pelas participantes que foram distribuídos pela sala, com uma filipeta indicando o número do encontro e o tema em foco.

Enquanto a reconstrução era feita muitas vivências foram lembradas e compartilhadas entre o grupo, preparando-as para a próxima etapa, na qual as participantes escreveram para o grupo pequenas frases e / ou palavras que sintetizassem as experiências no grupo.

Durante a escrita do texto o grupo apresentou-se bastante concentrado, e externou alguns comentários:

...

- ✓ *“é difícil transformar em palavras o que vivemos aqui”*
- ✓ *“escrever algo para este grupo exige muito carinho”*
- ✓ *“foram momentos muito difíceis e valiosos”*
- ✓ *“é bom estar aqui”*
- ✓ *“acho que este grupo sabe mais de mim do que minha família”*
- ✓ *“espero que consigamos continuar o ano que vem”*

Ao terminarem os textos foi solicitado que cada uma sintetizasse em uma palavra o que estavam sentindo e compartilhassem com o grupo.

As palavras foram:

- ✓ *“satisfação”*
- ✓ *“já sinto saudades”*
- ✓ *“possibilidade de trocar ideias”*
- ✓ *“igualdade”*
- ✓ *“uma família”*
- ✓ *“apoio”*
- ✓ *“compreensão”*
- ✓ *“dar e receber – troca”*
- ✓ *“aprendizado”*

Foi solicitado que cada uma reescrevesse o texto dividindo-o em oito partes, e que escolhessem uma para si e apresentassem cada companheira do grupo com uma das partes do texto. A troca de frases do texto foi vivida pelas participantes como um

momento de troca de presentes, ao entregar e receber as frases trocavam também fortes abraços e algumas palavras entre elas.

Com as partes recebidas, cada participante montou um novo texto, sem excluir, nem incluir nada (através de uma colagem das partes). O novo texto construído, após ser lido, foi guardado por todas como um presente ganho do grupo, algumas inclusive verbalizaram isso.

Na etapa final do encontro compartilharam muitos sentimentos vivenciados no transcorrer das sessões, mencionaram que alguns momentos foram difíceis de vivenciar, relembrou situações que não conseguiram enfrentar, e também momentos gratificantes, de otimismo e crença em novas possibilidades.

Mencionaram sentirem-se mais fortes do que antes principalmente por perceberem que existem pessoas com quem podem compartilhar suas dificuldades e serem entendidas. Percebe-se através destas falas a construção de relações mais sólidas entre elas, sensação de pertencimento e confiança, concretizando a configuração de um grupo de suporte social para as integrantes.

Ao encerrar o grupo, espontaneamente se abraçaram de maneira coletiva.

A diretora entregou a cada participante uma cópia do Guia de Suporte Familiar, Treino de Práticas Parentais e Habilidades Sociais para pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams desenvolvido pela autora em 2014 (ANEXO II) e explicou que as atividades que constam no guia são uma síntese do que realizamos em nossos encontros e que poderia ajudá-las a se orientar quando sentissem necessidade.

A última sessão de sociodrama tematizado foi elaborada visando integrar as construções realizadas e o empoderamento das participantes através da concretização do que elas estavam levando da experiência grupal para o mundo, de acordo com o sugerido por Fleury (2008) ao abordar a intervenção grupal socioeducativa de tempo limitado.

De modo geral o plano de ação elaborado para a etapa de intervenção aconteceu conforme planejado com algumas pequenas adaptações necessárias ao grupo.

### **Questionário de satisfação do processo**

O questionário de satisfação do processo foi aplicado na terceira etapa do projeto juntamente com a avaliação pós-intervenção e as respostas foram categorizadas de acordo com as semelhanças em seu conteúdo.

O Processo Grupal foi avaliado pelo grupo como:

- Muito produtivo
- Evolução
- Espaço de troca de experiências
- Lugar de acolhimento e apoio
- Espaço para receber e dar carinho e força

Os pontos positivos destacados pelo grupo foram:

- Conhecer mais profundamente algumas mães
- Identificar as angústias e alegrias do papel de mãe
- Troca de experiências e de ideias entre as mães
- Falar sobre nossas mães e nossos filhos
- Encontrar pessoas com as mesmas dificuldades
- Aprender a lidar com situações difíceis
- Aprender a lidar com as emoções

Os pontos a serem melhorados elencados pelo grupo foram:

- Cobrança de frequência das participantes para uma continuidade dos trabalhos mais eficaz
- Necessidade de maior número de mães

- Presença de pais
- Continuidade do grupo

A partir das sugestões com relação aos pontos a serem melhorados foi conversado com a responsável pela instituição se haveria possibilidade de darmos continuidade as sessões de grupos de mães/pais mensalmente. A sugestão foi aprovada, e o grupo voltará a acontecer a partir de abril/2016, abrindo a possibilidade para a inclusão de outros pais interessados.

### **5.3. Comparação dos Resultados das Avaliações Pré e Pós-intervenção**

A seguir serão apresentados os resultados dos indicadores de ansiedade, depressão, estresse, da percepção de suporte familiar, práticas parentais, habilidades sociais e qualidade de vida da avaliação pós-intervenção realizada com os pais na terceira etapa deste estudo comparando-os com os resultados dos mesmos indicadores, obtidos na avaliação pré-intervenção. Como descrito anteriormente participaram desta etapa da avaliação os pais que integraram o grupo durante as três etapas deste estudo

O gráfico 10 demonstra os resultados da avaliação pós-intervenção dos indicadores de ansiedade (BAI) do grupo de pais, 50% (n = 4) dos pais avaliados indicaram nível mínimo, 25% (n = 2) nível leve e também 25% (n = 2) nível moderado, nenhum dos participantes indicou nível grave de ansiedade na avaliação pós-intervenção. Ainda neste gráfico podemos comparar os níveis de ansiedade do grupo de pais pré e pós-intervenção. Percebemos um aumento dos participantes que indicaram níveis mínimo e leve de ansiedade, e a diminuição dos participantes que demonstraram níveis moderado e grave deste aspecto da saúde mental.

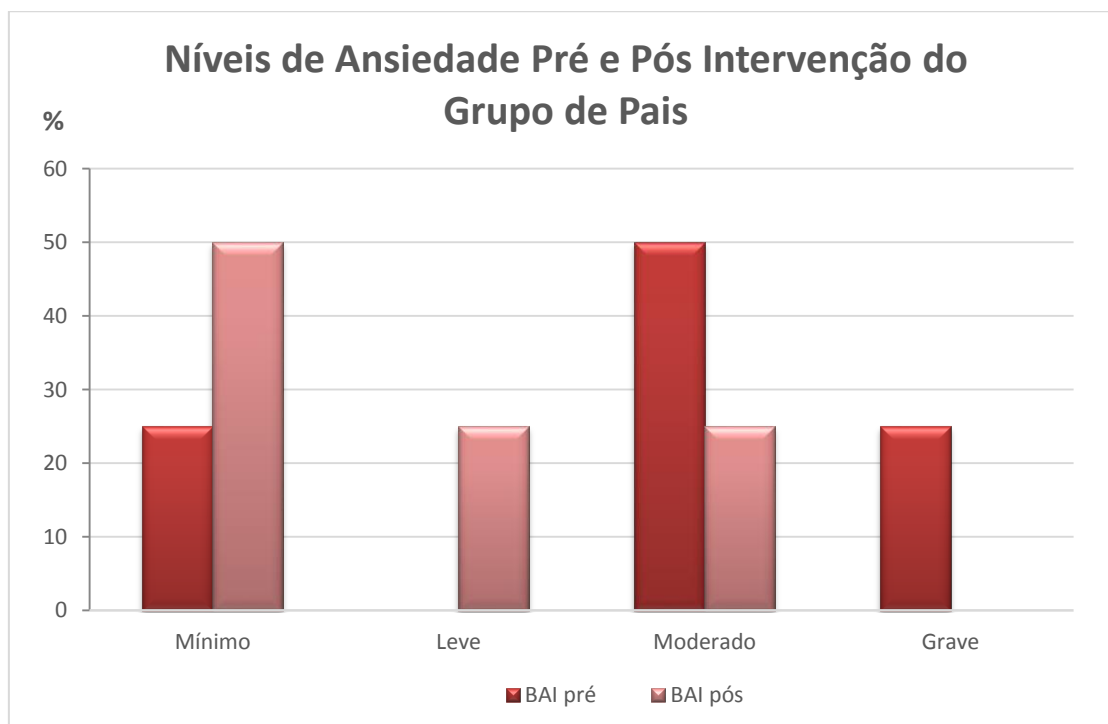


Gráfico 10. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o inventário de ansiedade (BAI).

