

estudos de psicologia

Volume 25
Número 4
Outubro/Dezembro 2008

ISSN 0103 - 166X

FUNDADA EM 1983

Editora Chefe / Editor-in-Chief

Marilda E. Novaes Lipp - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Editores Associados / Associate Editors

Antônio Terzis - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Vera Lúcia T. de Souza - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Editora Financeira / Financial Editor

Maria H. M. Alves de Oliveira - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Editor Gerente / Manager Editor

Maria Cristina Matoso - SBI-Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Conselho Editorial / Editorial Board

Bernardete Angelina Gatti - Fundação Carlos Chagas

Claísy Maria Marinho-Araujo - Universidade de Brasília

Denise R. Bandeira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Francisco Lotuffo Neto - Universidade de São Paulo

Geraldo José de Paiva - Universidade de São Paulo

Lúcia Emmanuel Novaes Malagris - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Manoel Antonio dos Santos - Universidade de São Paulo

Maria A. Mattos - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Maria Helena R. N. Zamora - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Maria M. Hübner - Universidade de São Paulo

Nilson G. Vieira Filho - Universidade Federal de Pernambuco

Patrícia Waltz Schelini - Universidade Federal de São Carlos

Sheva Maia Nóbrega - Universidade Federal de Pernambuco

Suely S. Guimarães - Universidade de Brasília

Wellington Zangari - Universidade de São Paulo

William B. Gomes - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Conselho Editorial Internacional / International Editorial Board

Alberto S. Segre - Universidad Iberoamericana Ciudad de México - México

André Sirota - Université de Paris X - Nanterre - France

Bernardo Jiménez-Domínguez - Universidad de Guadalajara - México

Charles Spielberger - University of South Florida - USA

Denise Defey - Universidad de la República - Uruguay

George Everly - Johns Hopkins University - USA

Ignacio Dobles - Oropeza - Facultad de Ciencias Sociales - Costa Rica

Jacqueline Barus-Michel - Université de Paris 7 - Denis Diderot - France

José J. B. V. Raposo - Universidade de Três-os Montes e Alto Douro - Portugal

Leandro Almeida - Universidade do Minho - Portugal

Maria Pérez Solís - Universidad Complutense de Madrid - Espanha

Norma Contini de Gonzalez - Universidad Nacional de Tucumán - Argentina

Stanley B. Messer - Rutgers University - USA

Vicente E. Caballo - Universidade de Granada - Espanha

Equipe Técnica / Technical Group

Normalização e Indexação / Standardization and Indexing

Maria Cristina Matoso

Editoração Eletrônica / DTP

Fátima Cristina de Camargo

O Conselho Editorial não se responsabiliza por conceitos emitidos em artigos assinados.

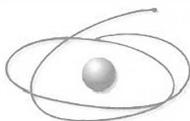
The Board of Editors does not assume responsibility for concepts emitted in signed articles.

A eventual citação de produtos e marcas comerciais não expressa recomendação do seu uso pela Instituição.

The eventual citation of products and brands does not express recommendation of the Institution for their use.

Qualis: A-Nacional - Psicologia

Apoio:



C A P E S



Estudos de Psicologia

Estudos de Psicologia é uma revista trimestral do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fundada em 1983, incentiva contribuições da comunidade científica nacional e internacional com o objetivo de promover e divulgar o conhecimento científico e técnico na área de Psicologia bem como discutir o significado de práticas nos campos profissional e da pesquisa por meio da publicação de artigos originais que representem relatos de pesquisa. Publica, também, trabalhos teóricos, revisões críticas da literatura e comunicações relevantes à Psicologia como ciência e profissão.

Estudos de Psicologia is Pontifícia Universidade Católica de Campinas trimonthly periodical from Psychology Post-graduation program at Centro de Ciências da Vida. It was founded in 1983, and since then, it has been incentivating contributions to the scientific national and international community, as its aim is to distribute and promote Psychological scientific and technical knowledge, debating professional and research practices through the original articles that reflects the research reports. It publishes theoretical papers, lecture reviews, and relevant communications to Psychology as Science and Profession.

COLABORAÇÕES / CONTRIBUTIONS

Os manuscritos (um original e três cópias) devem ser encaminhados ao Núcleo de Editoração SBI/CCV e seguir as "Instruções aos Autores", publicadas no final de cada fascículo.

All manuscripts (the original and three copies) should be sent to the Núcleo de Editoração SBI/CCV and should comply with the "Instructions for Authors", published in the end of each issue.

ASSINATURAS / SUBSCRIPTIONS

Pedidos de assinatura ou permuta devem ser encaminhados ao Núcleo de Editoração SBI/CCV.

E-mail: ccv.assinaturas@puc-campinas.edu.br

Annual: Pessoas físicas: R\$80,00 Institucional: R\$130,00

Aceita-se permuta

Subscription or exchange orders should be addressed to the Núcleo de Editoração SBI/CCV. E-mail: ccv.assinaturas@puc-campinas.edu.br

Annual: Individual rate: R\$80,00 Institutional rate: R\$130,00

Exchange is accepted

CORRESPONDÊNCIA / CORRESPONDENCE

Toda a correspondência deve ser enviada à Estudos de Psicologia no endereço abaixo:

All correspondence should be sent to Estudos de Psicologia at the address below:

Núcleo de Editoração SBI/CCV

Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama 13060-904 - Campinas, SP, Brasil.

Fone +55-19-3343-6859/6876 Fax +55-19-3343-6875

E-mail: ccv.revistas@puc-campinas.edu.br

Web: <http://www.puc-campinas.edu.br/ccv>

<http://www.scielo.br/estpsi>

INDEXAÇÃO / INDEXING

LILACS, SciELO, PsycINFO, CLASE, Latindex e Index Psi Periódicos (BVS-Psi): www.bvs-psi.org.br

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte. A reprodução total depende da autorização da Revista.

Partial reproduction is permitted if the source is cited. Total reproduction depends on the authorization of the Estudos de Psicologia.

Copyright © Estudos de Psicologia

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e Informação – SBI-PUC-Campinas

Estudos de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Campinas, SP, v.1 n.1 (1983-)

v.25 n. 4 out./dez. 2008

Quadrimestral 1983-1986; Semestral 1987-1991; Quadrimestral 1992-2004; Trimestral 2005-
Resumo em Português e Inglês.

ISSN 0103-166X

1. Psicologia – Periódicos. I. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

CDD 150

Errata

Estudos de Psicologia | Campinas | 25(4):353-359 | julho - setembro 2008

Onde se lê

- ¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. *Campus Universitário Martelos*, 36036-330, Juiz de Fora, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.M.P.E. MOTA. E-mail: <mmotapsi@terra.com.br>.
- ³ Universidad Pablo de Olavide, Laboratorio de Neurociencia Funcional. Sevilla, España.
- ⁴ Kansas University, Medical Center. Kansas, EUA.

Leia-se

- ¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. *Campus Universitário Martelos*, 36036-330, Juiz de Fora, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.M.P.E. MOTA. E-mail: <mmotapsi@terra.com.br>.
- ² Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde. Juiz de Fora, MG, Brasil.
- ³ Universidad Pablo de Olavide, Laboratorio de Neurociencia Funcional. Sevilla, España.
- ⁴ Kansas University, Medical Center. Kansas, EUA.

estudos de psicologia

ISSN 0103-166X

Revista Trimestral do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PUC-Campinas

Volume 25 Número 4

Outubro/Dezembro 2008

sumário CONTENTS

475 **Editorial** Editorial

ARTIGOS ARTICLES

- 477 **Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos**
Cognitive-behavioral therapy for panic disorders and agoraphobia: 35 years of history
| Bernard Rangé
- 487 **Experiências afetivo-familiares de mulheres com alopecia areata**
Emotive family-related experiences in women with alopecia areata
| Renata Bilion Ruiz Prado | Carmen Maria Bueno Neme
- 499 **Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba**
Managers of institutions that care for drug addicts in the Paraíba Valley
| Cláudia Fabiana de Jesus | Manuel Morgado Rezende
- 509 **Bem-estar subjetivo emocional e coping em adultos de baixa renda de ambientes urbano e rural**
Subjective emotional well-being and coping in low income earning adults in the urban and rural environments
| Francisco José Batista de Albuquerque | Cíntia Ribeiro Martins | Maria Tereza de Souza Neves
- 517 **Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade**
Impact on the quality of life and on the depressive state of elderly women attending a senior citizens university
| Tatiana Quarti Irigaray | Rodolfo Herberto Schneider
- 527 **Considerações sobre a constituição do self e da religiosidade na pessoa humana**
Considerations about the constitution of self and religiosity in human person
| Fernando Genaro Junior
- 535 **O papel do serviço-escola de psicologia no atendimento ao deficiente visual**
The role of the school psychology service in the care of the visually handicapped
| Elisa Marina Bourroul Villela
- 547 **A influência de diferentes contextos de intervenção na escrita de histórias por crianças**
The influence of different instructional contexts on children's story writing
| Sulamita Pires Ferreira | Jane Correa

- 557 **Humilhação social: uma reflexão sob o ponto de vista psicanalítico**
Social humiliation: a reflection from the psychoanalytical point of view
| André Sirota
- 567 **Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência**
Viktor Emil Frankl's contribution to the concept of resilience
| Daniel Rocha Silveira | Miguel Mahfoud
- 577 **Psicologia da saúde e produção científica**
Health psychology and scientific output
| Geraldina Porto Witter
- 585 **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais**
The process of aging in today's world: chronological, biological, psychological and social aspects
| Rodolfo Herberto Schneider | Tatiana Quarti Irigaray
- 595 **Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência**
Understanding the mothers of children who are victims of sexual abuse: cycles of violence
| Samara Silva dos Santos | Débora Dalbosco Dell'aglio
- 607 **Prevenção às drogas nas escolas: uma experiência pensada a partir dos modelos de atenção em saúde**
Drug prevention in the school environment: an experience considered through the use of health care models
| Ana Cláudia Müller | Cátia Lucila Paul | Nair Iracema Silveira dos Santos
- 617 **Índices**
Indexes
- 621 **Dissertações e teses em psicologia defendidas em 2008**
Master theses and doctoral dissertations defended in Psychology in 2008
- 625 **Agradecimentos**
Acknowledgements
- 629 **Instruções aos Autores**
Instructions to Authors

Editorial

Estudos de Psicologia é uma revista do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fundada em 1983, atingiu um marco significativo em 2008 completando seu 25º aniversário de publicação, sem atraso significativo e sem interrupção. Com a colaboração de autores de renome, editores altamente especializados e pareceristas internacionais e nacionais do mais alto nível, foi possível atingir um nível de excelência digno do orgulho que sentimos. Contando com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, e com um Núcleo de Editoração dedicado e capaz, a PUC-Campinas conseguiu manter a publicação de Estudos de Psicologia regular e de qualidade não só estética, mas principalmente, de alta qualidade de conteúdo. Ao longo de seus anos de existência ininterrupta, se configura como referência nacional na área, e responde aos padrões e exigências de periódicos internacionais.

Estudos de Psicologia está indexada nas seguintes bases de dados: PsycINFO, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), LILACS, Latindex, Clase, Index Psi Periódicos. Sua inclusão no SciELO em 2007 foi um fator de motivação muito significativo que nos levou a cada vez mais zelar pela qualidade de seu conteúdo científico.

A revista disponibiliza textos completos de acesso aberto em várias bases de dados, como: <<http://scielo.br/estpsi>>; <<http://doaj.org>>; <<http://www.bvs-psi.org.br>>; <<http://livre.cnen.gov.br>>; <<http://www.puc-campinas.edu.br/ccv>>; <<http://biblioteca.ricesu.com.br/>>; <<http://www.puc-campinas.edu.br/biblioteca/periodicos/detalhe.asp?id=1>>.

O fato de se ter tornado uma publicação *online*, com acesso livre, aberta a todo cientista e estudante desejoso de conhecimento na área da Psicologia, tem contribuído para contatos internacionais e de várias partes do Brasil com possíveis autores e colaboradores, o que aumentou a demanda pela publicação de contribuições científicas e, conseqüentemente, expandiu a sua colaboração para disseminar o conhecimento científico na área da Psicologia no Brasil. A Figura 1 permite verificar o aumento da demanda registrada de 2004, quando assumimos a editoração da revista, até o presente.

A revista é trimestral e temos publicado em torno de 14 artigos por volume, sendo que no ano de 2008 foram publicados 57 artigos. Por meio de uma seleção cuidadosa para abranger as várias áreas da Psicologia, nosso objetivo é proporcionar espaço para a publicação de trabalhos da mais alta qualidade de autores de várias abordagens e de centros de

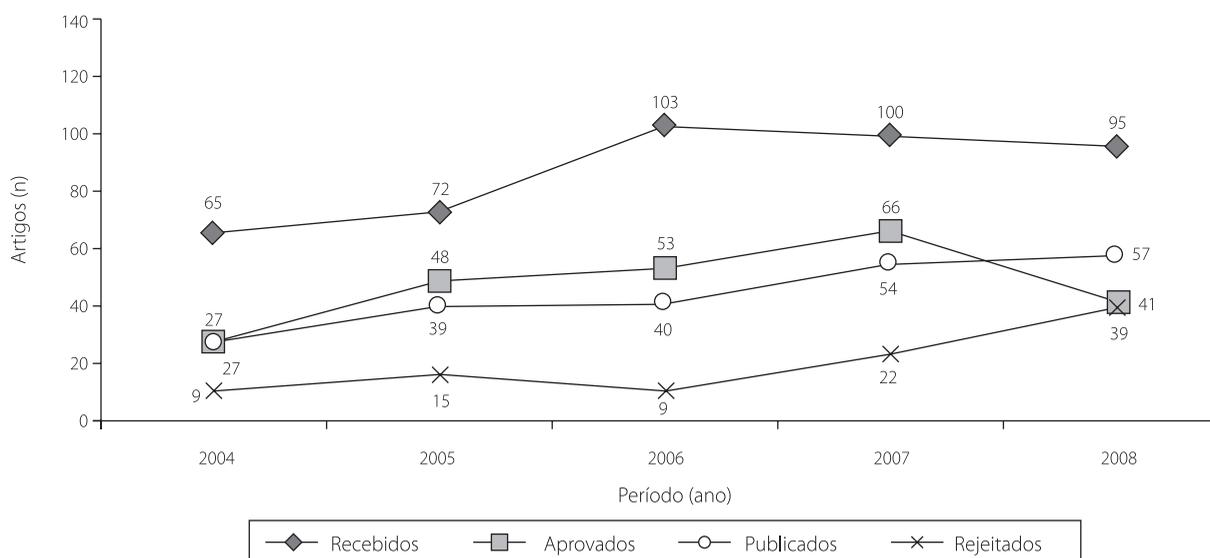


Figura 1. Artigos recebidos para publicação entre 2004 e 2008.

Nota: *Cinquenta e três artigos encontram-se em processo de avaliação, sendo 17 submetidos em 2007.

pesquisa de várias regiões. O número de artigos publicados e a origem geográfica dos mesmos, nos últimos quatro anos, podem ser vistos na Tabela 1. Conforme pode ser observado, dos 57 artigos publicados em 2008, a maior contribuição foi da área Sudeste, mas também contou-se com trabalhos de pesquisadores de várias outras regiões do Brasil e quatro contribuições estrangeiras.

Tabela 1. Área geográfica de origem dos artigos publicados entre 2005 e 2008, considerando o primeiro autor.

Regiões	Período			
	2005	2006	2007	2008
<i>Brasil</i>				
Centro Oeste	2	3	6	4
Nordeste	6	4	7	7
Norte	-	1	1	-
Sul	7	13	11	12
Sudeste	24	16	27	30
<i>Outros países</i>				
Argentina	-	-	1	1
Canadá	-	1	-	-
Chile	-	-	-	1
França	-	2	-	1
Portugal	-	-	1	1
Total	39	40	54	57

Os pareceristas que colaboraram nas avaliações dos manuscritos, a quem agradecemos calorosamente a presteza e disponibilidade, pertencem ao corpo docente de várias universidades em partes diversas do País como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2. Área geográfica de origem dos revisores *ad hoc*, na categoria ativo, entre e 2004 e 2008.