Os resultados da avaliação pós intervenção dos indicadores de depressão (BDI) do grupo de pais estão apresentados no gráfico 11, 62,5% (n = 5) dos pais avaliados indicaram nível mínimo, 25% (n = 2) nível leve e apenas 12,5% (n = 1) nível moderado, nenhum participante indicou nível grave de depressão na avaliação pós intervenção. Ainda neste gráfico podemos comparar os níveis de depressão do grupo de pais pré e pós intervenção. Percebemos um acentuado aumento dos participantes que indicaram níveis mínimo de depressão, o nível leve de indicadores de depressão manteve-se com a mesma porcentagem, entretanto vale ressaltar que não são os mesmos pais que se mantiveram neste nível, mas sim pais que na avaliação pré intervenção alcançaram nível moderado de depressão e na avaliação pós intervenção obtiveram nível leve, estes dados estão melhor identificados no quadro 7 que apresenta os resultados comparativos pré e pós intervenção por participante. Notamos ainda no gráfico 11 a diminuição dos participantes que demonstraram níveis moderado e grave deste aspecto.

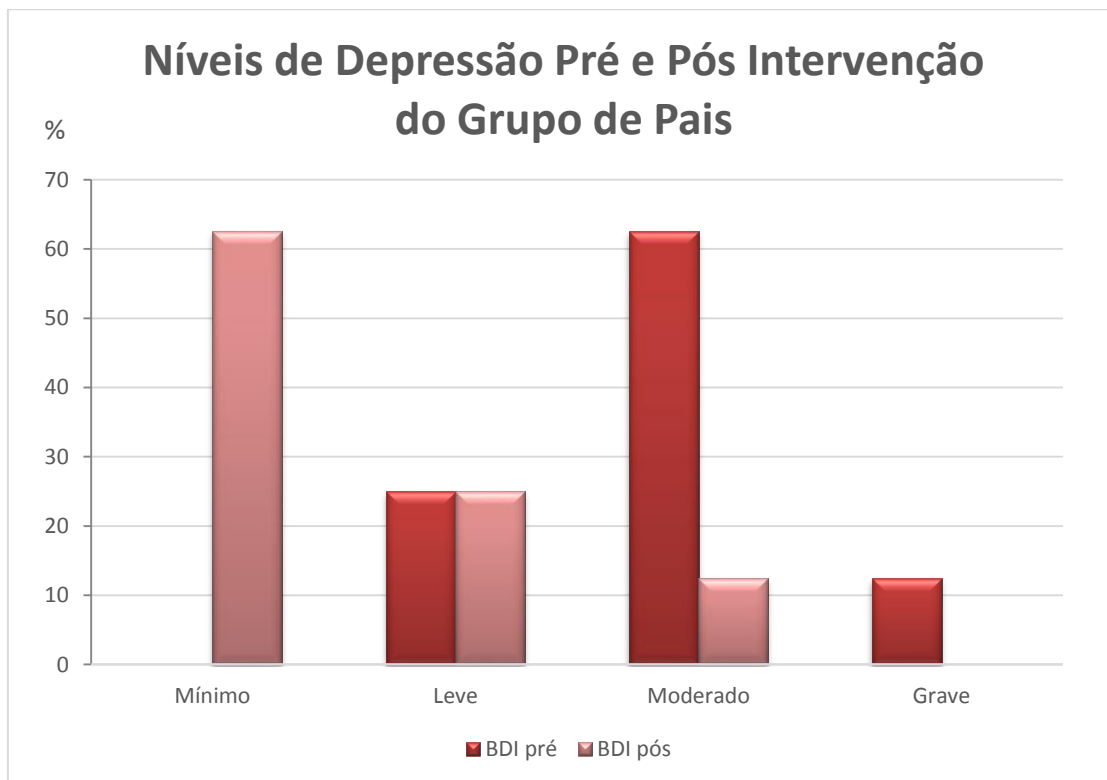


Gráfico 11. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o inventário de depressão (BDI).

O gráfico 12 apresenta os resultados da avaliação pós intervenção do grupo de pais para os indicadores de estresse, 12,5% (n = 1) dos pais avaliados revelaram a presença de estresse na fase de resistência com vulnerabilidade nos aspectos psicológicos; e também 12,5% (n = 1) apresentaram indicadores de estresse na fase de resistência, todavia com vulnerabilidade nos aspectos físicos e 75% (n = 6) dos participantes não indicaram a presença de estresse nesta avaliação. Através do gráfico 12 também podemos evidenciar a comparação dos resultados da avaliação pré e pós intervenção. Notamos uma redução de 50% (n = 4) para 12,5% (n = 1) dos avaliados que indicaram a presença de estresse na fase de resistência com vulnerabilidade psicológica e um aumento de 37,5% (n = 3) para 75% (n = 6) dos pais que não demonstraram indicadores de estresse.



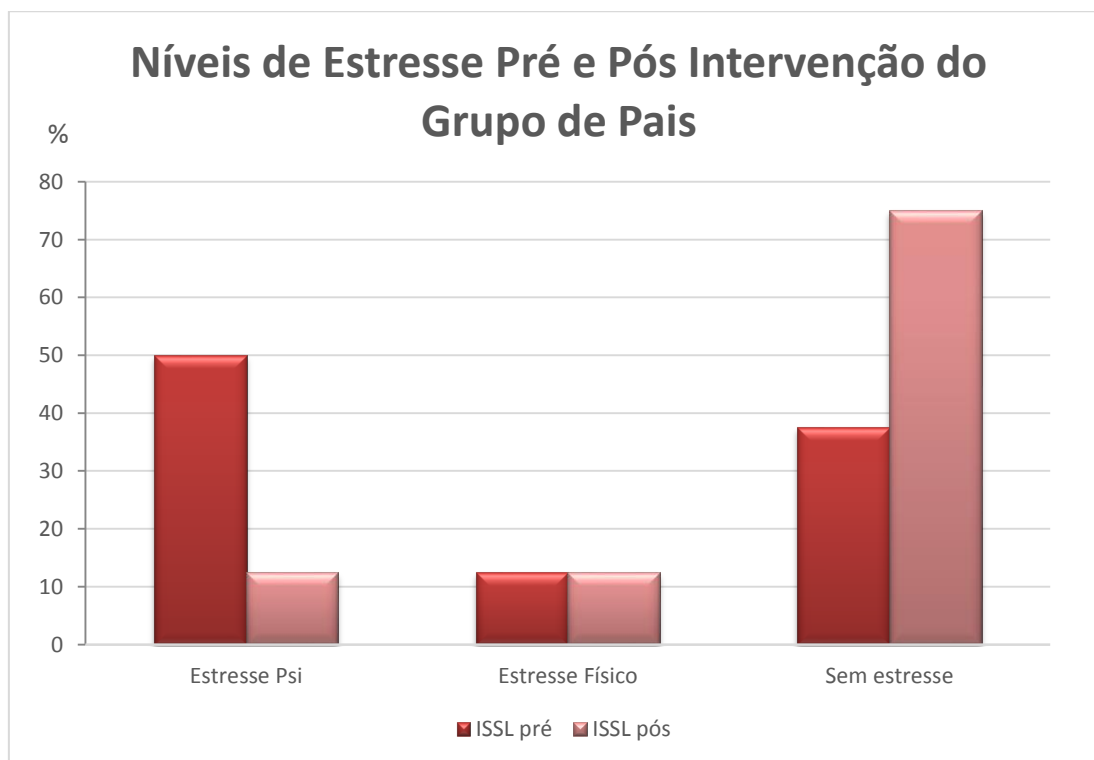


Gráfico 12. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos – ISSL.

O quadro 8 demonstra a comparação individual dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção dos pais para os indicadores de ansiedade (BAI), depressão (BDI) e estresse (ISSL). Foram evidenciados no quadro 8 todos os indicadores que apresentaram redução. Pode-se perceber uma redução dos indicadores de ansiedade dos participantes 12, 13, 14, 15 e 16; os indicadores de depressão apresentaram redução em todos os participantes que integraram o grupo de intervenção e nota-se uma redução também dos níveis de estresse dos participantes 9, 13 e 14 e uma modificação no foco de vulnerabilidade de estresse psicológicos para físicos da participante 10.

Estudos demonstram a presença de ansiedade em pais de crianças e jovens com deficiência intelectual (MAJUMDAR, PEREIRA E FERNANDES, 2005; CHERUBINI, BOSA E BANDEIRA, 2008; MARTIN, 2011). Como visto no quadro teórico de acordo com Moreno (1992) a ausência de espontaneidade propicia o aparecimento da ansiedade, e a espontaneidade tende a diminuir em função do aumento da ansiedade, em contra partida se a espontaneidade cresce a ansiedade diminui. A partir dos gráficos 10, 11 e 12 e do quadro 8 que comparam os resultados das avaliações pré e pós intervenção dos indicadores de ansiedade, depressão e estresse podemos

perceber a diminuição destes indicadores em grande parte dos participantes. Além disso, podemos verificar nas análises qualitativas do programa de intervenção sociodramático, uma evolução na forma das participantes desempenharem seus papéis sociais, bem como na maneira de responderem aos desafios dramáticos vivenciados, com atitudes mais espontâneas e criativas. Assim podemos verificar que o surgimento de respostas mais espontâneas e criativas vêm ao encontro de uma diminuição dos indicadores de saúde mental das participantes.

Quadro 8. Comparação individual dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção dos pais para os inventários de Ansiedade (BAI), Depressão (BDI) e Estresse (ISSL).

PART.	ANSIEDADE – BAI		DEPRESSÃO – BDI		ISSL – ESTRESSE	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
9	Mínimo	Mínimo	Leve	Mínimo	Estresse – resist. Físicos	Sem estresse
10	Moderada	Moderada	Moderado	Leve	Estresse - resist. Psicológicos	Estresse – resist. Físicos
11	Mínimo	Mínimo	Leve	Mínimo	Sem estresse	Sem estresse
12	Moderada	Leve	Moderado	Leve	Sem estresse	Sem estresse
13	Moderada	Mínimo	Moderado	Mínimo	Estresse - resist. Psicológicos	Sem estresse
14	Grave	Leve	Moderado	Mínimo	Estresse - resist. Psicológicos	Sem estresse
15	Grave	Moderada	Grave	Moderada	Estresse - resist. Psicológicos	Estresse - resist. Psicológicos
16	Moderada	Mínimo	Moderado	Mínimo	Sem estresse	Sem estresse

O gráfico 13 apresenta os resultados da avaliação pós-intervenção dos pais referindo-se a maneira como percebem o suporte familiar que recebem, nota-se que 25% (n = 2) dos pais avaliados percebem como baixo o suporte que recebem, e 12,5% (n = 1) percebem como médio baixo, enquanto 25% (n = 2) dos pais que participaram da intervenção tem uma percepção médio alta e 37,5% (n = 3) uma percepção alta do suporte recebido de seus familiares. Com as informações do gráfico 13 podemos ainda comparar a percepção do suporte familiar dos pais antes e após a intervenção sociodramática, notamos uma diminuição dos participantes que percebiam seu suporte como baixo e médio baixo e um aumento dos pais que percebiam o suporte familiar como alto e médio alto.

Podemos elencar algumas reflexões sobre o que levou a melhora na percepção dos pais sobre o suporte familiar que recebem. Durante o trabalho sociodramático as mães vivenciaram uma série de atividades que promoveram uma melhora na forma como elas se percebem, bem como no desenvolvimento de suas inter-relações. Além disso, o próprio grupo se constituiu como um espaço para suporte social, o que pode ter diminuído a necessidade anterior (na avaliação pré- intervenção).

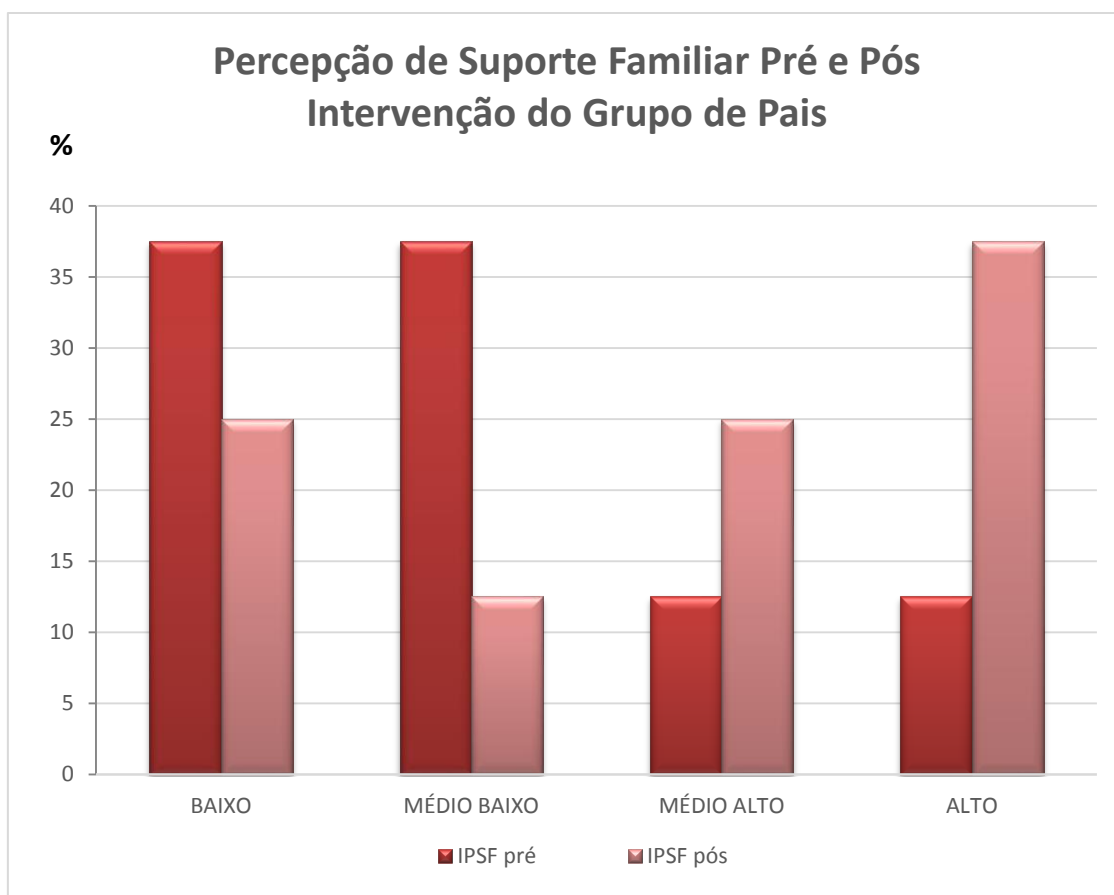


Gráfico 13. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o IPSF total – Inventário de Percepção de Suporte Familiar

Demonstramos no gráfico 14 os resultados da avaliação pós-intervenção do IEP – Inventário de Estilos Parentais observamos que 25% (n = 2) apresentaram comportamentos de risco, 12,5% (n = 1) ficaram abaixo da média, enquanto 37,5% (n = 3) demonstraram estar acima da média e 25% (n = 2) revelaram um ótimo estilo parental. Ao comparar os resultados das avaliações pré e pós intervenção também apresentados no gráfico 14 notamos que houve uma diminuição nos índices de risco e

abaixo da média nas práticas parentais realizadas e um aumento dos índices acima da média e ótimo nas práticas parentais dos pais que participaram do grupo, acreditamos que as intervenções grupais tenham relação com resultados., pois foi possível perceber nas atividades realizadas o desenvolvimento do papel social de mãe conforme apontado nas descrições destas sessões,

Durante o terceiro, sexto e oitavo encontros da intervenção sociodramática o tema foi práticas parentais e habilidades sociais, em função de um encaminhamento do grupo as práticas parentais ficaram sempre em maior evidência, e na maioria das vezes as dificuldades e conflitos foram trabalhados através do *roleplaying*, que consiste num recurso técnico vivenciado no contexto dramático, e tem por objetivo desenvolver a espontaneidade – criatividade de um papel (MORENO, 1992). É segundo Ramalho (2008) muito indicado para o desenvolvimento de papéis que envolvam relações de resistência, impossibilidade ou cerceamento, propiciando a compreensão das tensões e ansiedades das relações. A utilização do *roleplaying* visa além do resgate da espontaneidade e criatividade, promover a percepção clara e ampla das dificuldades que o protagonista apresenta no desempenho do papel em foco. A plateia observa e em seguida compartilha seus sentimentos e sua percepção da dramatização realizada com o protagonista e egos-auxiliares (RAMALHO, 2008).

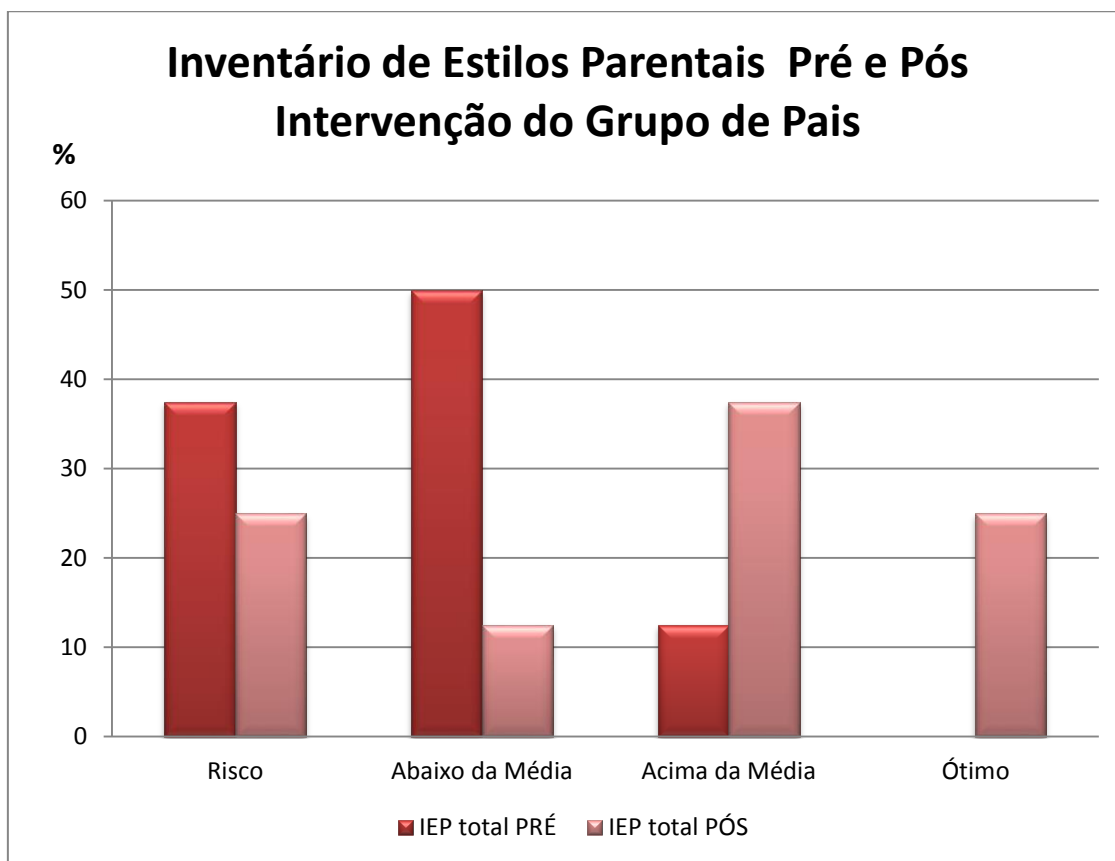


Gráfico 14. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o IEP total – Inventário de Estilos Parentais.