Região	Quantidade
Centro Oeste	39
Norte	11
Nordeste	63
Sudeste	331
Sul	66
Estrangeiro	7
Total	516

Após quatro anos de atuação dos editores responsáveis pela revista, conforme seus Estatutos, foi realizada nova eleição para o corpo editorial. Foram eleitos como editores associados Eliza Médici Pizão Yoshida e Leopoldo Pereira Fulgencio Júnior. A Vera Lucia T. de Souza continuará como editora associada e a bibliotecária Maria Cristina Matoso continuará como editora gerente. Eu terei o prazer e a honra de continuar a contar com a confiança daqueles que me re-elegeram para o cargo de editora-chefe por mais quatro anos.

Deste modo, novas metas foram estabelecidas para o futuro, como se segue:

1. Indexar a revista no maior número possível de base de dados: *Sociological Abstracts*, *Cambridge Scientific Abstracts*; *Social Services Abstracts*; *Linguistic & Language Behavior Abstracts*; *Child Development Abstracts and Bibliography (SRCD)*; *Web of Science - Science Citation Index*; *Philosopher's Index*; *Répertoire Bibliographique de la Philosophie*; *Red AlyC - Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe*.

2. Aumentar a colaboração de autores estrangeiros.

3. Aumentar a colaboração de autores do Norte-Nordeste e do Centro-Oeste.

O trabalho de editor de uma revista científica revela que o sucesso de uma revista depende da colaboração e do esforço de inúmeras pessoas, sem as quais impossível seria uma publicação regular e de qualidade. Assim sendo, agradecemos a toda as pessoas e instituições acima mencionadas, pelo apreço, empenho e grande contribuição que fizeram durante o ano de 2008 para o sucesso de *Estudos de Psicologia*.

Marilda Emmanuel Novaes Lipp
Editora-Chefe

Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos

Cognitive-behavioral therapy for panic disorders and agoraphobia: 35 years of history

Bernard RANGÉ¹

Resumo

Este artigo descreve a evolução do conhecimento sobre um tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de pânico e da agorafobia. É baseado em contribuições de vários pesquisadores e descrito como um tratamento integrativo na medida em que associa tratamento farmacológico e vários tipos de intervenções cognitivas e comportamentais. Utiliza técnicas de reestruturação cognitiva, habituação interoceptiva, técnicas respiratórias, de exposição situacional e reestruturação existencial. O tratamento foi originalmente desenvolvido para atendimentos individuais, mas depois foi também utilizado para atendimentos em grupo. Foi concebido para ser um atendimento que pudesse ser desenvolvido por terapeutas que trabalhassem em locais onde não existisse uma terapia cognitivo-comportamental qualificada, em um modelo de tratamento passo-a-passo. Os resultados têm sido muito satisfatórios, com exceção de algumas intervenções, como o treinamento em assertividade e o relaxamento muscular. Ajustes foram realizados para atender esses achados.

Unitermos: Agorafobia. Terapia cognitivo-comportamental. Transtorno de pânico.

Abstract

This paper describes the evolution of knowledge of cognitive-behavioral treatment of panic disorder and agoraphobia. It is based on contributions by diverse researchers, and it is described as an integrative treatment inasmuch as it combines pharmacological treatment and various types of cognitive and behavioral therapies. It uses cognitive restructuring techniques, interoceptive habituation, techniques for breathing, situational exposure and existential restructuring. The treatment was originally developed for an individual approach, but it was also later used with group treatments. It was conceived as a treatment to be used by therapists working in places where it would not be possible find qualified cognitive-behavioral treatment, in a step-by-step treatment model. Results have been most satisfactory with the exception of some interventions such as assertiveness training and muscular relaxation. Adaptations were made to cater to these findings.

Uniterms: Agoraphobia. Psychotherapists. Panic disorder.

Meu primeiro cliente, ICC, apresentou-se com um quadro que, naquele longínquo ano de 1972, era chamado de “neurose de angústia”, mas que hoje seria classificado como Transtorno de Pânico (TP) com

Agorafobia (AGO) (American Psychiatric Association - APA, 2002). Seu primeiro ataque de pânico ocorreu quando estava em um ônibus que vinha de Petrópolis para o Rio de Janeiro, vindo da casa de seus pais, que

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. R. Visconde de Pirajá, 547, Sala 608, Ipanema, 22410-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: <bernard.range@gmail.com>.

passavam uma temporada de férias naquela cidade. Os seus sintomas consistiram em uma forte taquicardia, sensações de falta de ar, tontura, ondas de frio e calor, sudorese, tremores internos e idéias de morte iminente por ataque cardíaco. Em decorrência disso, passou a evitar andar de ônibus, elevador, avião, passar em túneis e viadutos, e evitava também engarrafamentos. Isto teve como implicação a contratação de um sócio para trabalhar em sua empresa, uma vez que ela prestava serviços em outros locais do Brasil, notadamente São Paulo, Salvador, Belo Horizonte e Curitiba. Seus deslocamentos pela cidade do Rio de Janeiro eram feitos em horários muito cedo ou muito tarde, para evitar os previsíveis engarrafamentos que, já naquela época, ocorriam. Por sorte o seu escritório era no primeiro andar, mas, às vezes, clientes lhe solicitavam que fosse ao escritório deles, que com frequência eram em andares acima do 25º, e mesmo assim ele ia de escada. Ele só se sentia bem dirigindo o seu próprio carro e, assim, fazia viagens longas para os lugares mais próximos, como São Paulo ou Belo Horizonte, ao invés de usar avião. Mesmo assim, os negócios não estavam indo tão bem, porque o sócio não se dedicava com esforço adequado. Ele não agüentava mais ter ataques e limitações em sua vida. Era uma pessoa muito alegre, agradável e divertida, mas seu sofrimento parecia ser intenso.

Desde essa época interessei-me pelo tratamento desses quadros. Como aluno ainda, eu já havia começado a minha formação em terapia comportamental. Tenho gratidão por dois grandes mestres que tive. Um, infelizmente, faleceu precocemente: Octávio Soares Leite. Era um estudioso insaciável, que conhecia desde as últimas novidades no campo da psicologia experimental até as contribuições mais recentes sobre Carl Gustav Jung. Nessa época, sobretudo no Rio de Janeiro, por influência de um velho amigo, Geraldo Lanna, a terapia comportamental era chamada de "condutoterapia", e as primeiras informações que tive sobre trabalhos nessa área vieram de uma aula de Octávio sobre a dessensibilização sistemática de Joseph Wolpe, em um curso que ele ministrava sobre Aprendizagem Humana, em 1969. Ao final da aula, ao comentar que havia gostado do que ele havia exposto, mas tinha dúvidas sobre a funcionabilidade daquele procedimento, ouvi dele o melhor conselho que já tive: "Se você tem dúvidas, teste!".

Foi assim que começou a surgir, no Rio de Janeiro, um grupo de pessoas interessadas em terapia comportamental, rodeadas em torno de Octávio. Pouco depois, começou a fazer parte do grupo uma outra professora, que acabava de chegar de um treinamento de um ano com o próprio Wolpe, na *Temple University*. Esta foi minha segunda grande mestra. Infelizmente foi por pouco tempo, pois foi morar em São Paulo, onde vive até hoje. Ela supervisionava os aspectos práticos no grupo orientado por Octávio.

Afastando-me um pouco destas agradáveis recordações, voltemos ao caso ICC. Meus estudos informaram que o conhecimento na época não validava tratamentos baseados na dessensibilização sistemática para quadros de agorafobia: o tratamento efetivo era a exposição gradual ao vivo, com o objetivo de produzir uma extinção da resposta de medo (Gelder & Marks, 1966). Assim começou o meu interesse na área de pânico e agorafobia.

Minha dissertação de mestrado versou sobre assuntos novamente discutidos nas aulas de Octávio Leite: evidências empíricas que estremeciam os fundamentos teóricos da teoria bifatorial de Mowrer como explicação para a esquiva e os quadros fóbicos.

Em 1991, houve um Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Maceió, no estado de Alagoas, para o qual eu havia sido convidado para dar um curso de três aulas sobre terapia cognitiva. Na semana anterior, eu havia atendido pela primeira vez um dos casos mais graves de transtorno de pânico que eu já havia acompanhado até então: esta mulher tinha vários ataques de pânico por dia. Sendo assim, após entrevistá-la, constatar o seu problema e explicar-lhe os seus mecanismos de ação, encaminhei-a para uma psiquiatra amiga minha, doutora Vera Lemgruber, que atende alguns andares acima, no mesmo prédio que eu, para que ela fosse medicada. Combinamos que ela voltaria na semana seguinte. Nesta semana, ela já havia sido recebida pela psiquiatra, que a avisara que estaria em um congresso a partir do dia seguinte. Quando ela chegou ao meu consultório, eu também a avisei que estaria no mesmo congresso, e também a partir do dia seguinte. Ela se sentiu muito desamparada e, aflita, perguntou se eu não tinha nada escrito para ajudá-la. Prometi a ela que o faria durante o voo. Foi assim que surgiu a "Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E.". Ao chegar ao hotel, datilografei-a em uma máquina de escrever para enviar-lhe por fax (Rangé, 1995).

Em 1993, ocorreu um Congresso Mundial de Psiquiatria no Rio de Janeiro. Graças à minha amizade com a doutora Vera, consegui ter acesso aos resumos enviados e pude descobrir a vinda de David Barlow, Samuel Turner, Jack Maser, Joseph Wolpe, Rafael Navarro Cuevas, Gualberto Buela-Casal, Vicente Caballo, Herbert Chappa, Sergio Pagés e Hector Fernandez-Alvarez. De conversas com David Barlow e Jack Maser surgiram informações fundamentais para o crescimento do meu conhecimento sobre transtorno de pânico e agorafobia. De conversas com Herbert Chappa, Sergio Pagés e Hector Fernandez-Alvarez surgiu uma amizade, que é um dos motivos de eu estar aqui escrevendo.

Motivos de ordem pessoal atrasaram o início de meu doutorado, que só pôde começar em 1994, depois de meu ingresso na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Depois de cursar várias disciplinas e em conversas com meu orientador sobre o que eu gostaria de escrever como tema da minha tese, ele me relatou que outro orientando dele tinha feito uma pesquisa baseada em um programa de rádio, em que ele apresentava informações para a população que o ouvia. Tive, então, a idéia de desenvolver um protocolo de tratamento para o transtorno de pânico e a agorafobia para ser utilizado por pessoas que não tivessem um treinamento específico em terapia cognitivo-comportamental (TCC). Isso ocorreu porque eu estava, naquele ano de 1996, dando cursos de TCC em Goiânia, e havia desenvolvido um protocolo integrativo (tratamento farmacológico, terapia cognitiva, terapia comportamental, terapia racional-emotiva-comportamental) que estava sendo utilizado pelos meus estagiários na Divisão de Psicologia Aplicada (DPA) do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Uma das alunas era psicóloga clínica com formação em "psicodinâmica" e interessou-se em testar o protocolo com três de seus clientes. Os resultados que ela obteve, medidos por diversos inventários, foram muito bons.

Decidi, durante os anos de 1997 e 1998, aprimorá-lo, até que alcançou a forma final, denominada *Vencendo o pânico: programa de tratamento multicomposto específico para o transtorno de pânico e a agorafobia*, em duas versões: uma para terapeutas não treinados em TCC e outra para pacientes. Esse protocolo foi utilizado pelos meus estagiários da seguinte forma: eu entregava impressos para eles lerem e usarem com seus pacientes com Transtorno de Pânico e Agorafobia. Eventualmente,

eles faziam relatos sobre como estavam ocorrendo os atendimentos, mas eu não dava supervisão. Os pacientes recebiam também o material deles, a cada sessão, para lerem e exercitarem em casa as tarefas indicadas. Estava concebido inicialmente para ser um protocolo para uso em casos individuais, em sessões de hora e meia, em função da quantidade de tarefas para fazer em cada sessão. Posteriormente foi utilizado também para atendimentos em grupo.

Tudo começou com uma pesquisa de David Clark citada no livro de Seligman (1995), em que, para um grupo de 20 pacientes com TP, divididos em dois grupos de dez, ele apresentou para um dos grupos a seguinte frase: "O lactato é uma substância corporal natural que produz sensações semelhantes ao exercício ou ao álcool. É normal sentir intensas sensações durante a infusão, mas elas não indicam uma reação adversa", e para o outro grupo nada foi informado. Essa substância foi administrada e, dos dez pacientes do primeiro grupo, apenas três tiveram ataques de pânico; dentre aqueles que nada sabiam, nove tiveram os ataques (p.71). Isso demonstrava com clareza a importância das informações para quem tem ataques de pânico.

Ao mesmo tempo, entrei em contato com o livro de Wolfe e Maser (1994), *Treatment of panic disorder: A consensus development conference*, que representava o relatório de uma conferência realizada em 1991, promovida pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, visando ao estabelecimento de um consenso entre os 25 especialistas das mais diferentes áreas do conhecimento sobre Transtorno de Pânico e Agorafobia convidados para esse encontro. Um resumo deste relatório pode ser encontrado abaixo:

Conferência do National Institute of Mental Health (NIMH)

- A TCC é um tratamento efetivo para o TP, variando entre 74% e 95% o seu grau de eficácia, medida em termos de ausência de ataques de pânico depois de três meses de tratamento, e com os ganhos se mantendo de modo consistente depois de seguimentos de um e dois anos.

- Tanto a resposta imediata quanto a de longo termo comparam-se favoravelmente em relação a tratamentos alternativos, como imipramina e relaxamento aplicado.

- A taxa de recaída é significativamente menor do que com a imipramina.

- A análise de componentes indica que os efeitos operam por mudança cognitiva e extinção interoceptiva e exteroceptiva.

- Há evidências de eficácia com apenas 3,5 horas de contato com um terapeuta, complementadas com biblioterapia.

- Tratamentos combinados (exposição mais imipramina ou alprazolam) indicam eficácia de curto prazo de 66% - 76% para TP com agorafobia, com pequena vantagem para exposição mais imipramina, do que exposição, imipramina ou alprazolam sozinhos.

- Tratamentos combinados (exposição mais imipramina ou alprazolam) indicam eficácia de longo prazo de 50% - 75% em seguimentos de um ou dois anos, mas a combinação de exposição mais imipramina não se mostrou mais efetiva do que exposição apenas.

- O uso combinado de exposição e alprazolam mostra resultados de longo prazo piores e maior taxa de recidiva do que exposição apenas.

- Os resultados não recomendam o uso de tratamentos combinados, a não ser quando:

1. não houver TCC disponível;
2. ela não for aceita pelo paciente;

3. uma TCC adequada não tenha mostrado bons resultados;

4. houver a presença de outros problemas (p.ex., depressão).

A declaração consensual destacou que:

- O transtorno de pânico é uma condição distinta, com uma apresentação, curso específico e história familiar positiva, para a qual existem tratamentos farmacológicos ou cognitivo-comportamentais efetivos.

- Tratamentos que falham em produzir resultados em seis ou oito semanas devem ser reavaliados.

- Pacientes com transtorno de pânico, com frequência, têm uma ou mais condições comórbidas que requerem avaliação e tratamento cuidadoso.

- As necessidades mais críticas de pesquisa são:

- Desenvolvimento de medidas confiáveis, válidas e estandarizadas para avaliação e resultados;

- Identificação de escolhas ótimas e estruturação de tratamentos desenhados para atender às necessidades individuais variadas de cada paciente;

- Implementação de pesquisa básica para definir a natureza do transtorno.

- Barreiras para o tratamento incluem conhecimento, acessibilidade e recursos.