O gráfico 15 apresenta os resultados da avaliação pós-intervenção do IHS – Inventário de habilidades sociais, notamos que 50% das mães avaliadas apresentaram um bom desempenho em suas habilidades sociais, sendo que 25% ( $n = 2$ ) delas revelaram-se acima da média e também 25% ( $n = 2$ ) demonstraram um repertório de habilidades sociais bastante elaborado. Percebemos também que 50% delas revela necessidades de cuidados no que diz respeito as suas habilidades sociais, sendo que 12,5% ( $n = 1$ ) apresentou-se abaixo da média e 37,5% ( $n = 3$ ) das mães indicaram ainda necessidade de treinamento para o desenvolvimento de melhores habilidades sociais. Ao compararmos os resultados do inventário de habilidades sociais pré e pós-intervenção, notamos a manutenção das mães que demonstraram repertório bem elaborado de habilidades para interagir socialmente, um leve aumento das mães que se classificaram acima da média, e uma diminuição das mães que foram indicadas para treinamento de habilidades sociais.

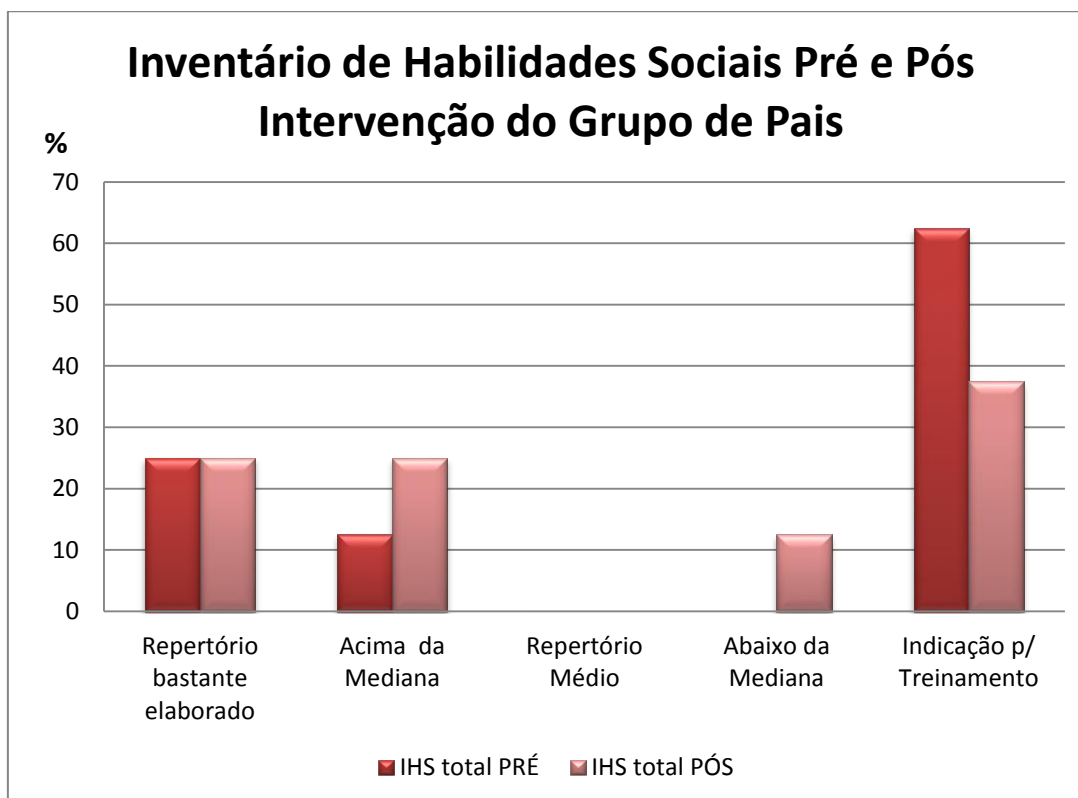


Gráfico 15. Comparação dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção do grupo de pais para o IHS total – Inventário de Habilidades Sociais.

O quadro 9 apresenta uma comparação dos resultados da avaliação dos pais pré e pós intervenção dos aspectos relacionais. Os participantes do grupo que demonstraram melhora em seus indicadores estão destacados na cor vermelha. Percebemos que as participantes 9, 13, 14, 15 e 16 revelaram melhora na percepção do suporte familiar que recebem.

No que diz respeito as práticas parentais, notamos um aumento nos indicadores de seis das oito mães que frequentaram os sociodramas tematizados, podemos dizer que as participantes 09, 11, 13, 14, 15 e 16 apresentaram certo desenvolvimento no papel de mãe, passando do *roletaking* para o *roleplaying* (MORENO, 1992) melhorando o desempenho desta relação, estes aspectos também foram apontados na análise qualitativa das sessões sociodramática e na análise do gráfico 14

Com relação às habilidades sociais, ou ao desempenho de papéis sociais de um modo geral percebemos que as participantes 13 e 15 evidenciaram um aumento em seus indicadores, e as participantes 9, 11 e 12 mantiveram bons indicadores de habilidades

sociais, entretanto as participantes e 10, 14 e 16 continuaram apresentando dificuldades no desempenho de papéis sociais. Este aspecto também foi identificado nas análises das sessões de sociodrama tematizado, entretanto é importante destacar que com o apoio do grupo (suporte social) as participantes conseguiram lidar com as situações vivenciadas dramaticamente.

Quadro 9. Comparação individual dos resultados da avaliação pré e pós-intervenção dos pais para os inventários de Percepção de suporte familiar (IPSF), Estilos Parentais (IEP) e Habilidades Sociais (IHS).

PART.	IPSF		IEP		IHS	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
9	Médio-Baixo	Alto	Acima da Média	Ótimo	Repert. Elaborado	Repert. Elaborado
10	Baixo	Baixo	Risco	Risco	Treinamento	Treinamento
11	Alto	Alto	Abaixo da Média	Acima da Média	Repert. Elaborado	Repert. Elaborado
12	Baixo	Baixo	Abaixo da Média	Risco	Acima da Média	Acima da Média
13	Baixo	Médio-Baixo	Abaixo da Média	Ótimo	Treinamento	Abaixo da Média
14	Médio-Alto	Alto	Abaixo da Média	Acima da Média	Treinamento	Treinamento
15	Médio-Baixo	Médio-Alto	Risco	Abaixo da Média	Treinamento	Acima da Média
16	Médio-Baixo	Médio-Alto	Risco	Acima da Média	Treinamento	Treinamento

Os resultados do grupo em sua avaliação pós-intervenção para qualidade de vida encontram-se no gráfico 16. Observa-se que para o domínio físico o grupo de mães que participou deste estudo demonstrou um nível de satisfação de 68,30%, para o domínio psicológico 66,67%, para as relações sociais 59,38%, com relação ao ambiente onde mora 58,39%. Para o nível total de qualidade de vida o grupo revelou um nível de satisfação de 63,46%. Ao compararmos os níveis de satisfação pré e pós intervenção que também podem ser observados no gráfico 16, percebemos um aumento de satisfação em todos os domínios do *whoqol-bref*, inclusive para o índice de qualidade de vida total.

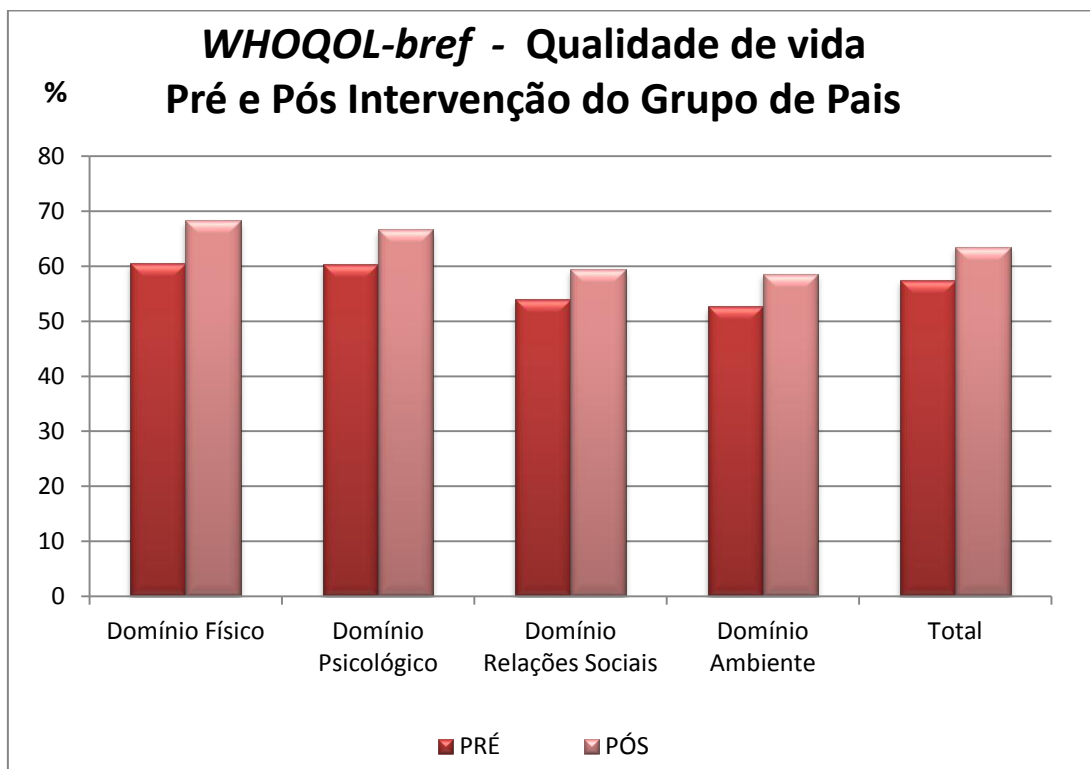


Gráfico 16. : Comparação da avaliação pré e pós-intervenção da qualidade de vida total e dos quatro domínios do *Whoqol-bref* : Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente

Após o desenvolvimento das três etapas deste estudo vale sintetizar alguns pontos relevantes do processo de intervenção e de seus resultados.

Inicialmente podemos perceber nas mães uma intensa dificuldade para identificarem seus sentimentos e desejos nas situações e conflitos vivenciados, como é esperado na primeira fase do desenvolvimento da matriz de identidade – Identidade do EU, que foram trabalhadas principalmente com a técnica do duplo no transcorrer das sessões. Nota-se que a técnica do duplo deixa de ser necessária a partir do décimo encontro quando as mães demonstram clareza de seus sentimentos e passam a ficar mais atentas às suas interações sociais e suas ações nas relações.

Frente às dificuldades das mães quanto à percepção de suas ações e expressões de seus sentimentos, que ficaram evidentes, sobretudo no quinto encontro, a técnica do espelho foi a principal forma de intervenção.



Podemos ainda perceber uma forma pouco flexível para desempenhar papéis e em consequência para lidar com as situações, e também dificuldades para encontrarem novas maneiras de enfrentar as dificuldades e conflitos, denotando condutas conservadas, ou seja, uma baixa manifestação da espontaneidade e criatividade. Os fenômenos de empatia e tele também não estavam presentes na maior parte das relações vivenciadas dramaticamente.

As intervenções escolhidas pela diretora nas dramatizações visavam ampliar os sentidos, confrontando novas e variadas possibilidades (AGUIAR, 2005), além de propiciar uma transformação social que pode ser através do alívio da dor, de uma maior compreensão da realidade, da expressão de sentimentos contidos, do confronto a partir de uma ampliação da consciência crítica (NERY & CONCEIÇÃO, 2012) a fim de se libertarem dos emperramentos e conseguirem resgatar sua espontaneidade e criatividade.

Ao acompanhar as sessões de sociodrama tematizados e suas respectivas discussões podemos identificar alguns pontos relevantes que transparecem nos resultados das avaliações pós-intervenção dos aspectos relacionais das mães. A partir do sétimo encontro nota-se o movimento do grupo em busca de novas formas de lidar com as situações, o que nos aponta para alguns indícios de resgate da espontaneidade – criatividade (MORENO, 1972, 2008), e do desenvolvimento de relações empáticas, que ficaram um pouco mais presentes na décima sessão.

No oitavo encontro percebemos um avanço no desenvolvimento do papel social de mãe, deixando a fase do *roletaking* e iniciando o *roleplaying* (MORENO, 1992), é possível ainda perceber a partir do décimo encontro o desenvolvimento de outros papéis sociais, entretanto ainda com o suporte social construído no grupo que oferece segurança e gera sentimentos de capacidade para enfrentar novas situações, conforme descreve Navarro (1999).

O grupo se constituiu num suporte importante para as mães, contribuindo para o desenvolvimento de formas mais espontâneas de ser e estar no cotidiano, no estabelecimento de relações mais empáticas, melhorando os vínculos estabelecidos com

os filhos, bem como em outras relações sociais (papéis sociais), o que por sua vez impactou nos resultados dos indicadores de saúde emocional e relacional das participantes, melhorando-os em sua maioria, pois conforme discutido anteriormente o resgate da espontaneidade e a capacidade de desenvolver relações empáticas melhoram aspectos da saúde emocional e relacional dos indivíduos, corroborando os resultados das avaliações pós intervenção.

## 6. CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou a identificação de um panorama dos aspectos relacionais e da saúde mental de pais de pessoas (crianças, adolescentes e adultos) com deficiência intelectual (DI).

Verificamos que eles apresentaram indicadores de saúde mental que apontam com alta frequência para sinais de estresse, ansiedade e depressão. Percebemos também a superposição de sintomas, ou seja, todas as mães avaliadas que apresentaram alto índice em um dos indicadores, também os apresentavam altos em outro indicador (ansiedade e depressão), sendo que a maioria demonstrou comprometimento nos três indicadores avaliados.

A avaliação dos indicadores relacionais revelou que mais da metade das mães avaliadas demonstrou percepção de suporte familiar médio baixa e baixa, sendo que o fator adaptação familiar que se refere a sentimentos e comportamentos negativos em relação a família e a percepção de competição entre os familiares foi o fator que apresentou maior comprometimento. A percepção de suporte familiar se revelou associada aos altos indicadores de ansiedade e/ou depressão dos pais.

Os resultados da avaliação pré-intervenção demonstraram que cerca de oitenta por cento das mães avaliadas apresentaram indicadores abaixo da média e comportamentos de risco em suas práticas parentais, e com relação as habilidades sociais cerca de cinquenta por cento das mães foram indicadas para treinamento.

Pudemos verificar também que indicadores relacionais como estilos parentais, habilidades sociais e percepção de suporte familiar nessa população, muitas vezes a expõe a maiores dificuldades no lidar diário com seu filho com DI.

Com a realização do programa sociodramático para suporte emocional e desenvolvimento de papéis sociais nesse grupo de mães, inicialmente houve o acolhimento e cuidado das necessidades trazidas pelo grupo. À medida que as sessões eram realizadas, criou-se um suporte para o fortalecimento e empoderamento das mães

na constituição do grupo, assim foi possível propiciar a construção de uma rede de suporte social entre as participantes.

As contribuições da constituição do grupo são expressas pelas falas das mães que se apresentam no decorrer das sessões e pela redução dos indicadores de ansiedade, depressão e estresse além da melhora dos indicadores de qualidade de vida, percepção de suporte familiar e habilidades sociais, verificados na avaliação pós-intervenção, em comparação aos da pré-intervenção.

Identificamos redução em todos os indicadores de saúde mental (ansiedade, depressão e estresse) e melhora nos indicadores de percepção de suporte familiar, possivelmente em função das intervenções sociodramáticas propiciarem uma melhora na auto percepção das mães, bem como no desenvolvimento de suas inter-relações, além disso, o próprio grupo constituiu-se como um espaço para suporte social.

Notamos evolução no desempenho dos papéis sociais durante o desenvolvimento dos sociodrama tematizados, percebidos através das atitudes e enfrentamentos dos desafios e conflitos vivenciados, com condutas um pouco mais espontâneas, criativas e empáticas.

Foi possível observar que setenta e cinco das mães que participaram da intervenção grupal melhoraram os resultados de suas práticas parentais e nos encontros demonstraram evolução no desempenho do papel de mãe, passando do *roletaking* para o *roleplaying*, demonstrando certo grau de liberdade em sua realização, com a proposta de explorar, experimentar e desenvolver o papel desempenhado.

Dos papéis sociais trabalhados nas sessões o papel de mãe foi o que apresentou melhor desenvolvimento. As participantes conseguiram identificar e se apropriar de seus sentimentos, refletir sobre sua postura nas inter-relações e irem à busca de resoluções para as dificuldades vivenciadas, compartilhando-as com o grupo. Entretanto diante de outros papéis revelaram sentimentos de insegurança para enfrentarem sozinhas, o cotidiano, com dificuldades para clarear suas forças e fragilidades, todavia

enxergam nos vínculos com o grupo e, no suporte oferecido por ele, as possibilidades de desenvolvimento pessoal, familiar e social.