- Uma campanha educacional agressiva para aumentar a consciência desses temas deve ser montada para clínicos em geral, pacientes e suas famílias, para a mídia e para o público em geral.

Sublinhei os trechos que pareciam mais pertinentes aos meus objetivos, apesar de o último, hoje em dia, já não ser tão verdadeiro. Os outros três sublinhados e todas as outras informações descritas eram muito importantes.

Esse material fundamentou o meu protocolo *Vencendo o Pânico: Programa de Tratamento Multicomposto Específico para o Transtorno de Pânico e a Agorafobia*. Ele é constituído de oito sessões (a primeira versão era constituída de seis sessões) de tratamento cognitivo-comportamental, com duas sessões de avaliação inicial, mais uma bateria de escalas a ser preenchidas em casa; e ainda uma reavaliação das escalas ao final da penúltima sessão, que novamente os pacientes levavam para preencher em casa.

Nas sessões de avaliação são aplicadas as entrevistas estruturadas *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (ADIS-IV): Entrevista Estruturada para os Transtornos da Ansiedade para o DSM-IV (Di Nardo, Brown & Barlow, 1995), e a *Structured Clinical Interview for DSM - Personality Disorders* (SCID-TP): Entrevista Clínica Estruturada para o DSM, versão para Transtornos da Personalidade (Pfohl, Zimmerman, Blum & Stangl, 1989), além de uma variedade de testes, escalas e inventários que os pacientes levam para casa para preencher: Questionário de Pânico (Rangé, 1996) e de Crenças de Pânico (Wenzel, Sharp, Brown, Greenberg & Beck, 2006), Inventários Beck de Depressão (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) e de Ansiedade (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Biaggio, Natalicio & Spielberger, 1977), Escala de Sensações Corporais e Escala de Cognições Agorafóbicas (Chambless, Caputo, Bright & Gallagher,

1984), Inventário de Mobilidade (Chambless, Caputo, Gracely & Williams, 1985), Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90) (Derogatis, Lipman & Covi 1973) e Escala Brasileira de Assertividade (Ayres & Ferreira, 1995). Essas escalas são reaplicadas no pós-teste e nos seguimentos. Com as reformulações realizadas, as escalas também foram modificadas. Saíram as escalas IDATE e SCL-90 e entraram as seguintes escalas: Escala de Pânico e Agorafobia (Bandelow, 1995); e escala SF-36 (Ciconelli, Ferraz & Santos, 1998).

A primeira sessão de tratamento tem como objetivos estabelecer um *rappor*t, oferecer informações básicas sobre o problema e o seu tratamento, coletar informações complementares e estabelecer metas. Ao final desta sessão, os clientes levam um texto referente ao primeiro passo do programa de tratamento, que inclui informações sobre o Transtorno de Pânico e a Agorafobia, sobre o modelo cognitivo dessas perturbações e sobre o tratamento dele derivado, além de textos com informações sobre a fisiologia e a psicologia do medo e da ansiedade e a fisiologia da hiper-respiração. Com essas informações, o paciente já chega à segunda sessão entendendo um pouco mais o que se passa com ele (Baillie & Rapee, 2004).

A segunda sessão tem como objetivos treinar habilidades de manejo. As metas e tarefas da sessão incluem:

1. Introduzir a Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E.
2. Fazer hiperventilação no passo 4 do A.C.A.L.M.E.-S.E.
3. Introduzir o treino respiratório com a respiração diafragmática ao final do exercício.
4. Introduzir a estratégia de Situações, Pensamentos Automáticos, Emoções e Comportamento (SPAEC).
5. Verificar se o paciente compreendeu claramente as relações das seqüências SPAEC.
6. Treinar o preenchimento dos Registros Diários de Pensamentos Disfuncionais (RDPD) e a folha do SPAEC.

As instruções para a Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. (Rangé, 1995) exigem que ela seja lida em voz alta pelo paciente, com o terapeuta interrompendo freqüente-

mente para ressaltar, sublinhar e explicar detalhadamente cada aspecto.

O primeiro aspecto importante a ressaltar diz respeito à aceitação das sensações. O cliente já leu nos textos que essas sensações são apenas sinais de ansiedade ou de uma ativação simpática, que é uma reação primitiva de luta-ou-fuga necessária para a sobrevivência dos organismos em situações de perigo, ou em situações em que ele *pensa* que está em perigo. Com essa informação, ele entende que essas sensações podem até ser desagradáveis, mas não são perigosas. Mesmo o aspecto de desagradabilidade é discutível, pois, na atividade sexual, podem-se sentir muitas dessas sensações e achá-las agradáveis. Tudo depende do contexto em que são avaliadas; daí ser perfeitamente aceitável experimentá-las.

Outro aspecto importante diz respeito à idéia de que essas sensações parecem antecipações de “perigos” (morrer sufocado ou de ataque cardíaco, perder o controle, ficar louco, desmaiar). Na verdade não são antecipações, são conseqüências dos pensamentos que o indivíduo tem a partir de suas sensações. E a maior evidência disso é que nunca foram ou são confirmadas.

Cada letra da palavra A.C.A.L.M.E.-S.E. representa um passo necessário para o manejo adequado de uma situação percebida como ameaçadora, como a iminência de novas sensações corporais.

O paciente leva para casa uma cópia da Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. e duas cópias das folhas de Registro de Pensamentos (Beck, 1997). Nas sessões, todos esses registros são revisados com o terapeuta.

A sessão 3 tem como objetivo provocar uma conscientização corporal e fortalecer o treino de reestruturação cognitiva. Suas principais metas e tarefas são:

1. Análise dos RDPDs: rever registros (se houver), fazendo as devidas correções sobre a forma de registrar pensamentos automáticos (PA), se necessário. Ex.: “vou cair, ao invés de “vontade de fugir”. Solicitar que o paciente analise os PAs em seu registro, e propor “respostas (racionais) alternativas”.
2. Fazer os exercícios de exposição interoceptiva para produzir uma habituação às sensações (Barlow & Cerny, 1999).
3. Iniciar um exercício de relaxamento. Caso o paciente resista ao exercício (movendo-se, falando, mantendo os olhos abertos, desobedecendo instruções

etc.) ou dê sinais de intensa ansiedade, interromper o exercício e solicitar novos RDPDs incluindo respostas racionais.

4. Solicitar treino em relaxamento como tarefa para casa, mais treino respiratório.

A sessão inicia-se com a revisão dos registros de pensamento. Os registros são completados, incluindo também as respostas racionais e o preenchimento da coluna de reavaliação.

A seguir, o treino de habituação interoceptiva (Barlow & Cerny, 1999) é iniciado com uma explicação da lógica do condicionamento interoceptivo e como ela se aplica a ataques de pânico. O argumento básico consiste no fato de que as sensações iniciais de ansiedade tendem a ficar associadas às sensações finais (isto é: o próprio ataque de pânico) por meio de um condicionamento pavloviano. Dessa forma, as sensações iniciais podem disparar, *sem mediação cognitiva*, novos ataques de pânico. Por essa razão, ataques de pânico podem ocorrer à noite, quando as pessoas estão dormindo e pensando em nada. O terapeuta deve solicitar que o paciente realize os exercícios abaixo conforme descritos e anotar nas colunas correspondentes as avaliações feitas pelo paciente. Deve solicitar também que o paciente os faça uma vez por dia em casa (e em outros locais que ele considere seguros), anotando os resultados das sensações nas colunas correspondentes. Os resultados de intensidade da sensação e de similaridade se mantêm, mas os resultados de ansiedade costumam cair. Nas sessões subseqüentes, deve-se solicitar que o paciente estabeleça uma hierar-

quia de situações reais em que se produzam sensações equivalentes (p.ex.: montanha russa, caminhadas, nadar, dançar, exercícios em bicicletas ergométricas de academias de ginástica), para que o paciente venha a se expor progressivamente a cada uma delas (Tabela 1).

No que diz respeito ao relaxamento muscular progressivo (Jacobson, 1938) deve-se apenas fazer o exercício no paciente, chamando a atenção dele para a concentração necessária para discriminar a diferença entre graus variados de tensão nos diversos músculos do corpo. É importante também destacar a importância que o relaxamento muscular tem para produzir um relaxamento periférico que, por sua vez, induz um estado de relaxamento mais central, representado pela ativação do sistema parassimpático. É importante acrescentar sugestões, como são feitas no treinamento autógeno (Luthe, 1969) e incentivar a visualização de cenas tranquilizadoras, como uma praia deserta ou a relva de uma montanha, com seus odores e brisas.

Os objetivos da sessão 4 são os de fortalecer a auto-eficácia. As seguintes metas e tarefas são almejadas:

1. Análise dos RDPD, com respectivas correções, se necessárias.
2. Fazer hierarquia de exposições situacionais (para pacientes que também tenham Agorafobia).
3. Iniciar exposição gradual ao vivo, ressaltando o uso da estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. por meio da aceitação das sensações, treino respiratório e reestruturação por meio dos RDPD.
4. Solicitar preenchimento de *curtograma*² e lista de desejos.

Tabela 1. Exercícios de exposição interoceptiva para pacientes.

Exercício	Duração (seg)	Intensidade da sensação (0-10)	Ansiedade (0-10)	Similaridade (0-10)
Sacudir a cabeça de um lado para o outro	30			
Colocar a cabeça entre as pernas e levantar	30			
Correr parado	60			
Prender a respiração	30 ou mais			
Tensão muscular completa do corpo	60 ou mais			
Rodar em uma cadeira giratória	30			
Hiperventilar	60			
Respirar por um canudo fino	120			
Manter o olhar em um ponto na parede ou na própria imagem no espelho	90			

(Barlow & Cerny, 1999).

▼▼▼▼

² Curtograma diz respeito ao que uma pessoa gosta ou "curte" fazer, o que ela não gosta (ou não "curte"), o que ela não gosta e faz, e o que ela não gosta e não faz; lista de desejos é a mesma coisa aplicada ao futuro: como ela quer que sua vida venha a ser.

5. Solicitar treino em relaxamento.
6. Recomendar novos exercícios graduais de auto-exposição como tarefa de casa.

Esta sessão é para pacientes que, além de TP, também preenchem critérios diagnósticos para Agorafobia. Se o paciente não tiver problemas de deslocamento solitário, a quinta e a sexta sessão serão desenvolvidas nesse momento. Se ele tiver, deve-se fazer uma hierarquia de exposições, conforme exemplo abaixo. Depois de construída, começar junto com o paciente pelo item mais baixo e subir progressivamente. Este exercício deve ser feito com *exposição prolongada*, isto é, só se passa para o item seguinte quando a ansiedade experimentada em um determinado item for desprezível. O rebaixamento da ansiedade pode durar mais de meia hora, mas pode ser muito menor. Deve-se avaliar ou pedir ao paciente para avaliar (conforme o estágio na hierarquia) a quantidade de ansiedade, em graus subjetivos, em uma escala imaginária de 0 a 100.

Exemplo de uma de Hierarquia de Exposições:

1. Distanciar-se uma quadra;
2. Dar uma volta no quarteirão;
3. Dar uma volta em dois quarteirões (o terapeuta vai antes e espera no final);
4. Caminhar por x quarteirões sem a presença do terapeuta (ou outra pessoa);
5. Pegar um táxi até a própria casa (dependendo da distância, trajeto com túneis, engarrafamentos ou não);
6. Andar em um elevador (um andar ou mais);
7. Pegar um ônibus (um ponto ou mais);
8. Andar de metrô (uma estação ou mais).

O objetivo da sessão 5 é tentar favorecer uma modificação na forma como cada cliente maneja a sua existência. As seguintes metas e tarefas fazem parte dela:

1. Análise dos RDPD, com respectivas correções, se necessário.

2. Introduzir a noção de *Hedonismo Responsável*.

3. Discutir a crença irracional de Albert Ellis (1962): "*É absolutamente necessário para mim ser admirado ou amado pelas pessoas que me são importantes*".

4. Introduzir a noção de *assertividade*, fazendo também uma dramatização de uma das situações negativas.

5. Tarefas para casa: a) preencher RDPD; b) satisfazer itens do *curtograma*; c) satisfazer itens da lista de desejos; d) Treinar relaxamento muscular; e) fazer auto-exposições.

Deve-se discutir, neste momento, a noção de *hedonismo responsável* (Dryden & Ellis, 1988), entendida como a idéia de que somos movidos por desejos, mas que isso só se justifica se for feito de forma racional, isto é, em que se avalie as implicações positivas e negativas de curto, médio e longo prazo de cada decisão, caso contrário poderíamos agir impulsivamente e nos arrepender de nossas decisões. Deve-se discutir também em que medida uma (ou mais) das próximas três crenças possam estar sendo seguidas pelo paciente (Tabela 2).

O conceito de assertividade ou de afirmação pessoal refere-se à expressão direta, honesta e adequada de sentimentos, acompanhada dos comportamentos correspondentes (Martins, 2005). Já foi visto que pacientes com pânico são pouco assertivos (Chambless, Hunter & Jackson, 1982). Pode-se compreender isto por seu temor de serem reprovados. Um certo tempo das sessões 5 e 6 deve ser ocupado com uma análise das situações em que o paciente não consegue ser assertivo e com o treinamento de habilidades de assertividade.

Treinar habilidades de afirmação diz respeito a ensinar a agir desta forma. Uma afirmação é um pensamento positivo que escolhemos para expressá-la, para que assim possamos atingir um objetivo. A maior força de uma pessoa virá primeiramente do modo como ela

Tabela 2. Crenças irracionais (Ellis, 1962).

1. A idéia que existe uma extrema necessidade para qualquer ser humano adulto ser amado ou aprovado virtualmente por qualquer outra pessoa significativa em sua comunidade;
2. A idéia de que se deve ser inteiramente competente, adequado e realizador em todos os aspectos possíveis, para se considerar dotado de valor;
3. A idéia que é terrível e catastrófico quando as coisas não são do jeito que a gente gostaria que fossem.

afirma seu valor como pessoa. Existem duas formas de afirmações que ela poderia explorar: a primeira são crenças particulares referentes a quem ela é; e a segunda são crenças referentes às coisas que ela quer fazer em sua vida.

A sessão 6 tem como objetivo básico a manutenção e o fortalecimento do que foi aprendido. As metas e tarefas:

1. Rever e analisar tarefas.

2. Discutir a crença irracional de Albert Ellis (1962): "Devo ser inteiramente competente, adequado e realizador em todos os aspectos possíveis para me considerar como tendo valor".

3. Discutir a crença irracional de Albert Ellis (1962): "É terrível e catastrófico quando as coisas não são do jeito que a gente gostaria muito que fossem".

4. Análise de iniciativas existenciais.

5. Repetir exercícios de relaxamento, de conscientização corporal e respiratórios.

6. Despedidas.

O pós-teste consiste em reavaliar o desempenho nas escalas aplicadas anteriormente. O objetivo é avaliar o *status* do paciente em relação a níveis de ansiedade, depressão, evitações, assertividade e funcionamento global na vida.

Uma das primeiras mudanças foi adaptar o protocolo para tratamentos em grupo. O número original era de seis sessões. Considerando que nos grupos talvez existissem pessoas com menor qualificação de entendimento, aumentei então o protocolo para oito sessões. Houve uma diminuição de tarefas em cada sessão, e uma distribuição mais adequada naquelas ocorrendo a partir da quarta sessão. O treino assertivo, que não apresentava resultados satisfatórios, teve a sua duração aumentada, com as atividades distribuídas em quatro sessões ao invés de apenas uma. A reestruturação existencial ficou dilatada para três sessões. A exposição situacional foi ampliada para quatro sessões.