Com relação ao desenvolvimento emocional das mães foi possível acompanhar a passagem da primeira fase do desenvolvimento - Identidade do EU, no qual elas inicialmente não conseguiam identificar seus desejos e sentimentos e no transcorrer dos encontros isso foi sendo clarificado permitindo que elas desenvolvessem condições de melhorarem sua auto percepção, e assim iniciarem seu desenvolvimento na segunda fase – Reconhecimento do EU, na qual demonstram condições de identificar suas ações, e também que estas têm efeitos sobre as pessoas com as quais se relacionam. A terceira fase do desenvolvimento – Reconhecimento do TU ainda encontra-se bastante frágil, pois exige que consigam se colocar no lugar do outro e perceber o mundo como tal, para isto faz-se necessário que a empatia e a tele encontrem-se desenvolvidas, o que ainda necessita ser trabalhado neste grupo, pois a empatia ocorre em algumas situações apenas.

Na relação grupal firmou-se um espaço para as mães interagirem e experimentarem novas formas de se posicionarem e realizarem uma revisão de suas referências sócio emocionais.

Os indicadores de qualidade de vida apresentaram melhora em todos os domínios, físico, psicológico, relacional e ambiental.

A partir destas percepções notamos a necessidade de suporte contínuo a grupos de familiares de crianças com DI, e que o tipo de intervenção grupal, como proposto por esse trabalho, é eficaz nesse cuidado. Verifica-se, também, o não esgotamento das ações e intervenções com o grupo e alguns pontos devem ser levados em consideração para a continuação das atividades desse trabalho: estabelecer um grupo onde os participantes possam contar continuamente, ampliar a participação de outros membros da família que compartilham o cuidar do filho, estimular a ampliação da autonomia dos participantes para incluir ações extra grupo.

## 7. REFERÊNCIAS

- AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. **Definition of Intellectual Disability**. Disponível em: [aidd.org](http://aidd.org) Acesso em: 10 nov 2015.
- ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2014. Disponível em: [file:///C:/Temp/01\\_cceb\\_2015.pdf](file:///C:/Temp/01_cceb_2015.pdf). Acesso em 06/10/2014.
- AGUIAR, M. **O Teatro Terapêutico Escritos Psicodramáticos**. Campinas, SP: Papyrus, 1990.
- AGUIAR, M. A cidadania nas histórias do psicodrama. **Revista Brasileira de Psicodrama**. São Paulo: Febrap. v. 13, n. 2, pp. 139-147, 2005.
- ALMEIDA, C.M.C. Segurança alimentar e sustentabilidade – Quem sobreviverá? In WECHSLER, M.P.F.; MONTEIRO, R.F. (orgs.) **Psicodrama em espaços públicos: Práticas e reflexões**. São Paulo: Ágora, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V**. Tradução: NASCIMENTO, M.I.C. et. al. Revisão técnica: CORDIOLI, A.V. et.al. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTONELL, A. *et al.* Williams syndrome: its clinical aspects and molecular bases. **Revista de Neurologia**, v.7, n.42, p.69-75, 2006. Supplement 1.
- BALLY, G. **El juego como expression de libertad**. México: Fondo de Cultura Economica. 4 ed. 1986.
- BAPTISTA, M. N. **Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF**: vol. 1. São Paulo: Vetor, 2009.
- BENETTI, S. P. C.; BALBINOTTI, M. A. A. Elaboração e estudo de propriedades psicométricas do Inventário de Práticas Parentais. **Revista Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 103-113, jul/dez. 2003.
- BENETTI, S. P. C., PIZETTA, A., SCHWARTZ, C. B., HASS, R. A., & MELO, V. L. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. **Revista Psico USF**, 15(3), 321-32. 2010.
- BERMUDEZ, J.G.R. **Introdução ao Psicodrama**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1980.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E.M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise a luz das habilidades sociais. **Estudos de Psicologia**, v.7, n.2, 227-235, 2002.
- BOSA, C. A.; Autismo: Intervenções Psicoeducacionais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, p.47-53, 2006. Supplement I.

BRAGA, M. R., & ÁVILA, L. A. Detecção dos transtornos invasivos na criança: perspectiva das mães. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 12(6), 884-9. doi: 10.1590/S0104-11692004000600006, 2004.

BUSTOS, D. M. **Psicoterapia Psicodramática**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1979.

CAMPOS, E.P. Grupos de Suporte. In J. MELLO, J. F. (Org.) **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.117-130, 2000.

CEPEDA, N.A.; MARTIN, M.A.F. **Masp 1970: O Psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2010.

CHERUBINI, Z. A.; BOSA, C. A.; BANDEIRA, D. R. Estresse e Autoconceito em Pais e Mães de Crianças com a Síndrome do X-Frágil. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 21(3), p. 409-417. 2008.

COELHO, M. V.; MURTA, S. G. Treinamento de pais em grupo: um relato de experiência. **Estudos de Psicologia**, v.24, n.3, p.333-341, julho/setembro, 2007.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DARBYSHIRE, L. V., & KROESE, B. S. Psychological well-being and social support for parents with intellectual disabilities: risk factors and interventions. **Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities**, 9(1), 40-52. doi: 10.1111/j.1741-1130.2012.00326.x. 2012

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de habilidades sociais (IHS-Del-Prette)**: manual de aplicação, apuração e interpretação. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

\_\_\_\_\_. **Habilidades Sociais: Conceitos e campo teórico-prático**. Texto on-line, dezembro, 2006. Disponível em: <http://www.rihs.ufscar.br> Acesso em 04 out.2010.

DIAS, V.R.C.S. *et al.* **Psicopatologia e Psicodinâmica na Análise Psicodramática**, vol. III, São Paulo. Editora Ágora, 2010.

FAVERO, M. A. B.; SANTOS, M. A. Autismo infantil e estresse familiar: Uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v.18, n.3, p. 358-369, 2005.

FAVERO-NUNES, M.A.; SANTOS, M.A. Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com Transtorno Autístico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.23, n.2, p.208-221, 2010.

FERRACINI, L. G. **O átomo social como instrumento sociométrico na psicoterapia psicodramática individual bipessoal**. Monografia (Especialização) – Associação Brasileira de Psicodrama e Sociodrama, São Paulo, 2008.

FERNANDES, L. F. B. *et al.* Efeitos de um programa de orientação em grupo para cuidadores de crianças com transtornos psiquiátricos. **Estudos de Psicologia**, v.26, n.2, p. 147-158, 2009.

FLECK, M. P. A., *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL – *bref*”. **Revista Saúde Pública**, v.34, n.2, p. 178-183. 2000.

FLEURY, H.J. A intervenção grupal socioeducativa de tempo limitado. In: MARRA, M.M.; FLEURY, H.J. (orgs.) **Grupos: Intervenção socioeducativa e método sociopsicodramático**. São Paulo: Ágora, 2008.

FLEURY, H. J.; KHOURI, G. S.; HUG, E. (organizadores). **Psicodrama e neurociência contribuições para a mudança terapêutica**. São Paulo: Ágora, 2008.

FLEURY, H.J.; MARRA, M.M. Aplicações dos Métodos Sociátricos. In: NERY, M.P.; CONCEIÇÃO, M.I.G. (organizadoras). **Intervenções Grupais: o psicodrama e seus métodos**. São Paulo: Ágora, 2012.

FONSECA, J. **Psicodrama da Loucura – Correlações entre Buber e Moreno**. São Paulo: Ágora, 7ª edição, 2008.

FOX, J. **O essencial de Moreno: textos sobre psicodrama, terapia de grupo e espontaneidade**. Trad. Moysés Aguiar. Ágora: São Paulo, 2002.

FREITAS, P. M. *et al.* Efeitos de um programa de intervenção cognitivo-comportamental para mães de crianças com paralisia cerebral. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology**, v.42, n.3, p. 580-588, 2008.

GARCÍA-NONELL, C. *et al.* Síndrome de Williams: memoria, funciones visuoespaciales y funciones visuoespaciales. **Revista de Neurología**, v. 37, n. 9, p. 828-830, 2003.

GLAT, R. O Papel da família na integração do portador de deficiência. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v.2, n.4, p.111-118, 1996.

GOMIDE, P. I. C. *et al.* Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **Psico-USF**, v. 10, n. 2, p. 169-178, jul./dez. 2005.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação**. Petrópolis, RJ. Editora Vozes, 2006.

GONÇALVES, C.S.; WOLFF, J.R.; ALMEIDA, W.C. **Lições de Psicodrama: Introdução ao pensamento de J. L. Moreno**. São Paulo. Ágora, 1988.

GONÇALVES, C. S. **Psicodrama com crianças: uma psicoterapia possível**. São Paulo. Ágora, 1988.

\_\_\_\_\_. Técnicas básicas: duplo, espelho e inversão de papéis. In: MONTEIRO, R. (org.) **Técnicas fundamentais do psicodrama**. São Paulo: Editora brasiliense, p. 19-31, 1993.