Assim, a *sessão 4* passou a ter como objetivo o fortalecimento da auto-eficácia, na medida em que se iniciaria a exposição situacional. As principais metas e tarefas nessa sessão seriam, em primeiro lugar, construir uma hierarquia inicial para exposições situacionais e fazer uma primeira exposição usando as habilidades de manejo da ansiedade já adquiridas. Em segundo lugar,

começaria a discussão da crença irracional "*É absolutamente necessário para mim ser amado e aprovado pelas pessoas que me são importantes*". O combate desta crença favoreceria o fortalecimento da auto-estima e da independência. Para terminar, a sessão envolveria também o início do treino assertivo, com exercícios envolvendo elogiar e ser elogiado. Como tarefas de casa, o indivíduo deve continuar a fazer exercícios de relaxamento respiratório e muscular, preencher RDPD e elogiar outras pessoas.

A *sessão 5* continuou a ter como primeiro objetivo a reestruturação existencial, isto é, como o paciente conduz a própria vida em termos de exigências consigo próprio e de não tolerar as sensações desconfortáveis da ansiedade. Nesta sessão, além de continuar a fazer exposições a situações ansiogênicas, ele deve ser capaz de aprender a dizer não para solicitações inadequadas de outros. É introduzida a noção de "hedonismo responsável" e discutida outra crença irracional de Ellis: "*Devo ser inteiramente competente, adequado e realizador em todos os aspectos possíveis para poder me considerar como tendo valor*". Como tarefas para casa, são solicitados um *curtograma*, auto-exposições e o exercício de dizer não para outras pessoas.

A *sessão 6* envolve uma segunda parte do manejo existencial, em que é analisado o *curtograma* e incentiva-se o cliente a fazer mais o que "gosta mas não faz". É também instado a fazer mais exposições situacionais da hierarquia construída. Quanto ao treino em assertividade, é exercitada a terceira parte: pedir coisas ou ajuda de outros. Há também uma discussão da terceira crença irracional de Ellis: "*É terrível e catastrófico quando as coisas não acontecem do jeito que eu queria*". Como tarefas para casa, são solicitados o preenchimento de uma lista de desejos, a continuação das auto-exposições e pedir coisas ou ajuda para outras pessoas.

A *sessão 7* envolve mais uma sessão de manejo existencial. Solicita-se que o indivíduo faça mais exposições situacionais da hierarquia. Além disso, verifica-se se o cliente tentou fazer mais coisas que lhe dessem prazer, como indicado no *curtograma*, e analisa-se a sua lista de desejos, incentivando o planejamento de um futuro realizador e feliz. Quanto ao treino em assertividade, é realizada a quarta parte, que envolve pedir mudanças no comportamento dos outros. As tarefas para casa incluem continuar a fazer auto-exposições, pedir mudanças no comportamento de outras

pessoas e solicitar que tragam os questionários do pós-teste e as avaliações preenchidas sobre o trabalho realizado.

A *sessão 8* é a de encerramento. O objetivo desta sessão é fortalecer estratégias de manutenção e de prevenção de recaídas. Para isso, são revisadas e analisadas as iniciativas em relação ao *curtograma* e aos desejos, aos pedidos para outras pessoas mudarem seus comportamentos, ao preenchimento de RDPDs etc. São feitos novamente exercícios de relaxamento muscular e respiratório e de exposição interoceptiva. Informações para prevenir recaídas são oferecidas e tudo o que foi examinado durante o tratamento é revisto, para que possa existir uma manutenção do que foi aprendido e evitá-las. Uma avaliação do trabalho feito, incluindo ganhos com o tratamento, dificuldades e sugestões, é parte importante desta sessão. São feitas então as despedidas.

A partir de novas investigações empíricas, houve algumas modificações no protocolo original.

No protocolo anterior, havia uma sessão dedicada ao relaxamento muscular e recomendações para que esta atividade fosse exercitada em casa. Considerando que nesta tarefa, diferentemente de outras (que implicavam os pacientes trazerem algo produzido, por exemplo, um registro de pensamentos preenchido ou uma folha de registro de habituação interoceptiva), cabia apenas ao paciente informar se tinha feito ou não o exercício. Talvez alguns até tivessem feito, mas provavelmente a maioria não. Como já tínhamos muitos dados de tratamentos individuais e em grupo com relaxamento muscular, fizemos quatro grupos sem relaxamento muscular, para comparar os resultados. Não houve diferenças significativas entre tratamento com e sem relaxamento muscular.

Os dados de pós-teste não comprovavam efetividade do treinamento assertivo: em geral os pacientes pioravam em sua assertividade. Desenvolvi, então, um novo protocolo, que retirava a ênfase em quatro sessões de treino assertivo, e introduzi a participação de um familiar, com o objetivo de estender a duração do tratamento até depois de ele ter terminado na DPA (Craske & Barlow, 1999). Os resultados iniciais confirmam que foi uma mudança adequada. Na quinta sessão, realizada com a presença de acompanhantes, o objetivo é obter o apoio destes como aliados no processo de

recuperação dos pacientes. Para esse fim, são dadas a eles as devidas explicações sobre o transtorno de pânico, tal como fora feito com os pacientes na primeira sessão. Se possível, essa explicação deve ser dada pelos próprios pacientes, a fim de verificar o entendimento destes acerca do transtorno.

Na *sessão 6*, realizada também com a presença de acompanhantes, o objetivo é começar a preparar as exposições situacionais que serão feitas pelos pacientes. Para tal, é explicada aos pacientes e aos acompanhantes a lógica da exposição situacional, e os acompanhantes são instruídos a respeito de como devem proceder ao acompanhar os pacientes em uma exposição. Além disso, são elaboradas hierarquias de exposição para cada paciente, listando todas as situações evitadas e organizando-as em ordem crescente de dificuldade.

Na *sessão 7*, realizada com a presença de acompanhantes, o objetivo é finalizar a elaboração das hierarquias de exposição e demonstrar como essa deve ser realizada. Para tanto, são revistas as hierarquias de cada um e é escolhida uma situação para se realizar uma exposição prolongada.

A *sessão 8* tem como objetivos rever o que foi visto durante as sessões anteriores e preparar os pacientes para possíveis recaídas. Para tanto, são revistos os conceitos e exercícios transmitidos durante o grupo, repetindo algum se necessário, e discutida a possibilidade de recaídas futuras, buscando desconstruir alguns mitos acerca das recaídas e levar os pacientes a enxergá-las sob uma perspectiva mais favorável.

Após o grupo, observa-se que os pacientes obtêm uma melhora significativa de seus sintomas e espera-se que estejam preparados para continuar seu processo de melhora sem a ajuda do terapeuta. A decisão de incluir acompanhantes no processo foi tomada justamente com o objetivo de tornar os ganhos mais duradouros e como uma forma de reduzir o tempo do tratamento, pois não é necessário que o terapeuta acompanhe os pacientes durante todas as suas exposições situacionais. Esse protocolo foi elaborado a fim de se desenvolver uma forma de tratamento eficaz que consuma o mínimo de tempo possível, dada a grande procura que existe pelos serviços da DPA. Vale lembrar que, embora o protocolo seja de curtíssimo prazo, durando apenas oito semanas, há evidências na literatura que sugerem a eficácia de protocolos desse

tipo, ou até mesmo mais curtos, para o pânico e para a agorafobia (Deacon & Abramowitz, 2005; Elsesser, Mosch & Sartory, 2002).

Referências

- Ayres, L. S., & Ferreira, M. C. (1995). Para medir assertividade: construção de uma escala. *Boletim CEPA*, 2, 9-19.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto revisado). São Paulo: Artmed.
- Baillie, A., & Rapee, R. (2004). Predicting who benefits from psychoeducation and self help for panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (5), 513-527.
- Bandelow, B. (1995). Assessing the efficacy of treatment for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 10 (2), 73-81.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1999) Tratamento psicológico do pânico. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Biaggio, A., Natalicio, L., & Spielberger, C. D. (1977). Desenvolvimento da forma experimental em português do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) de Spielberger. *Arquivos Brasileiro de Psicologia Aplicada*, 29 (3), 31-44.
- Chambless, D. L., Caputo, C. G., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23 (1), 35-44.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (6), 1090-1097.
- Chambless, D. L., Hunter, K., & Jackson, A. (1982). Social anxiety and assertiveness: a comparison of the correlations in phobic and college student samples. *Behavior Research & Therapy*, 20 (4), 403-404.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., & Santos, W. (1998). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira Reumatologia*, 39 (3), 143 -50.
- Craske, M., & Barlow, D. (1999). *Transtorno de pânico e agorafobia*. In D. Barlow (Org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2005). A pilot study of two-day cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (6), 807-817.
- Derogatis L R., Lipman R. S., Covi L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psychopharmacol Bull*, 9 (1), 13-28.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1995). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. Albany: Greywind.
- Dryden, W., & Ellis, A. (1988). *Rational-Emotive Therapy*. In K.S. Dobson. *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. London: Hutchison.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Elsesser, K., Mosch, A., & Sartory, G. (2002). Brief psychological treatment for the relief of panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 502-505.
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1966). Severe agoraphobia: a controlled prospective trial of behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 112, 309-319.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Luthe, W. (Ed.) (1969). *Autogenic therapy*. New York: Grune & Stratton.
- Martins, V. (2005). *Seja assertivo!* Rio de Janeiro: Elsevier.
- Pfohl, B., Zimmerman, M., Blum, N., & Stangl, D. (1989). *Entrevista estruturada para transtornos da personalidade pelo DSM-III-R (SCID-TP)*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina [mimeografado].
- Rangé, B. P. (Org.) (1995). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psy.
- Rangé, B. P. (1996). Questionário de pânico. Manuscrito não-publicado.
- Seligman, M. E. P. (1995). *O que você pode e o que não pode mudar*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Wenzel, A., Sharp, I. R., Brown, G. K., Greenberg, R. L., & Beck, A. T. (2006). Dysfunctional beliefs in panic disorder: the panic belief inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (6), 819-833.
- Wolfe, B. E., & Maser, J. D. (Eds.) (1994). *Treatment of panic disorder: a consensus development conference*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Recebido em: 15/12/2006
Versão final reapresentada em: 29/6/2007
Aprovado em: 26/7/2008

Experiências afetivo-familiares de mulheres com *alopecia areata*

Emotive family-related experiences in women with alopecia areata

Renata Bilion Ruiz **PRADO**¹

Carmen Maria Bueno **NEME**²

Resumo

Este estudo consistiu na análise da dinâmica emocional das experiências afetivas de mulheres com *alopecia areata*, tendo como eixo as relações de afeto mantidas com os pais e em suas relações conjugais. Foram entrevistadas cinco pacientes, atendidas no Instituto Lauro de Souza Lima, com idade entre 22 e 53 anos. O estudo baseou-se no método clínico de investigação e os dados foram obtidos mediante entrevistas semi-estruturadas. Nos depoimentos foram apontadas experiências dolorosas da relação conjugal e do adoecimento, que foram associadas a vivências traumáticas na infância. As associações realizadas pelas mulheres entre suas experiências passadas, relações conjugais, adoecimento e o impacto da doença na vida atual confirmaram os achados da literatura, e os dados encontrados puderam ser interpretados à luz das contribuições psicanalíticas. Os resultados obtidos podem contribuir para o esclarecimento de aspectos dinâmicos relacionados à *alopecia areata* e a outras psicodermatoses, bem como favorecer intervenções interdisciplinares e psicoterápicas mais efetivas com pacientes dermatológicos crônicos.

Unitermos: Afetividade. Alopecia. Família. Psicanálise.

Abstract

This study consisted of the analysis of the emotional dynamics of the emotional experiences of women with alopecia areata, rooted in the emotional relationship maintained with parents and in their matrimonial relationships. Five patients aged between 22 and 53, cared for in the Lauro de Souza Lima Institute, were interviewed. The study was based on the clinical method of research and the data was obtained by means of semi-structured interviews. In their statements, painful experiences of matrimonial relations and sickness associated with traumatic experiences in childhood were reported. The associations made by women between their past experiences, matrimonial relations, sickness and the impact of the disease on life in the present, confirmed the findings of literature and the data found could be interpreted in view of the psychoanalytical contributions. The results obtained can help to clarify dynamic aspects related to alopecia areata and other psycho-dermatoses, as well as favoring interdisciplinary and psychotherapeutic interventions that are more effective with chronic dermatological patients.

Unitem: Affectivity. Alopecia. Family. Psychoanalysis.

▼▼▼▼

¹ Instituto Lauro de Souza, Divisão de Pesquisa e Ensino. Rod. Comandante João Ribeiro de Barros, Km 225/226, 17034-971, Bauru, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: R.B.R. PRADO. E-mail: <rrruiz@iisl.br>.

² Universidade Estadual Paulista, Departamento de Psicologia. Bauru, SP, Brasil.

Agradecimentos à Profa. Dra. Vera da Rocha Resende, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNESP, Campus de Assis, pelas contribuições durante o desenvolvimento da pesquisa.

Entre as várias dermatoses, a *alopecia areata* ou pelada destaca-se por sua evolução crônica e associação com aspectos psicológicos ou psicossomáticos. As características dessa dermatose incluem perda de cabelos ou de pêlos em áreas redondas ou ovais, e não há presença de sinais inflamatórios ou de atrofia da pele. Geralmente, pode se manifestar no couro cabeludo ou na barba. Possui maior prevalência dos 20 aos 50 anos. É mais freqüente no sexo masculino, mas se desenvolve em ambos os sexos. É uma doença de evolução crônica e de fator etiológico desconhecido, embora exista uma correlação com as doenças congênitas, participação genética e imunológica, na qual se verifica infiltrado linfocitário de linfócitos T em torno dos folículos pilosos (Sampaio & Rivitti, 2001).

A literatura destaca o estudo das dermatoses do ponto de vista psicossomático. Embora as investigações atuais sobre a *alopecia areata* sejam proeminentes, a abrangência do tema pode ser ricamente explorada. Na perspectiva dermatológica, o paradigma científico que concebe o ser humano em sua totalidade ainda não conquistou uma adesão universal dos profissionais. Entretanto, o conhecimento produzido contribuiu com o avanço de investigações entre as dimensões neurológicas, endócrinas, psicológicas e fisiológicas no processo de adoecimento. Na década de 1990, Castro (1991) considerou que a manifestação de distúrbios dermatológicos relaciona-se ao desenvolvimento de estados de ansiedade, estresse, tensão, medo e depressão, ponderando que a pele é um dos órgãos de expressão dos processos psíquicos. Posteriormente, Cohen (1995) constatou que a linguagem cutânea representa uma via de acesso para a expressão de conflitos, cuja ação psíquica tem sido reconhecida na *alopecia areata*, líquen rubro, psoríase, vitiligo, rosácea e em outras dermatoses e enfermidades.

Do ponto de vista fisiológico, a pele é um sistema integrado e órgão de imunovigilância avançado. É também constituída de ceratinócitos, células de Langerhans, células de Merkel, linfócitos residentes e células endoteliais do plexo capilar. Essas estruturas recebem informações do sistema nervoso central pelas terminações nervosas livres (Azambuja, 2000). A conexão entre a dermatologia e a psiconeuroimunologia privilegia as dimensões fisiológica, comportamental, cognitiva, afetiva, sistêmica e ecológica do funcionamento

humano (Rocha, 2003). O *stress* tem papel significativo na gênese de várias doenças em decorrência das reações gerais e específicas de adaptação, especialmente por sua ação imunodepressora, dependendo dos modos de enfrentamento dos eventos estressores (Neme, 2005).

Para Urpe, Buggiani e Lotti (2005), há evidência clínica e experimental de que o cérebro pode influenciar tanto no surgimento de episódios dermatológicos quanto em sua cura, e os sistemas imune e endócrino são os principais responsáveis pela manifestação de sintomas dermatológicos.

No que diz respeito à *alopecia areata*, a medicina reconhece a presença de fatores emocionais associados à sua manifestação, apesar de sua etiologia desconhecida (Sampaio & Rivitti, 2001). Na manifestação dessa dermatose, há uma possível atuação das vias bioquímicas, nas quais os fenômenos emocionais exercem influência por intermédio da ação de neuromediadores (Rivitti, 2005).

Do ponto de vista psicológico, os estudiosos buscam a conexão entre o funcionamento psíquico e as manifestações dermatológicas no contexto da história de vida do indivíduo. Em estudo realizado por Perini et al. (1984), tanto os pacientes com *alopecia areata* quanto os pertencentes aos grupos controles foram submetidos a eventos estressores. Entretanto, os autores não consideraram apenas a ocorrência concreta de acontecimentos indesejáveis no emergir da doença, pois observaram que os pacientes recordavam os traumas de maneira dolorosa, mesmo sem tê-los experienciado novamente.

A história de vida, quando pontilhada de conflitos, merece uma atenção especial dirigida à infância. A falta de contato ou o contato deficiente entre mãe e filho pode favorecer a eclosão de enfermidades de pele (Spitz, 1993). Segundo Caldera, Jará, Díaz, Martín e Rubio (1986), o estado emocional da criança portadora de *alopecia areata* encontra-se freqüentemente alterado, apresentando relações de afeto insustentáveis e marcadas por acontecimentos insatisfatórios. Situações tais como desmame traumático, sentimento de abandono e perda dos pais favorecem a carência afetiva materna e paterna e podem compor um quadro de "neurose de abandono" (Chalub, 1989). Portanto, cabe ressaltar a teoria de Bowlby (1998), na qual o autor descreve o desenvolvimento sadio da criança fundamentado nas

primeiras ligações da infância, descritas como persistentes e contínuas, cuja principal “figura de apego” é representada pela pessoa que dispensa a maior parte dos cuidados maternos.

Em estudo realizado com uma criança de cinco anos, Kreisler (1999) detectou relações afetivas enfraquecidas, carência paterna e repetições de situações traumáticas. Volich (2000) observou que, em condições de rejeição materna, a criança pode perseverar em estado de agitação, sofrer de insônia ou chupar o dedo para substituir a mãe, valendo-se de auto-erotismo. Estudos recentes sobre o tema encontrados na literatura restringem-se à faixa etária adulta e, freqüentemente, deixam de abordar a história de vida e as vivências traumáticas da infância. Cabe destacar que foram confirmadas relações de influência entre a *alopecia areata* e vivências de traumas psicológicos em pacientes, sobretudo em situações de luto, nas quais a tentativa de eliminar ou diminuir a tensão foi realizada de maneira imprópria (Misery & Rousset, 2001).

Estudos encontrados na literatura relacionam algumas dermatoses e certas características psicológicas, indicando a ocorrência de emoções significativas em indivíduos com *alopecia areata* aproximadamente doze meses antes de seu surgimento, enquanto em pacientes com psoríase ocorreu uma tendência maior para fazer reclamações ou queixas emocionais muito tempo antes. Embora possam ser identificadas características psicológicas consideradas específicas em diferentes dermatoses, existem também características comuns. Estudos realizados por Tordeurs, Poot, Janne, Reynaerti e Salamon (2001) indicam que tanto na *alopecia areata* quanto na psoríase as pessoas tendem a expressar as emoções, o sofrimento psicológico e o mal-estar por intermédio de reclamações somáticas.

De acordo com Doblado, Carrizosa e Hernández (2003), indivíduos com *alopecia areata* tendem a apresentar personalidade dependente e anti-social, com sintomas psicopatológicos mais específicos, como transtorno de adaptação, ansiedade generalizada e episódios depressivos. Para Picardi et al. (2003), a *alopecia areata* pode se manifestar em indivíduos que mantêm distanciamento nas relações interpessoais, com características predominantes de alexitimia, descontrole emocional e pouca habilidade para lidar com as emoções.

Estudos realizados à luz da teoria psicanalítica apontam a influência de situações traumáticas e de eventos de estresse no processo de evolução das doenças. Os eventos traumáticos são acontecimentos fortemente indesejáveis que geram perturbações psíquicas prolongadas e dependentes da combinação entre os recursos que o indivíduo possui e a intensidade da reação à experiência (Volich, 2000). Por outro lado, as reações psicofisiológicas do *stress* podem ser desencadeadas por eventos positivos ou negativos que rompem com a homeostase e apresentam finalidades adaptativas. O *stress* é definido como “estado de tensão não-específico de um ser vivo, que se manifesta por mudanças morfológicas tangíveis, em diferentes órgãos, e particularmente nas glândulas endócrinas” (Selye, 1952, p.20).

As experiências individuais configuradas como dolorosas, ameaçadoras e afetivamente empobrecidas têm como resíduos emocionais os sentimentos reprimidos. À medida que novas situações se repetem e são recordadas com sofrimento, as experiências antigas são consideradas traumáticas. Portanto, a expressão verbal facilitaria a identificação de sentimentos afetivos tanto na infância quanto na fase adulta. Para Freud (1899/1969), ao ingressar na maturidade sexual, o indivíduo pode reviver de modo traumático ou não suas experiências do passado, independentemente da similaridade concreta entre as experiências passadas e as atuais. O efeito traumático depende também dos recursos disponíveis pelo indivíduo e da intensidade da reação à experiência.

A opção pelo estudo de pessoas que sofrem com a *alopecia areata* fundamentou-se em observações clínicas realizadas no processo psicodiagnóstico de pacientes em tratamento médico e psicológico no Instituto Lauro de Souza Lima (Bauru-SP), considerado pela Organização Mundial da Saúde um centro de referência nacional na assistência, ensino e pesquisa da hanseníase e dermatologia geral.

As observações clínicas mostraram que os componentes psicoafetivos negativos identificados na história de vida dos pacientes tinham suas raízes na infância e permaneciam até a idade adulta, mesmo após a manifestação da doença. Nos pacientes atendidos, foram freqüentemente constatados comprometidos

mentos emocionais, tanto nas relações parentais quanto na vida conjugal, identificando-se experiências de privação afetiva, abandono, rejeição ou separação temporária. Tais observações motivaram este estudo - focalizado na expressão dos aspectos afetivos presentes na situação de doença e vivenciados de maneira subjetiva e particular - que teve como objetivo realizar a análise da dinâmica emocional de mulheres com *alopecia areata*, delimitando como eixo as relações de afeto com a família de origem (pais) e as relações conjugais, conforme relato de experiências das participantes.

Método

O estudo foi baseado no método clínico de investigação (Trivinos, 1995) e de natureza descritivo/interpretativa. Respeitou-se a espontaneidade no modo de falar das participantes, estimulando o emergir de conteúdos presentes em seu imaginário. Utilizou-se a técnica da entrevista semi-estruturada, que permitiu a recuperação e exploração de fragmentos de lembranças no relato das mulheres entrevistadas, possibilitando a reconstrução das histórias de suas vidas afetivas desde a infância.

Participaram deste estudo cinco mulheres, pacientes do Instituto Lauro de Souza Lima (Bauru), sendo quatro casadas e uma viúva, com idades entre 22 e 53 anos. Apenas uma participante tinha ocupação profissional (instrutora de serviços gerais), enquanto as demais exerciam as atividades do lar, e todas residiam na cidade de Bauru (SP). A amostra foi constituída exclusivamente de mulheres, tendo em vista que os pacientes masculinos atendidos no ambulatório não dispunham de tempo para comparecer às entrevistas em horário de trabalho e apresentavam menor aderência aos tratamentos médicos e psicológicos oferecidos, comparativamente ao universo feminino. As mulheres, identificadas com nomes fictícios, foram selecionadas aleatoriamente entre as pacientes com *alopecia areata* que tinham ou tiveram algum tipo de relacionamento conjugal e estavam sendo atendidas na rotina do ambulatório de dermatologia da instituição onde o estudo foi realizado, na época da coleta de dados. Todas as convidadas concordaram em participar, relatando suas histórias de vida e de relacionamento conjugal.

Procedimentos

Em uma proposta de trabalho interdisciplinar, os pacientes que procuram o ambulatório, coordenado por uma médica dermatologista, são encaminhados para a equipe de psicólogos, apresentando diferentes tricoses: *alopecia areata*; *alopecia* androgenética; tricotilomania; síndrome da queda anágena, entre outras doenças. O médico investiga, faz o diagnóstico e propõe a intervenção medicamentosa e outros procedimentos terapêuticos, enquanto o trabalho da psicologia abrange o processo psicodiagnóstico interventivo e a psicoterapia, durante o tempo necessário para a repilagem dos fios de cabelo. Semanalmente, são realizadas reuniões ambulatoriais entre dermatologistas e psicólogos, com o objetivo de discutir os principais aspectos psicodermatológicos e as expectativas do paciente quanto ao diagnóstico e prognóstico, tendo em vista o prolongamento do tratamento.

As participantes foram previamente agendadas e individualmente entrevistadas, com média de três encontros, com duração máxima de 60 minutos cada entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. As respostas produzidas pelas entrevistadas apresentaram características peculiares e, em vários aspectos dos relatos, os conteúdos relatados permitiram a sua organização em categorias de experiências psicológicas.

As informações foram obtidas por meio dos relatos espontâneos das entrevistadas, com base em questões gerais iniciais colocadas pela entrevistadora para estimular os relatos. As entrevistas clínicas realizadas compuseram um processo de triagem diagnóstica interventiva, no qual foram trabalhados aspectos relacionados às expectativas negativas das pacientes frente à cura da dermatose associadas aos conflitos afetivos familiares e aos sentimentos presentes nas dificuldades conjugais. Todas as pacientes foram incluídas no processo psicoterápico após a realização das entrevistas, na rotina de atendimentos da instituição.

A entrevista foi constituída por uma questão norteadora central: "Fale-me sobre a sua vida". Com base nesta, surgiram outras questões que abarcavam fragmentos de lembranças afetivas não elaboradas e pertencentes ao contexto familiar de origem e das relações conjugais durante o relato espontâneo de cada entrevistada.

Os relatos das entrevistadas foram mantidos em sigilo, respeitando-se o anonimato. A autorização das entrevistadas para participar deste estudo foi obtida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi submetida à apreciação da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e obteve parecer favorável.

Análise dos dados

Neste estudo qualitativo, o conteúdo gravado das entrevistas foi integralmente transcrito e analisado. As entrevistas visaram à obtenção de relatos de memórias dos aspectos mais marcantes das experiências afetivas das pacientes. As respostas das participantes, após a questão central norteadora, abrangeram aspectos afetivos da relação com os pais e com o cônjuge, além de aspectos da vida conjugal, adoecimento e vivências atuais, de acordo com as ênfases dadas pelas próprias participantes, e foram organizadas nos seguintes eixos temáticos: relação com os pais; namoro e casamento; sexualidade e relação conjugal; adoecimento; doença e estigma.

Resultados e Discussão

As respostas transcritas e organizadas em categorias temáticas estão apresentadas de acordo com as categorias nas quais foram inseridas.

Relação com os pais

A análise dos relatos das participantes concernentes à infância e à relação com os pais evidenciou referências afetivas mais negativas do que positivas, com indicações de vínculos inseguros ou frágeis. Ao recordarem fragmentos de suas histórias de vida associados ao relacionamento com os pais, narraram as seguintes passagens:

Como minha mãe trabalhava, tinha que fazer as coisas certas para não apanhar dela. Eu era criança também, não conseguia ter todas as responsabilidades de adulto. Ela estava sempre brava, nervosa com todo mundo. Não tive afeto, diálogo e nem pude contar meus problemas pra minha mãe ... (Sandra).

Minha mãe era muito nervosa e tinha ataque epilético. Morreu quando eu tinha quatro anos... Eu não aceitava

a nova esposa do meu pai. Minha madrasta era ignorante... Meu pai bebia e brigava muito. A nossa convivência não era boa. Ele era severo, mas era um bom pai. Ele não sabia passar carinho, mas tinha amor pelos filhos, aquela coisa antiga e ignorante (Ana).

Agente sempre teve desentendimento. Nós somos muito parecidos ... Meu pai era muito pouco de abraço e beijo, mas sempre nas necessidades ele estava presente ... Antes de ser mãe, não valorizava minha mãe no papel de querer me dizer no que estava certa e no que estava errada. Nós nunca fomos de sentar e conversar (Paula).

Minha avó me ensinou a passar roupa, aprender a cozinhar. Ensinou-me a viver. Minha mãe não fez isso por mim ... Meus tios brincavam comigo ... Minha mãe não foi mãe Era uma carrasca, revoltada comigo, e a irmã mais velha sofria como eu ... (Irene).

Meu pai é bom, me trata bem, mas não sei se me ama. Fica agressivo quando bebe, xinga muito a minha mãe ... (Hilda).

As figuras materna e paterna são concebidas negativamente: as lembranças de experiências afetivas suscitam sentimentos de frustração e vazio afetivo. A figura materna é apresentada apenas como uma pessoa que ensina e faz o bem à criança. Geralmente a mãe e/ou o pai aparecem como figuras autoritárias, oferecendo vínculos inseguros ou hostis. Nas entrelinhas, aparece uma auto-avaliação negativa e insegura associada a situações de abandono e privação, além de sentimentos de rejeição afetiva. A vivência traumática desses episódios da infância mobilizou sentimentos autodepreciativos. A provisão dos cuidados básicos essenciais ao desenvolvimento infantil parece não ter sido suficiente para garantir a manutenção da relação de troca afetiva positiva entre os pais e estas filhas.

Namoro e casamento

Todas as participantes casaram-se muito novas, com o primeiro namorado; três delas engravidaram durante o namoro, possivelmente buscando a satisfação de suas necessidades afetivas, conforme se depreende de seus relatos. A opção pelo companheiro conjugal não pareceu ter sido baseada na admiração, nas idéias românticas ou no amor, mas em uma atitude fatalista e de submissão a regras sociais, impostas e sustentadas também pelos pais. A possibilidade de uma opção consciente e afetuosa pelo parceiro mostrou-se prati-

camente nula, constatando-se, no relato das entrevistadas, uma aceitação passiva da imposição de regras sociais pelos pais, da privação de recursos materiais e aparente indiferença quanto à infidelidade do marido. A responsabilidade individual no enfrentamento das emoções e das próprias decisões parece diluída, constatando-se uma forte tendência à vitimização e à culpabilização do outro. As entrevistadas associaram a doença a seus problemas conjugais e familiares. Ao atribuir a causa dos seus problemas ao outro, mantiveram atitude de passividade diante dos conflitos e da vida. Os depoimentos a seguir indicam uma escolha conjugal imatura ente as mulheres entrevistadas e sugerem um comportamento passivo diante das dificuldades no casamento.

Quem escolheu meu marido foi minha mãe... Prefiro aceitar a traição do meu marido do que entregar a minha casa, o nosso dinheiro nas mãos de outra mulher e separar os filhos do pai... (Sandra).

Sou muito nervosa, principalmente depois que eu descobri que meu marido parece que tem uma filha com outra mulher... (Paula).

Meu marido sempre foi ruim dentro de casa. Passei cinco anos com o teto da casa em encerrado. Ele não dá dinheiro pra comprar coisas básicas... . A pior mudança que aconteceu pra mim foi o casamento, mesmo assim prefiro ficar com meu marido... (Irene).

Sexualidade e relação conjugal

As entrevistadas narraram conteúdos negativos quanto à vivência da sexualidade no convívio conjugal: distanciamento afetivo; pouca concretização de anseios e metas de vida; manutenção de baixa auto-estima e auto-imagem prejudicada, agravadas também pela doença. A vivência da menopausa foi considerada pelas entrevistadas um processo de adoecimento, de envelhecimento inevitável e o fim da etapa reprodutiva. Os sintomas de depressão descritos associaram-se à baixa auto-estima, enaltecendo o sofrimento, o sentimento de inutilidade, enfraquecimento, dependência e inferioridade, conforme a descrição dos depoimentos que se seguem:

Ele é muito instintivo na relação sexual, eu não gosto, mas fico esperando a iniciativa dele... Também, estou entrando na menopausa... Me considero uma pessoa muito doente... Me sinto inferiorizada perto das pessoas,

engordei demais... Não me olho no espelho, acho que as pessoas pensam que sou feia... (Sandra).