KAUFMAN, A. **Teatro Pedagógico: bastidores da iniciação médica**. São Paulo:Ágora, 1992.

\_\_\_\_\_. Role-playing. In: MONTEIRO, R. (org.) **Técnicas fundamentais do psicodrama**. São Paulo: Editora brasiliense, p. 191-205, 1993.

KNOBEL, A.M. Estratégias de direção grupal. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo. v. 4, fasc. I, n. 1, p.49 – 62, 1996.

KNOBEL, A.M.; ALVES, L.F.R. Estratégias de direção grupal e identificação do agente protagônico nos grupos socioeducativos. In: MARRA, M.M.; FLEURY, H.J. (orgs.) **Grupos: Intervenção socioeducativa e método sociopsicodramático**. São Paulo: Editora Ágora, p. 69 – 91, 2008.

LEYFER, O. T. *et al.* Prevalence of psychiatric disorders in 4 to 16-year-olds with Williams syndrome. **American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics**, v. 141B, n. 6, p. 615-22, 2006.

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp** (ISSL), Casa do Psicólogo, 2000.

MACARINI, S. M. *et al.* Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.62, n.1, p.119-134, 2010.

MACEDO, P. C. M. Deficiência física congênita e saúde mental. **Rev. SBPH**, 11(2), 127-39, 2008.

MAJUMDAR, M.; PEREIRA, Y. S.; FERNANDES, J. Stress and anxiety in parents of mentally retarded children. **Indian Journal of Psychiatry**, v.47, n.3, p.144-147, 2005.

MALAQUIAS, M.C. Teoria dos Grupos e Sociatria. In: NERY, M.P.; CONCEIÇÃO, M.I.G. **Intervenções Grupais: O psicodrama e seus métodos**. São Paulo. Ágora, p.17-36, 2012.

MARINI, A. M., MARTINS, M. R. I., VIGÃNO, A., MARQUES FILHO, A. B., & PONTES, H. E. R. Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil. **Revista de Neurociências**, 18(3), 300-6. 2010. Obtido em 10 agosto, 2014.

MARTIN, M.A.F., **Grupo de suporte familiar e treino de práticas parentais e habilidades sociais para pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams**. 2011. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2011.

MARTIN. M.A.F.; TEIXEIRA, M.C.T.V.; CARREIRO, L.R.R. (orgs.) **Orientações para promoção de saúde mental e qualidade de vida em pais e seus filhos com Síndrome de Williams** (livro eletrônico) São Paulo: Memnon, 2014.

MARRA, M.M., **O agente social que transforma: o sociodrama na organização de grupos**. São Paulo: Ágora, 2004.

MATSUKURA, T. S., MARTURANO, E. M., OISHI, J., & BORASCHE, G. (2007). Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Revista Brasileira de Educação Especial**. 13(3), p.415-28, 2007.

MELO, M. H. S.; SILVARES, E. F. M. Grupo cognitivo-comportamental com famílias de crianças com déficits em habilidades sociais e acadêmicas. **Temas em Psicologia**. v.11, n.2, 2003.

MIETTINEN, S. Family Care of Adults With Intellectual Disabilities: analysis of Finnish policies and practices. **Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities**, 9(1), 1-9, 2012.

MONTEIRO, R.F. **O lúdico nos grupos: terapêuticos, pedagógicos e organizacionais**. São Paulo: Ágora, 2012.

MORENO, J.L. **Fundamentos de La Sociometria**. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós, 1972

\_\_\_\_\_ **Psicodrama**. Tradução: Álvaro Cabral. 4ª edição. São Paulo: Cultrix, 1987.

\_\_\_\_\_ **Quem Sobreviverá? Fundamentos da Sociometria, Psicoterapia de Grupo e Sociodrama**. Goiânia: Dimensão Editora, 1992, v. 1, 2 e 3.

\_\_\_\_\_ **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama**. Tradução: Dr. Antônio C. Mazzaroto Cesarino Filho. 2ª Edição revisada. Campinas, SP: Editorial Psy, 1993.

\_\_\_\_\_ **Quem Sobreviverá? Fundamentos da Sociometria, Psicoterapia de Grupo e Sociodrama**. Trad. Moysés Aguiar. Revisão técnica Mariana Kawasoe. São Paulo: Daimon, 2008. Edição do Estudante.

NAJDOWSKI, A. C. et al. Functional Analyses and Treatment of Precursor Behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 41, n.1, p. 97–105, 2008

NAVARRO, M.P. **Terapia tematizada grupal por tempo limitado**. In ALMEIDA, W.C. Grupos: a proposta do psicodrama. São Paulo. Ágora, p.127-139, 1999.

NERY, M.P. **Sociodrama**. In: NERY, M.P.; CONCEIÇÃO, M.I.G. Intervenções Grupais: O psicodrama e seus métodos. São Paulo. Ágora, p.95-123, 2012.

NERY, M.P.; CONCEIÇÃO, M.I.G. **Como mediar conflitos grupais?** In: NERY, M.P.; CONCEIÇÃO, M.I.G. Intervenções Grupais: O psicodrama e seus métodos. São Paulo. Ágora, p.279-293, 2012.

O'HEARN, K.; LUNA, B. Mathematical skills in Williams syndrome: insight into the importance of underlying representations. **Developmental Disabilities Research Reviews**, v.15, n.1, p.11-20, 2009.

OLSSON, M. B.; HWANG, C. P. Depression in mothers and fathers of children with

intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, v.45, n.6, p.535-543, 2001.

PERAZZO, S. **Psicodrama: o forro e o avesso**. São Paulo. Ágora, 2010.

PETTIT, G. et al. Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. **Child Development**, v. 72, n. 2, p. 583-598, 2001.

PINHEIRO, M. I. S. *et al.* Treinamento de Habilidades Sociais e Educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n.3, p. 407-414, 2006.

PINHEIRO, M. I. S.; HAASE, V. G.; DEL PRETTE, A. Pais como co-terapeutas: treinamento em habilidades sociais como recurso adicional. **Psicopatologia do Desenvolvimento Relatório Técnico**, ano 3, n.1. p. 1-42, jan/jul 2002.

PIRES, E. F. **Virando as cadeiras: o resgate da espontaneidade dos relacionamentos na experiência do sentar-se a mesa**. 2013. 52 f. Trabalho de conclusão do curso (Formação em Psicodrama Nível I) – Associação Brasileira de Psicodrama e Sociodrama, São Paulo, 2013.

PRUST, L. W., GOMIDE, P. I. C. Relação entre comportamento moral dos pais e dos filhos adolescentes. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 53-60, janeiro - março 2007.

RAMALHO, C.M.R. O Sociodrama e o Roleplaying na Prática Sociopsicodramática. In: MARRA, M.M.; FLEURY, H.J. **Grupos: Intervenção Socioeducativa e Método Sócio-psicodramático**. São Paulo: Ágora, 2008.

RUBINI, C. J. O Conceito de Papel no Psicodrama. **Revista Brasileira de Psicodrama**. São Paulo, 3, nº 1, 1995, pp. 45-62.

SCHIMIDT, C.; BOSA, C. A. A investigação do impacto do autismo na família: Revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. **Interação em Psicologia**, v.7, n.2, p. 111-120, jul/dez 2003.

SCHIMIDT, C.; DELL'AGLIO, D. D.; BOSA, C. A. Estratégias de *Coping* de Mães de Portadores de Autismo: Lidando com Dificuldades e com a Emoção. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.1, p. 124- 131, 2007.

SERRA-PINHEIRO, M. A.; GUIMARÃES, M. M.; SERRANO, M. E. A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 2, p. 68-72, 2005.

SILVA, N.L.P.; DESSEN, M.A. Deficiência Mental e Família: Implicações para o desenvolvimento da Criança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 17, n.2, p. 133-141, 2001

SOARES, M. R. Z.; SOUZA, S. R.; MARINHO, M. L. Envolvimento dos pais: incentivo à habilidade de estudo em crianças. **Estudos de Psicologia**. v.21, n.3, p. 253-260, 2004.

YOUNG, S.; AMARASINGHE, J. M. Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 51, n.2, p. 116-133, 2010.

YOZO. R.Y.K. **100 Jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas**. São Paulo. Ágora, 1996.

## 8. ANEXOS

**ANEXO I: Questionário de Classificação Socioeconômica**

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

**INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.**

**Vamos começar?**

No domicílio tem \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM)

Itens de Conforto	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>frezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

**Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.**

<b>Nomenclatura atual</b>	<b>Nomenclatura anterior</b>
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

Pontuação e respectiva classificação socioeconômica segundo ABEP 2014:

<b>Classe</b>	<b>Pontos</b>
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D - E	00 - 16

**ANEXO II :****Guia de Suporte Familiar,  
Treino de Práticas Parentais e Habilidades Sociais  
para Pais de Pessoas com Deficiência Intelectual****1 - Quem são as Pessoas e Coisas importantes em minha vida:**

Com quem posso contar em meu dia a dia?