Eu perdi o interesse por sair de casa, tenho uma tristeza profunda, dificuldades para tomar decisões, não tenho amigos, sinto muito cansaço, não gosto do meu trabalho, mas, não abandono... Sofro de depressão, insônia, ácido úrico, menopausa; perdi um pouco da minha audição e visão... .. Me acho feia e velha, cheia de cabelos brancos... Minha preocupação com o cabelo é não poder pintá-lo, pois acho que pode cair mais... Fico irritada, incomodada e tenho medo de perdê-lo por completo ... (Ana).

Quando nasceu minha filha, eu pus pra fora o que estava tanto tempo dentro. Ficava deitada o dia inteiro, chorava muito, não queria conversar nem ver o bebê, mas fui medicada ... (Paula).

Outra condição mantenedora do comportamento passivo e da perda da libido relaciona-se à convivência com o parceiro alcoolista. Ao buscar a satisfação de suas vontades, o parceiro se mantém distante dos conflitos familiares e domésticos, e a relação com a esposa converte-se em uma díade competitiva e destrutiva. Por seu lado, as mulheres apresentam diminuição do desejo e da atividade sexual, além de dificuldades para reconstruir afetivamente sua vida conjugal. Convivem com parceiros que não desempenham satisfatoriamente os seus papéis e que, anulando-se nas decisões e tarefas familiares, manifestam-se impositivamente quando se encontram alcoolizados.

Eu era tipo Amélia e minhas filhas não eram assim, enfrentavam ele. Eu defendia elas quando ele queria bater, machucar. E ele ficava contra mim, me ofendia porque protegia elas. Não suportava ver ele bebendo... (Ana).

Quando casamos, meu marido me tratava muito mal. Tinha medo de perder meu marido pra outra e foi o ano mais difícil, porque meus cabelos começaram a cair muito e tive que usar peruca... Mesmo assim, prefiro ficar com meu marido. Ele me chama de tonta, ele tem o defeito que ele bebe muito... Eu gostaria que a gente fosse mais amigos, saísse juntos pra passear, ir em festa, saber o que acontece um com o outro, e ele não beber... (Hilda).

De modo geral, os relatos obtidos das participantes indicam o não enfrentamento direto de seus problemas e dificuldades conjugais. A sustentação do relacionamento conjugal é marcada por frustrações aparentemente recíprocas; a ausência de diálogo e de proximidade afetivo-sexual perpetua a insatisfação e

manifesta-se no adocimento e no enfrentamento da doença.

A sensação de fracasso pessoal, a perda da libido e do interesse pela vida, a insatisfação consigo, com o próprio corpo e a depressão são abordados no mesmo contexto dos aspectos ligados à doença que promove a queda de cabelos, confirmando a perda dos atributos femininos.

Os conflitos conjugais relatados pelas participantes podem ser considerados eventos estressores e, conseqüentemente, fatores de risco psicossomático para a doença dermatológica auto-imune em estudo. Constatou-se a manifestação de sintomas depressivos associados à baixa auto-estima, intensificados pela emergência da doença, compreendida de acordo com o significado individual e representativo que cada participante lhe atribuía. Por exemplo, o quadro de depressão pós-parto, descrito por Paula, destaca-se entre outros episódios depressivos relatados pelas participantes. Logo após o nascimento da filha, Paula apresentou a *alopecia*, conjugando aspectos psicossomáticos em seu difícil processo de adaptação puerperal e em sua necessidade de extravasar sentimentos contidos. A gravidade da doença ou a intensidade da queda dos cabelos e pêlos corporais não pareceu constituir fator determinante de sua pior ou melhor aceitação e convivência com a doença.

Doença e estigma

Algumas entrevistadas relataram o envolvimento com os afazeres domésticos e familiares, ou com compromissos religiosos, como forma de lidar melhor com os aspectos da doença difíceis de enfrentar. Entretanto, todas relataram afastamento social mais ou menos intenso, indicando uma auto-estigmatização pela queda de cabelo, com o prejuízo estético implicado. Aparece a preocupação com o reconhecimento da própria identidade feminina e com a melhoria da aparência. No relato de uma das entrevistadas, a frequência ao cabeleireiro e o uso de cabeleira postiça demonstram a necessidade de melhorar sua imagem e manter os atributos femininos perdidos com a doença, apontada no seguinte relato:

... porque meus cabelos começaram a cair muito e tive que usar peruca... . Mesmo assim prefiro ficar com meu marido (Hilda).

Tendo em vista o empobrecimento das trocas afetivas nas relações familiares, pode-se considerar a descarga de afeto no processo de adocimento comumente encontrada nos fenômenos psicossomáticos em pacientes com *alopecia areata*: o sintoma físico traduz sentimentos afetivos reprimidos em situações tidas como ameaçadoras e infelizes, como é possível identificar nos seguintes relatos:

À medida que cai o cabelo, fico mais desiludida, não aceito essa condição, e muito menos ser traída pelo marido... (Sandra).

Eu perdi o interesse por sair de casa, tenho uma tristeza profunda. Não tenho amigos, não gosto do meu trabalho. Sofro de depressão, insônia, ácido úrico, menopausa... (Ana).

Sou muito nervosa. Tenho hipertensão, enxaqueca. Principalmente depois que eu descobri que meu marido parece que tem uma filha com outra mulher... (Paula).

Meu casamento fez com que eu tivesse derrame. Ele só é amoroso quando abraça os netos ... (Irene).

Mediante a análise qualitativa das entrevistas, buscou-se compreender e interpretar a dinâmica afetiva de cada participante assinalando o que cada uma apresentou de individual e único, mas também procurando as similaridades e o enredo comum entre elas. A releitura das falas sob a ótica psicanalítica permitiu delimitar conteúdos afetivos, tal como lembrados e relatados pelas mulheres participantes, estabelecendo-se elos entre as experiências emocionais da infância e suas atualizações na vida afetiva adulta.

Ao identificar dimensões similares nos relatos de experiências das participantes não se pretendeu estabelecer qualquer perfil psicológico das mulheres com *alopecia areata*, mas compreender aspectos gerais comuns em suas histórias e vivências, sem descharacterizar o único e singular apresentado em cada relato. Os conflitos vivenciados na dinâmica interpessoal das participantes desde sua infância foram considerados conteúdos latentes, traduzidos em sintomas e queixas somáticas.

A literatura psicanalítica destaca o elo entre os conflitos vivenciados na infância, que dificilmente são elaborados psiquicamente, e a vida adulta. Para Winnicott (1988, p.43), a perpetuação desses conflitos apresenta efeitos nocivos que são adversos ao corpo.

Ele alerta: "O corpo da criança é capaz de suportar uma grande tensão, mas justamente a mesma tensão, se mantida pela vida adulta, pode eventualmente gerar situações somáticas irreversíveis".

A história de vida relacionada à infância apresentada pelas mulheres entrevistadas revelou a aridez afetiva de suas relações parentais, pontilhadas por situações emocionais traumáticas. Na vida adulta, os traumas da infância foram revividos de maneira dolorosa, na manutenção de relações conjugais insatisfatórias e difíceis. As tensões geradas por suas vivências de medo e insegurança, e a necessidade de estar sempre correspondendo às expectativas do outro, configuram sua possível suscetibilidade à fragilidade psicossomática e à doença. Algumas mulheres recordaram-se de que, na infância, assumiram responsabilidades adultas por exigência dos pais, enquanto outras se lembraram de terem sido protegidas pela mãe contra as agressões físicas do pai, com exceção de uma delas, que ficava mais exposta a tais agressões. Freud (1899/1969) observa que as manifestações somáticas podem estar presentes em indivíduos cujo afeto suscite lembranças patogênicas diante de situações repetitivas, na medida em que são rememoradas insatisfatoriamente. Por outro lado, vínculos afetivos positivos entre pais e filhos nos quais predominam o amor, a proximidade, o carinho e o contato físico favorecem o desenvolvimento psicoafetivo saudável, mesmo quando há revivências de situações traumáticas passadas.

O estabelecimento de relações sociais na fase adulta é influenciado pela relação de estabilidade entre a criança e a figura de ligação. Freud (1916/1976) descreveu que, na menina, o Complexo de Édipo é abandonado gradativamente, pois os seus desejos em relação ao pai são fortemente catexizados no inconsciente e auxiliam a prepará-la para a fase genital e a maternidade. Sua tendência sexual direta é transformada em tendências inibidas de tipo afetivo. Contudo, observou-se que a busca pela afetividade - na relação das entrevistadas com a figura paterna - reproduziu-se na vida adulta, culminando na atual dinâmica conjugal. A expectativa era de suprir suas carências afetivas, segurança e confiança não asseguradas na relação amorosa, mas o companheiro conjugal não pôde garantir o preenchimento do vazio afetivo da esposa. O conflito de relacionamento com as figuras materna e paterna, portanto,

fortaleceu-se na relação afetivo-sexual com um companheiro insatisfatório. Os maridos eram percebidos, na maioria das vezes, como ausentes, e os pares pouco expressavam afeto e carinho. As esposas nutriam expectativas no casamento e tinham dificuldades no modo de conduzir os conflitos e elaborar seus sentimentos ambíguos em relação aos cônjuges.

A análise dos relatos permitiu constatar que as entrevistadas reviveram psicologicamente as experiências do passado na realidade presente, internalizando-as como negativas; ou seja, a fixação psíquica dos traumas patogênicos impediu a exteriorização e a resolução de afetos nos relacionamentos conflituosos atuais. Além de reviverem psicologicamente as experiências de afeto de maneira insatisfatória, estabeleceram uma relação causal entre os eventos do passado e os do presente ao atribuírem suas insatisfações afetivas e prejuízos na saúde aos acontecimentos passados. Essa realidade pode ser compreendida pela teoria de Freud (1916/1976) ao conceber que o indivíduo experimenta intensa reação emotiva diante de acontecimentos dolorosos que são recordados, sem libertar-se deles.

Constatou-se que o funcionamento psicológico das entrevistadas caracterizou-se pelo processo de vitimização e adoecimento. Freud (1932/1969), ao reportar-se à infância, concebeu a menina como menos auto-suficiente e mais dependente, dócil e aberta ao mundo exterior, embora equiparasse os impulsos femininos agressivos quantitativamente à violência dos meninos. Na menina, o comportamento não tem como principal característica a agressividade e a obstinação. A concepção de Freud fornece elementos teóricos para a compreensão da conduta passiva da mulher que, ao tentar garantir as trocas afetivas, sente-se incapaz de assumir desejos, necessidades e sentimentos. As entrevistadas revelaram encontrar dificuldades em expor seus afetos: permaneciam caladas, choravam e desenvolveram sintomas depressivos.

Os sintomas de depressão podem progredir no quadro de associação afetiva vazia, no qual o indivíduo pode tornar-se vulnerável à desorganização psicossomática, ao medo, à insegurança e à necessidade de corresponder à expectativa do outro (Kreiser, 1999). Segundo Fried, M.A. Gupta e A.K. Gupta (2005), cerca de 30% dos pacientes dermatológicos apresentam distúrbios psiquiátricos, e a depressão é a ocorrência mais

comum. Esse transtorno manifesta-se com maior frequência em períodos mais decisivos da vida do indivíduo. O diagnóstico precoce e o tratamento da depressão podem evitar conseqüências catastróficas, principalmente o suicídio. As alterações cutâneas apresentadas pelas mulheres deste estudo foram associadas a prejuízos estéticos e ao envelhecimento cronológico. Conseqüentemente, as implicações psicossociais revelaram-se tanto nos convívios social, sexual e familiar, quanto no prazer em realizar atividades de interesse pessoal.

Uma das entrevistadas relatou ter sofrido de um quadro de depressão pós-parto, caracterizado por desânimo, choro e rejeição ao bebê. Segundo Moraes et al. (2006), esse transtorno é atualmente considerado um problema de saúde pública, por sua alta frequência e conseqüências. É influenciado por dificuldades socioeconômicas da puérpera e rejeição à maternidade, podendo ocorrer mesmo sem a existência de problemas psiquiátricos anteriores à gestação.

Sinais de depressão podem estar presentes também na meia-idade e são descritos como nervosismo, irritabilidade, diminuição do interesse sexual e tristeza, sintomas também destacados pelas participantes deste estudo. Entretanto, do ponto de vista psicossocial, o período da meia-idade pode ser caracterizado como uma vivência de crescimento pessoal, enriquecida pelo compartilhamento de experiências em contexto sociocultural semelhante e pela resignificação da vida nesta etapa do desenvolvimento (Mori & Coelho, 2004). É possível, portanto, tornar a vivência da meia-idade um momento de vida menos sofrido e mais inventivo, levando em consideração as questões singulares e as maneiras individuais de lidar com esse novo momento.

Os relatos obtidos das mulheres que participaram deste estudo revelaram profundas relações de significado entre os danos emocionais e afetivos vividos na infância e sua revivência nas relações conjugais e no adoecimento. Parte desses danos pode ser compreendida como fonte interna de estresse crônico, que gera alterações inevitáveis no sistema imunológico, visto como o sistema de defesa e de identidade (Neme, 2005).

Breuer e Freud (1893/1974) admitiram que na relação simbólica entre psique e soma existe uma associação entre episódios de trauma, de emoção e de

sintomatologia física, nos quais o indivíduo vivencia uma história de sofrimento. Freud (1895/1969) apontou que as experiências afetivas podem ser representadas pela dor ou satisfação. Nas manifestações somáticas, o sentimento afetivo pode rememorar e intensificar as representações mentais, ou seja, produzir lembranças patogênicas. A memória do indivíduo é constituída por lembranças encobridoras, representadas por reminiscências fragmentadas e isoladas. Em estudo realizado por Perini et al. (1984), verificou-se que os pacientes de *alopecia areata* vivenciavam eventos estressores e que a recordação de traumas era intensamente dolorosa e mais expressiva, em comparação à ocorrência de acontecimentos indesejáveis.

Segundo Volich (2000), a psicossomática do adulto é investigada com maior rigor quando embasada na compreensão da psicossomática da criança. As experiências afetivas relacionadas ao processo de adoecimento e vivenciadas nos relacionamentos conjugais deteriorados são produtos de relações parentais que se desenvolvem em um ambiente afetivo ameaçador e desestabilizador, com empobrecimento das relações. Acontecimentos desagradáveis do passado são apontados como motivos para o surgimento da doença, e a passividade diante da tomada de decisões pode ser vista como estratégia para obter afeto, ditada pela sobrecarga de responsabilidades (Prado, 2002). A aderência aos eventos do passado é vivenciada patologicamente, ou seja, há uma fixação nos traumas emocionais. Reações emocionais intensas são evocadas com as lembranças dolorosas, reavivadas por experiências e relações afetivas atuais.

A abordagem psicanalítica em psicossomática, especialmente em psicodermatologia, permite estabelecer conexões entre a psicologia e a dermatologia, constituindo possibilidades de compreensão das doenças dermatológicas, nas quais a pele é vista como o primeiro meio de contato entre o indivíduo, o outro e o mundo, além de uma das mais importantes vias por meio das quais os conflitos afetivos e as emoções podem ser expressos.

Considerações Finais

Os depoimentos referidos pelas mulheres participantes deste estudo revelaram uma trajetória de

sofrimento nas relações conjugais, repetindo suas histórias de vida, permeadas desde a infância por experiências traumáticas e por insegurança nos vínculos afetivos. A abordagem psicanalítica permitiu a compreensão da singularidade das experiências emocionais presentes nos relatos e a identificação de aspectos vivenciais comuns às cinco entrevistadas, no que se refere ao conteúdo dos depoimentos referentes à sua história de vida.

Os resultados obtidos, nos aspectos similares e singulares analisados, corroboram os encontrados na literatura da área, e podem servir de base para outros estudos que visem o estabelecimento de novas interpretações e relações em pacientes com *alopecia areata* ou com outras patologias. Sugere-se a realização de estudos com maior número de participantes e de investigações clínicas com outras diádes que permitam estabelecer comparações com os resultados obtidos neste trabalho, trazendo contribuições ao campo das psicoterapias nos casos de pacientes com *alopecia areata* e outras psicodermatoses, em contexto privado ou institucional público. Estudos desta natureza podem resultar em contribuições teóricas à abordagem psicodinâmica de psicodermatoses e outras manifestações psicossomáticas.

Considerando-se os limites deste trabalho, sugere-se a realização de investigações que permitam clarificar os aspectos comuns e particulares encontrados no relato das experiências emocionais passadas e atuais das participantes visando fortalecer parcerias com o tratamento médico de doentes com *alopecia areata* e diminuir o sofrimento frente a uma doença crônica que tanto interfere no bem-estar e qualidade de vida destes pacientes. Nesta abordagem, não apenas o paciente poderá ser beneficiado, mas também os familiares, que devem ser inseridos no processo de tratamento.

Os aspectos psicológicos discutidos neste estudo podem auxiliar o trabalho de investigação diagnóstica realizado por psicólogos em procedimentos de triagem em instituições de saúde, clarificando indicações de psicoterapia e/ou outras intervenções terapêuticas para pacientes com diagnóstico de *alopecia areata*. A formulação de programas de atendimento que incluam intervenções junto à família pode trazer melhorias às relações afetivas atuais, reduzindo a repetição de

padrões afetivos traumáticos ou novas fontes de estresse que interfiram negativamente nos tratamentos, tanto em mulheres como em homens com esta doença crônica.

Referências

- Azambuja, R. D. (2000). Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 75 (4), 393-420.
- Bowlby, J. (1998). *Perda*. São Paulo: Martins Fontes.
- Breuer, J., & Freud, S. (1974). Estudos sobre a histeria. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol.2, pp.13-39; 256-269). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893).
- Caldera, M. T., Jará, C., Díaz, M. C., Martín, A. M., & Rubio, S. (1986). *Alopecia areata* em uma perspectiva psicossomática. *Boletín Hospitalar San Juan de Dios*, 33 (6), 393-399
- Castro, M. G. C. (1991). Uma abordagem alternativa: terapêutica tópica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 66 (4), 161-162.
- Chalub, E. C. C. (1989). Síndrome de carência afetiva com manifestação da pele: relato de um caso clínico. *Informação Psiquiátrica*, 8 (1), 27-30.
- Cohen, B. A. (1995). *Atlas colorido de dermatologia pediátrica*. São Paulo: Manole.
- Doblado, S. R., Carrizosa, A., & Hernández, M. J. G. (2003). *Alopecia areata* psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *International Journal of Dermatology*, 42 (6), 434-437.
- Freud, S. (1969). Conferência XXXIII: a feminilidade. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp.139-165). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1932).
- Freud, S. (1969). Lembranças encobridoras. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp.329-354). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1899).
- Freud, S. (1969). Projeto para uma psicologia científica: afetos e estados de desejos. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp.381-453). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1895).
- Freud, S. (1976). Conferência XVII: o sentido dos sintomas. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp.305-322). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1916).
- Fried, R. G., Gupta M. A., & Gupta, A. K. (2005). Depression and skin disease. *Dermatologic Clinics*, 23 (4), 657-664.
- Kreisler, L. (1999). *A nova criança da desordem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Misery, L., & Rousset, H. L. (2001). Pelade est-elle une maladie psychosomatique? *La Revue de Médecine Interne*, 22 (3), 274-279.
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, 40 (1), 177-187.
- Mori, M. E., & Coelho, V. L. D. (2004). Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (2), 177-187.
- Neme, C. M. B. (2005). *Stress, enfrentamento e resiliência na história de mulheres com e sem câncer*. Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- Perini, G. I., Veller Fornasa, C. V., Cipriani, R., Bettin, A., Zecchino, F., & Peserico, A. (1984). Life events and alopecia areata. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41 (1), 48-52.
- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M. S., Gaetano, P., Balina, G., Melchi, C. F., et al. (2003). Psychosomatic factors in first-one alopecia areata. *Psychosomatics*, 44 (5), 374-381.
- Prado, R. B. R. (2002). *Análise de aspectos afetivo-familiares de mulheres portadoras de alopecia areata*. Assis: Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista.
- Rivitti, E. A. (2005). Alopecia areata: revisão e atualização. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80 (1), 619-624.
- Rocha, T. N. (2003). O atendimento dermatológico integrativo: uma contextualização do atendimento médico sob a ótica integrativa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 78 (5), 619-624.
- Sampaio, S. A. P., & Rivitti, E. A. (2001). *Dermatologia*. São Paulo: Artes Médicas.
- Selye, H. (1952). *The story of the adaptation syndrome told in the form of informal, illustrated lectures*. Montreal: Acta Inc.
- Spitz, R. A. (1993). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Tordeurs, D., Poot, F., Janne, P., Reynaerti, C., & Salamon, V. (2001). Psychological approach to different skin diseases: life events and tendency to complain. *Annales de Dermatologie et de Venerologie*, 128 (1), 21-24.
- Trivinos, A. N. S. (1995). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo*. São Paulo: Atlas.
- Urpe, M., Buggiani, G., & Lotti, T. (2005). Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. *Dermatologic Clinics*, 23 (4), 609-617.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Recebido em: 27/7/2006

Versão final reapresentada em: 15/12/2007

Aprovado em: 29/1/2008

Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba¹

Managers of institutions that care for drug addicts in the Paraíba Valley

Cláudia Fabiana de JESUS²
Manuel Morgado REZENDE^{2,3}

Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever e discutir a experiência dos dirigentes de instituições que dão assistência a dependentes de drogas no Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória com dez dirigentes de instituições de assistência em dependência química. Foram realizadas entrevistas semidirigidas e o material transcrito foi submetido à análise de conteúdo. Encontrou-se que há falta de profissionais especializados e de equipes interdisciplinares da área de saúde, bem como de planejamento e funcionamento das instituições. Observou-se a presença de atividades de cunho religioso pautadas pelo discurso de ajuda ao próximo e a valorização de tarefas direcionadas ao trabalho, a disciplina e a espiritualidade. Conclui-se que é importante os dirigentes de instituições que prestam atendimento a dependentes de drogas desenvolverem ou mesmo adquirirem formação para trabalhar no complexo campo da reabilitação dessa população clínica, habitualmente estigmatizada e excluída.

Unitermos: Abuso de drogas. Centros de reabilitação. Profissional da saúde. Equipe de assistência ao paciente.

Abstract

The aim of this study was to describe and to debate the experiences of some managers of institutions providing care to drug addicts in the Paraíba Valley, in the state of São Paulo, Brazil. It deals with qualitative and exploratory research using ten managers from institutions which provide care to drug addicts. Some semi-directed interviews were carried out and their transcripts were submitted for analysis. We found out that there is a lack of specialized professionals and interdisciplinary teams in the area of health as well as a lack of planning and proper operation in these institutions. We also observed the presence of religious activities predicated by homilies about helping thy neighbor and the appreciation of tasks devoted to work, discipline and spirituality. We conclude that it is very important for leaders of institutions working with drug addicts to develop or even acquire the necessary training for the complex work of rehabilitation of this clinical population, which is consistently excluded and stigmatized.

Uniterms: Drug abuse. Rehabilitation centers. Professional of health. Patient care team.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de C.F. JESUS, intitulada "Instituições de atendimento a toxicodependentes: experiências no Vale do Paraíba". Universidade Metodista de São Paulo, 2006. Apoio financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, protocolo nº 188/04.

² Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde. Av. Dom Jaime de Barros Câmara, 1000, Planalto, 09895-400, São Bernardo do Campo, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.M. REZENDE. E-mail: <manuel.rezende@uol.com.br>.

³ Universidade de Taubaté, Departamento de Psicologia. São Paulo, SP, Brasil.

O consumo de substâncias psicoativas é uma temática contemporânea e um problema de saúde pública. Pessini (1999) afirma que houve aumento de oferta e de procura de drogas, e também de instituições que prestam atendimento a dependentes químicos.

Os modelos de tratamento para dependentes de drogas, em geral, são procedimentos ecléticos de ações médicas, psicológicas, sociais e religiosas. Instalou-se nas últimas décadas uma panacéia de abordagens para se obter a abstinência. Para se atingir esta meta os mais variados meios vêm sendo adotados, tais como desintoxicação, com ou sem manutenção farmacológica, psicoterapia, internação psiquiátrica, clínicas especializadas, programas residenciais dirigidos por ex-dependentes, programas de narcóticos anônimos e catequização religiosa (Rezende, 2004).

Segundo Ribeiro (2004), no Brasil, boa parte dos serviços é organizada única e exclusivamente a partir do empenho e boa vontade dos seus membros. Isso acarreta serviços com potencial de atendimento limitado e desvinculado das necessidades locais, embora a organização desses serviços siga manuais e diretrizes.

O estudo de causas de abandono do tratamento da dependência de drogas tem sido considerado um aspecto muito importante na avaliação da efetividade da intervenção, pois a adesão é comprovadamente um fator de sucesso do tratamento (Marques, Buscatti & Formigoni, 2002).

Pesquisas em intervenções de caráter qualitativo que procuram entender o uso de substâncias psicoativas, ou mesmo a maior ou menor popularidade de intervenções terapêuticas e preventivas sob a ótica cultural de diferentes grupos sociais, são muito escassas. A inexistência de pesquisas qualitativas sobre drogas no Brasil é notável (Carlini-Cotrim, 1996).

A avaliação de tratamentos tem grande importância, pois não há uma modalidade terapêutica que seja superior a outra, e também há um grande número de técnicas propostas no campo literário. Na avaliação do tratamento há diferentes aspectos que podem ser verificados como benefício para os pacientes e para a comunidade, como a satisfação dos próprios pacientes, a abstinência, o custo, a abrangência em relação a diferentes tipos de pacientes, entre outros (Castel & Formigoni, 1999).

Bucher, Fares, Pelegrini e Carmo (1995) citam que a avaliação dos atendimentos de usuários de drogas suscita numerosas dificuldades decorrentes das diversidades de abordagens e da falta de critérios unívocos. Frisa-se a necessidade de completar os critérios quantitativos com outros qualitativos para apreender as variáveis dos processos de mudanças e analisar as taxas de "recuperação".

Este estudo visou retratar a experiência e o modo de trabalho dos responsáveis pelas instituições de atendimento a dependentes químicos nas cidades de Pindamonhangaba, Taubaté e Caçapava, no estado de São Paulo.

Verificou-se, por meio do levantamento realizado, que há um considerável número de publicações. No entanto, no banco de dados da *Scientific Electronic Library On Line* (SCIELO), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *National Library of Medicine* (MEDLINE/ Pubmed), há um predomínio de pesquisas com enfoque epidemiológico e um número menor de estudos sobre tratamento em dependência de drogas com enfoque qualitativo (Jesus, 2006).

Verifica-se a importância de estudos sobre instituições de tratamento em dependência de drogas para conhecer a modalidade de intervenção, os resultados obtidos e a avaliação sistemática dos recursos teóricos e técnicos utilizados pelas instituições para discutir as intervenções. Além disso, por meio do levantamento de fontes científicas, há escassas pesquisas enfocando os responsáveis pelas instituições que dão assistência a dependentes químicos. Assim os objetivos deste trabalho foram: 1) descrever o perfil dos dirigentes das instituições que atuam em dependência química; 2) investigar a definição de dependência de drogas; 3) descrever as propostas de intervenção; 4) descrever os critérios de admissão, adesão e alta; 5) obter informações sobre os critérios de avaliação de resultados; e 6) levantar fatores de promoção de saúde.

Método

Tratou-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório. O instrumento de coleta de dados foi uma

entrevista semidirigida com questões abertas que, teoricamente, assegura possibilidades indefinidas de aprofundamento dos entrevistados no tema. Foram propostos aos entrevistados temas gerais, como "Histórico da Instituição" e "Experiência do dirigente naquela instituição de atendimento a dependentes químicos". Posteriormente, foram levantadas algumas questões acerca dos objetivos específicos, caso o entrevistado não tivesse respondido nos temas gerais.

Foram mapeadas as instituições que atuam na área de dependência de drogas por meio de levantamento feito a partir dos órgãos públicos, particulares e oficiais das cidades escolhidas para esta pesquisa. As instituições foram selecionadas a partir de um dos dois critérios adotados em relação aos serviços oferecidos nas três cidades do Vale do Paraíba. O primeiro critério inclui os serviços oferecidos, registrados e filiados pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O segundo critério considera os serviços oferecidos indicados pelas prefeituras, secretarias de saúde, assistência social e saúde mental dessas cidades.

As cidades escolhidas para o estudo foram por amostra de conveniência. Optou-se, em primeiro plano, pela inclusão das instituições de atendimento das cidades de Pindamonhangaba, Taubaté e Caçapava devido à facilidade geográfica de acesso às instituições. Em segundo plano, a escolha das cidades ocorreu por elas se situarem ao redor da Universidade de Taubaté (UNITAU), que forma profissionais da área de saúde uma vez que oferece cursos de Psicologia, Serviço Social, Biologia, Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física e Medicina.

Foi selecionada também uma instituição que não está entre as três cidades citadas, já que tem sua sede na cidade de Guaratinguetá, interior do estado de São Paulo. Ela foi escolhida por ser uma das instituições da área com maior tempo de funcionamento, além de ser registrada pela FEBRACT.

As entrevistas com os dirigentes foram realizadas nas próprias sedes das instituições: uma em Pindamonhangaba, uma em Guaratinguetá, três em Caçapava e cinco em Taubaté. Pontua-se que a definição do conceito de dirigente refere-se ao responsável pela instituição.

De forma geral, a entrevista conta com uma primeira parte, que se refere ao histórico e à experiência do dirigente da instituição, e com uma segunda parte, que apresenta informações que não são abordadas durante a comunicação aberta e espontânea.

O trabalho teve como base o método de análise de conteúdo a partir de Bardin (1977).

Resultados e Discussão

A amostra configurou-se heterogênea e seus componentes diversificaram-se quanto a variáveis sócio-demográficas.

Observa-se que a idade mínima foi 26 anos, a idade máxima foi 65 anos e a média em anos foi 42,2 anos. Predominou o sexo masculino; dentre estes, metade era casada.

Dois dos entrevistados apresentaram nível de escolaridade do Ensino Fundamental. Pontua-se o baixo nível de escolaridade dos dirigentes dessas instituições de atendimento a dependentes químicos.

As profissões dos dirigentes das instituições são variáveis. Verificou-se que 30% dos entrevistados eram profissionais da área de saúde e, entre estes, nenhum tinha formação em dependência química.

Certificou-se que 50% dos responsáveis pelas instituições eram ex-dependentes e 80% das instituições tinham a presença de ex-dependente na equipe.

Observou-se que em 70% das instituições os dirigentes apresentaram tempo de experiência de um a dez anos. Dois dirigentes apresentaram tempo de experiência de vinte a vinte e um anos.

Notou-se um menor número de técnicos da área de saúde nas instituições de atendimento a dependentes químicos, em comparação a pessoas do setor religioso e ex-dependentes. Para Laranjeira (1996) e Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), boa parte dos serviços em atendimento a dependentes químicos é organizada exclusivamente com a boa vontade, sem uma equipe preparada, e apresenta disponibilidade de atendimento limitada.

Identifica-se que há poucos profissionais com formação em dependência química e habilitados a trabalhar com essa demanda. Galduróz e Carlini (1993)

afirmam que, no tratamento de dependência de drogas, é importante que profissionais capacitados saibam lidar com as recaídas e motivem o paciente.

Características conceituais

As características conceituais são citadas a partir do referencial dos dirigentes.