Com quem posso conversar abertamente sobre minhas angústias e dificuldades?

Com quem ou onde, busco apoio e orientação nos momentos difíceis?

**Ao responder essas questões você poderá saber se neste momento tem encontrado o apoio que precisa, ou se está sobrecarregada (o).**

## 2 - Práticas Parentais

### Reflexões sobre meu papel de mãe/pai:

Olhe as figuras a seguir e veja quais você vivencia em seu dia a dia







- As formas como os pais/mães interagem e educam seus filhos podem, tanto promover comportamentos socialmente adequados, como favorecer o surgimento e/ou manutenção de comportamentos inadequados.

Pense:

- Qual é a **minha forma de interação** com meu filho (a) ???

... ..

- Como **contribuo para a educação** de meu filho (a) ???

... ..

- Como **participo** da vida do meu filho (a) ???

... ..

Você pode contribuir **positivamente**:

- ✓ Conhecendo seu filho (a), onde e com quem ele se encontra, suas atividades, gostos e preferências.
- ✓ Por exemplo, você sabe...

Qual o prato preferido de seu filho (a)?

Quando fizeram o passeio preferido (por ele) pela última vez?

Que brinquedo ele prefere, ou de que gosta de brincar?

Com que amigo (a) ele mais gosta de brincar?

Quando você assistiu com ele, o programa de TV preferido por ele?

Já sugeriu, fazerem juntos, alguma brincadeira ou algum programa que você acha possa interessar a ele (a)?

... ..

Atenção:

- É importante que você diferencie a fiscalização, do **real interesse** pelo filho, que implica na **disponibilidade dos pais, para ouvir** o que o filho necessita contar, para se **identificar com suas vitórias** e para se dispor a **ajudar na resolução de problemas**.



Você pode contribuir **positivamente**:

- ✓ Ensinando valores, como honestidade, empatia e senso de justiça, ajudando-os a distinguir o certo do errado, sobretudo através de modelos positivos, ou seja, por meio das suas atitudes.
- ✓ Lembre-se a criança aprende muito mais através das cenas que assiste do que das coisas que escuta.

Mas cuidado.....você pode interferir **negativamente**:

- ✓ Quando sua relação e a educação que dá ao seu filho estão baseadas em seu estado de humor, e não no comportamento de seu filho (a). Isso gera na criança confusão na discriminação de seus comportamentos, e ela não distingue "certo" e "errado", mas o estado de humor do outro (pais).



- ✓ Quando fica ausente, não disponibilizando apoio e ajuda ao seu filho, não dá atenção às suas dificuldades e necessidades.
- ✓ Quando você é espectador e não participante do processo de educação e desenvolvimento do filho.

Você também contribui **negativamente**:

- ✓ Quando determina regras que você mesmo desrespeita, ou esquece, pois com isso ele aprende que **regras não são para serem cumpridas**.
- ✓ Quando tem dificuldade para colocar **limites** para comportamentos inadequados ou antissociais; relaxando o cumprimento das regras estabelecidas, em função de comportamentos de **birras, agressividade ou tristeza** dos filhos, porque assim ele aprende que pode manipular as situações para não cumprir as regras estabelecidas.
- ✓ Quando determina **regras em excesso**, estas acabam não sendo ouvidas, nem cumpridas e **não** há consequência para a desobediência constante.

- ✓ Através da busca de controle pela **pressão**, exagerando na vigilância ou fiscalização, com repetição da mesma ordem diversas vezes, gerando uma **supervisão estressante**, isto indica desconfiança, afeta o desenvolvimento, impede a formação de autonomia, mantendo seu filho **dependente**.
- ✓ Quando utiliza **punições físicas**, com maior ou menor intensidade. São ações usadas na tentativa de controlar o comportamento dos filhos, causando dor ou machucados, buscando o respeito da criança através do **medo**. Estas ações, normalmente são as principais **desencadeadoras** de comportamentos antissociais de crianças e adolescentes.



**3 - Agora, olhando para você:**  
**Como você se relaciona com as pessoas?**  
**Você percebe alguma dificuldade?**  
**Quais são suas Habilidades Sociais?**

- ✓ **As habilidades sociais** estão diretamente ligadas a saúde, a satisfação pessoal, a realização profissional e a qualidade de vida das pessoas.
- ✓ As dificuldades nas habilidades sociais estão associadas a conflitos nas relações interpessoais, diversos tipos de transtornos psicológicos e uma qualidade de vida insatisfatória.
- ✓ Desenvolver habilidades sociais é importante para estabelecer relacionamentos sociais mais produtivos e satisfatórios, gerando melhor saúde física e mental.
- ✓ Para perceber como estamos desempenhando nossas habilidades sociais precisamos **ficar atentos**:
  - A comunicação que estabelecemos, nos diversos contextos sociais (trabalho, lazer, família), como fazemos para iniciar e encerrar conversas, dar e pedir feedback.
  - A expressão de sentimentos positivos e de nossa civilidade (dizer por favor, agradecer, cumprimentar, despedir-se, desculpar-se).

- A nossa capacidade de expressar apoio, solidariedade, fazer amizades, colocar limites, mediar conflitos e tomar decisões de forma adequada.
- A manifestação de opiniões; fazer, aceitar e recusar pedidos; discordar; expressar raiva ou desagrado com algo.

#### **4 - OLHANDO AGORA, PARA COMO VOCÊ SE SENTE**

**Você já se sentiu...**

**Ansiosa (o)?**

**Deprimida (o)?**

**Estressada (o)?**

**Como está sua Qualidade de Vida?**

## Falando sobre **ANSIEDADE**

- ✓ Normalmente, é um  **sinal de alerta**, que permite ao indivíduo ficar atento a um perigo iminente e tomar as medidas necessárias.



- ✓ É considerada um problema quando ocorre em momentos que não se justificam ou quando é tão intensa ou duradoura que acaba interferindo com as atividades normais do indivíduo.
- ✓ Merece atenção quando **ao invés de contribuir com o enfrentamento da situação, atrapalha, dificulta ou impossibilita a adaptação.**
- ✓ Aparece como uma **sensação confusa**, desagradável, de apreensão, acompanhada por várias sensações físicas desagradáveis: sensação de vazio no estômago, coração batendo rápido, medo intenso, aperto no tórax, transpiração etc.



## Falando sobre **DEPRESSÃO**

- ✓ Depressão representa uma das doenças mais comuns da era moderna, mas já é conhecida desde a antiguidade.
- ✓ Apresenta múltiplas causas.
- ✓ A pessoa fica angustiada, desanimada, sente-se sem energia e uma tristeza profunda, às vezes acompanhada de tédio e indiferença.



## Falando sobre **ESTRESSE**



- ✓ É composto de um conjunto de reações fisiológicas que se exageradas em intensidade ou duração podem levar a um desequilíbrio no organismo.
- ✓ Apresenta-se em três fases sucessivas; alerta, resistência e exaustão.
- ✓ Os sintomas podem ser físicos e/ou psicológicos.

### REFLITA:

Sinto que vou explodir quando.....

Para não explodir eu.....

Antes de explodir eu.....

Quando explodo eu.....

Como você está ?

Como lida com agentes estressores ?

Busca refúgio, foge?

Tem suas estratégias de **enfrentamento**?

**5 - Agora, Um olhar para sua  
Família e para o Clima Emocional Familiar:**

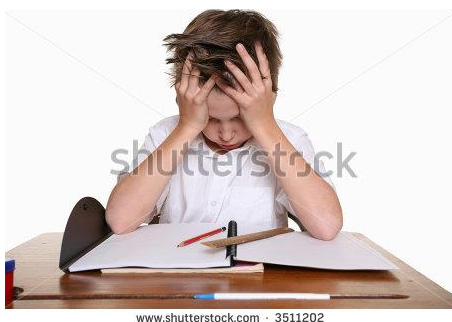
**Para refletir...**

**olhe, observe, pense...**

- ✓ Quantas vezes você esteve numa cena como esta nas últimas semanas???



- ✓ Ou presenciei estas cenas?

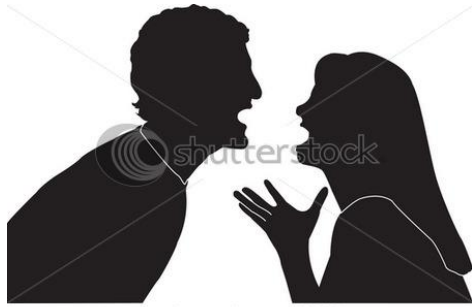


✓ Conseguiu estar numa cena como esta nas últimas semanas???





✓ Ou as cenas vividas foram estas?



www.shutterstock.com · 8660572



www.shutterstock.com · 70233058



www.shutterstock.com · 35894971



www.shutterstock.com · 73451956



www.shutterstock.com · 62907652

✓ Como sou visto(a) pela minha família?

Assim???



Estressada (o)

✓ Ou assim???



Cansada (o)



Correndo contra o tempo



Muito ocupada (o)

✓ Ou, quem sabe assim???



E... o mais importante...

✓ Como quero ser visto (a)???

Ou melhor.....

✓ Como eu quero ser???