Definição de dependência de substâncias psicoativas

A maioria dos dirigentes citou a dependência química como uma doença. Alguns dirigentes citaram a doença como algo curável e outros como algo incurável. Outro conceito para definir a dependência química foi “falta de caráter”, e um dirigente citou a expressão “falta de amor”. Observa-se que a definição de dependência de drogas se referiu a 70% como doença e, desse total, 40% citou como doença incurável. Verificase que, na definição de doença, o sujeito é visto de uma maneira determinista e fatalista, com pouco ou nenhum controle sobre o que lhe acontece.

A dependência é uma doença e o psicológico da pessoa está abalado. A dependência irá acompanhá-lo sempre.

A droga é uma doença. O drogado é um doente que pode ser recuperado. Tem a possibilidade de ser curado, sarado, transformado. Nós convertemos pela igreja; nós curamos.

Ele precisa ter bastante consciência que essa doença não tem cura, então, mesmo nós que somos evangélicos, a ciência prova que não tem cura, e nós que somos evangélicos cremos em Deus, que Deus liberta, mas que não cura.

Compreendemos a dependência química como a organização mundial da saúde diz: é uma doença que não tem cura, que a pessoa ficará em recuperação a vida toda.

Eu acho que todo dependente, pelos que passaram por aqui, tem o seu caráter deformado.

Dependente químico!. Um cara que não tem caráter, não tem personalidade. O caráter dele domina.

A definição da dependência como falta de caráter possibilita a reflexão sobre a moralidade associada a um comportamento desviado, como um desvio de norma, comportamento esse que deve ser disciplinado, “consertado”, alterado para um comportamento

socialmente aceito, diferentemente, por exemplo, da definição de que a dependência vem da carência de amor. Essa forma de situar a dependência de drogas como doença e como falta de caráter refere-se ao modelo cartesiano, que considera a cura voltada para aquilo que está desviante, fora da norma. Nessa visão, a doença é equivalente à reparação de uma máquina.

Diante das entrevistas realizadas com os dirigentes não houve nenhuma citação de dependência química como sintoma. Olivestein (1980) considera o abuso de drogas um sintoma implícito, com um significado, e que representa os eventos dolorosos da vida do toxicômano.

Já Silveira Filho (1995) considera o toxicômano aquele que, sem a droga, não consegue viver, ou seja, que não consegue mudar ou se adaptar diante de uma realidade e de uma subjetividade intolerável. Para o autor, a toxicomania é uma alternativa diante da impotência completa frente a uma realidade insuportável e o sujeito busca uma mudança de percepção dessa realidade por meio da droga.

Para Olivestein (1985), no tratamento de dependentes químicos deve-se evitar o funcionamento mecânico do pensamento e a racionalização dos comportamentos. Pode-se pensar no trabalho a partir de uma prática que tenha em vista uma mudança no psiquismo. O que se observa, na maioria das instituições, é justamente a padronização de comportamentos, propondo-se uma mecanização na maneira de pensar.

A partir da leitura de Bucher e Costa (1985) compreende-se que os tratamentos em dependência de drogas passam por várias limitações, como a diversidade das substâncias consumidas, a heterogeneidade dos dependentes, as dificuldades no próprio tratamento, entre outras. Assim, percebe-se que essa complexidade pontuada pelo campo científico não foi levantada significativamente pelos dirigentes.

O modelo biológico de doença pressupõe que o consumo de drogas, quanto ao aspecto de abuso e dependência, determina uma doença crônica, progressiva e fatal. Esse modelo é passível de críticas por basear-se em modelos genéticos controversos e totalitários, além de não abranger todos os casos (Silveira Filho, 1996).

Modos de intervenção das instituições

Em relação à forma de trabalho, 40% das instituições apresentam religião e trabalho (laborterapia), 30% das instituições apresentam regras disciplinares, doze passos e terapia individual, 20% das instituições apresentam convivência em grupo, terapia ocupacional, terapia em grupo, oficinas, atendimento psiquiátrico e orientação familiar, e 10% apresentam palestras de motivação e relaxamento.

Nas instituições que têm na equipe profissionais da área de saúde, verifica-se que há o trabalho de psicoterapia, seja individual ou em grupo, diferentemente daquelas nas quais não há profissionais desta área. Observa-se que os dirigentes que não têm formação técnica adotam a implantação da religião e/ou do trabalho manual e impõem uma rotina diária como critério de aprendizagem de disciplina. Estes, segundo os dirigentes, são procedimentos que "tratam" do dependente de drogas.

Pontua-se que o modo de intervenção não apresenta trabalho de cunho técnico-científico e salienta-se que 70% das instituições não têm profissionais da área de saúde. Pelo discurso dos dirigentes, não há um referencial teórico que dê embasamento para suas práticas e metodologias de trabalho.

O tratamento seria começar a ser trabalhado o caráter dele, todo caráter dele, que está deformado. Então, ele precisa voltar a aprender a respeitar normas, regras, que nós temos que obedecer em qualquer lugar. Eles vêm faltando isso...

Precisam ter horário para levantar, para participar da oração, ter que obedecer e cuidar do trabalho da cozinha, do banheiro, do alojamento... Tem que fazer as coisas com ordem.

Trabalha-se com espiritualidade, convivência com grupo e trabalho.

É trabalhada a disciplina, as boas maneiras com eles, toda essa educação.

A gente trabalha a dependência química baseada nos Doze Passos dos alcoólatras anônimos, e, é claro, com uso de outras drogas, e aí a gente vai pelo N.A.

O tratamento é pelo trabalho, pela transformação espiritual. É fazer com que a pessoa volte a ter uma vida com regras, ser disciplinada e ser digna de novo... O objetivo aqui é libertar as pessoas. A gente é como um

tesourão, que vai cortando, cortando os galhos ruins, secos.

Observa-se que grande parte das instituições estabelece uma rotina rígida por regras e normas que o indivíduo deve seguir.

Laranjeira et al. (2003) afirmam que, na assistência em dependência de substâncias psicoativas, indicam-se técnicas psicoterápicas, entrevistas motivacionais, intervenção breve, prevenção de recaída e terapia cognitivo-comportamental, porém essas indicações são escassamente realizadas nas instituições pesquisadas.

Percebe-se também como instrumento terapêutico a convivência entre os internos, pois compartilham vivências comuns que se estabelecem como uma rede de apoio. Ressalta-se que o tratamento busca resgatar a rotina baseado em um programa diário de atividades, tarefas etc. Os dirigentes das instituições pontuam que visam à ocupação do tempo do interno, fazendo com que ele evite pensar na droga e ter comportamentos associados ao uso e, assim, mantém o ex-dependente na produtividade e na participação das atividades e afazeres, como eles mesmos definem.

Critérios de admissão, adesão e alta

A admissão está ligada a 60% de casos com quadro de dependência química nas instituições. Contudo, não se segue um critério especializado de diagnóstico para dependência química, pois não há profissionais habilitados para realizar esse diagnóstico.

O critério de admissão está ligado àqueles que querem uma nova vida...

O critério de admissão é sem limite. Uma pessoa com questões particulares ou diferentes pode vir sim, se tem barreira para entrar, a gente faz de tudo para ajudar. Não dispensamos a pessoa que quer ajuda. O importante é ela querer mudar de vida. Admitimos qualquer pessoa que queira deixar esse mundo das drogas, do crime, da prostituição.

A adesão ao tratamento é citada pelos dirigentes de maneira bastante diversificada. O fator que foi mais pontuado foi o interesse do usuário pelo tratamento, posteriormente, citaram o fator idade, família e religião.

Um total de 70% das instituições cita a adesão como a responsabilidade do usuário e da família, e não se pontua a própria responsabilidade no processo de

adesão do usuário que abusa de drogas. A adesão ao tratamento está relacionada significativamente à vontade do indivíduo, como é colocado pelos entrevistados.

O indivíduo que fica, que adere ao tratamento, é porque quer, tem boa vontade, segue o que falamos, esse adere.

Adere ao tratamento aquele que vem por ele mesmo, que vem com vontade de mudar de vida, que coopera... quem se volta para o lado espiritual também fica mais tempo no tratamento... Quem adere realmente ao tratamento tem a ver com quem assume o tratamento.

Aderem os que estão mais envolvidos com as próprias mudanças.

Para o responsável, aquele que adere ao tratamento é quem deseja realmente parar com o uso e isso representa toda a responsabilidade que se volta para o próprio indivíduo.

As posições em relação ao tratamento de drogas parecem ser controversas. Há estudos que apontam a baixa relação entre o grau da dependência e o prognóstico. Verifica-se uma falta de consenso entre as estimativas fornecidas por profissionais e por pacientes sobre o grau da dependência e as possibilidades de recuperação. Contudo, a dificuldade não está no agravamento do dependente de drogas, mas nos fatores contextuais (Andreatini, Galduróz & Formigoni, 1994). Identifica-se carência de relatos e discussões a respeito dos fatores contextuais e, segundo os entrevistados, há a ênfase da intensidade do uso e do tipo de droga utilizada.

A alta do tratamento realizado pelas instituições, em 70% dos casos, está relacionada ao término do programa proposto. Assim, pontua-se que há pouca ou nenhuma consideração por outras variáveis no processo de alta.

Alta é baseada na programação cumprida. Alta segue a programação.

Alta está ligada ao tratamento de um ano, ou seja, após esse tempo, tem alta.

Em relação à alta, há sim. Na verdade, o tratamento tem por no mínimo seis meses. Terminado esse tempo ele recebe a alta.

Em relação à alta, que, para os entrevistados, diz respeito à capacidade de o indivíduo sair do tratamento em abstinência e retomar sua vida, sete dirigentes citaram que está ligada ao término do programa proposto.

Isso quer dizer que o indivíduo precisa finalizar esse período para poder receber esse aval do dirigente relatando que o indivíduo está pronto para sair. Os internos devem “fazer por merecer” sua alta, que consiste, na realidade, em cumprir o programa ditado pela instituição, aprendendo a se submeter a regras e normas de uma rotina rígida.

Verifica-se, nesse caso, uma ausência de discussões sobre outros fatores ligados ao processo do tratamento. Indaga-se o que se espera do resultado do tratamento e acredita-se que a alta fica ligada mais à questão da abstinência do que a outras mudanças. A maioria dos responsáveis pelas instituições discute “alta” como o término do tratamento, com a programação cumprida.

De acordo com Kerr-Corrêa, Lima, Dalben e Hegedus (1999), o tratamento na dependência de drogas deve ser visto a partir da natureza crônica recorrente desses transtornos, e não em termos de cura e não cura. Para os autores, na análise da literatura atual, não há como negar a complexidade dos mecanismos de dependência de drogas, além da variação nas abordagens. Percebe-se que o “tratamento” realizado pelos dirigentes, em sua maioria, só existe a partir de uma via, a da instituição. Demonstra-se como um padrão igual para todos, e o seguimento do programa, supostamente, garante a alta. Não se levanta nem se discute a participação dos indivíduos em seu próprio tratamento, ou seja, seu envolvimento, seu interesse e sua responsabilidade diante da própria dependência são considerados normalmente pouco relevantes.

Os resultados do estudo de Marques, Buscatti e Formigoni (2002) demonstram a importância de desmistificar o tratamento. É necessário esclarecer a função do terapeuta responsável pela instituição e a responsabilidade do paciente pela própria mudança, assim como introduzir técnicas de prevenção de recaída, para possibilitar o aumento de adesão ao tratamento. No entanto, essas estratégias não foram citadas pelos dirigentes.

O desligamento ocorre em 80% das instituições pesquisadas quando há quebra de normas, uso de drogas e violência.

Deixamos muito claro as regras e as normas... E se alguma regra for quebrada, poderá haver o desligamento.

Há sim exclusão, desligamento do tratamento, se tiver agressividade, violência, se pegar com drogas e, dentro disso, temos as advertências para que a pessoa possa retomar a linha, a disciplina.

Avaliação de resultados

A percepção de melhora do usuário diz respeito ao comportamento. Em nenhuma instituição há uma avaliação de resultados de maneira padronizada e sistematizada.

Há avaliação aqui dentro, há um resultado, porque você vê a mudança de caráter, de personalidade, que a pessoa muda, está ali visível diante da gente.

A avaliação de resultados é visível porque a gente percebe no olhar, no jeito, no semblante da pessoa... Chega com a cara fechada, agressivo e, com o tempo, a gente vai percebendo aqueles que vão aderindo à alegria, novo jeito de ver as coisas.

A avaliação é vista, é percebida no dia-a-dia, na convivência com eles.

A gente não tem avaliação de resultado... Até não tinha pensado nisso. Avaliamos aqui dentro... Avaliamos pelo comportamento dele, aquele que faz o tratamento inteiro.

A avaliação é feita no dia-a-dia, por meio do comportamento deles. O certificado é uma prova do resultado dele aqui.

Verifica-se na pesquisa que não há uma preocupação em avaliar os resultados do atendimento proposto aos usuários dos serviços. Neumann et al. (1992), em relação ao tratamento de toxicômanos, enfatizam que dependendo do critério de sucesso ou fracasso adotado as conclusões podem ser diferentes. Por meio desses estudos, observa-se cada vez mais a necessidade de conhecer e avaliar os tratamentos em dependência de drogas, pois não é realizada a avaliação da eficácia do atendimento. Os entrevistados comentam que, nas instituições pesquisadas, não há dados sistematizados em relação à desistência e ao abandono do atendimento.

Para discutir sobre avaliação do tratamento em dependência de drogas é necessário realizar o diagnóstico segundo dados do CID-10 ou DSM-IV TR, para ter critérios sistematizados, ao invés de uso inadequado de conceitos, pré-julgamentos e estereótipos.

Promoção de saúde

Observa-se que 90% das instituições pesquisadas (nove) citam que a promoção de saúde em seu trabalho está relacionada à saúde física. Há, também, outros fatores citados, como a saúde psíquica, o trabalho, a religiosidade, a readaptação à rotina, a reinserção social e as artes.

Opessoal entra aqui muito mal, com a saúde prejudicada, não tem horário para comer, e em pouco tempo está com a saúde recuperada. Assim, voltam a ter rotina, com disciplina. Eles também têm uma mudança espiritual.

Eles têm horário, têm rotina. Lá fora não têm regra para comer, para dormir, para nada. Vamos colocar no padrão do homem certo, no lugar, com disciplina e com hora para tudo. Ele cuida do corpo, ele passa a ficar melhor, o seu corpo, o físico.

A gente promove saúde aqui. Eles têm várias refeições durante o dia, em cada intervalo tem frutas, eles comem à vontade... A gente os leva ao médico, a gente marca. A gente tem acesso lá. Muitos aqui tinham tuberculose, pneumonia, doença na bexiga, e foram curados.

A promoção de saúde, de maneira geral, está ligada às necessidades mais primárias, como a retomada de uma boa alimentação e do sono, o restabelecimento físico, a adaptação a uma nova rotina e às regras, além da abstinência e da desintoxicação. Assim, essas instituições, de alguma maneira, valorizam alguns fatores que promovem qualidade de vida aos usuários.

De acordo com Laranjeira (1996), existe uma grande diversidade de questões envolvidas na dependência de drogas. Por haver, também, uma diversidade de população envolvida, demonstra-se a importância de se estabelecer redes de serviço que sejam também diferenciadas, e que, de alguma forma, encontrem ações que minimizem os efeitos e conseqüências do uso indevido destas substâncias.

Verifica-se que, embora com poucos recursos em várias áreas, os dirigentes citam alguns fatores que promovem a saúde dos pacientes. Segundo Pais Ribeiro (1998), no campo da saúde surge a busca de alterar o estilo de vida da população, como a mudança de alguns comportamentos, entre eles: cuidar da alimentação, deixar de fumar, controlar o estresse, praticar exercícios físicos, criar meios para recrear e descansar, entre outros.

As instituições pesquisadas promovem saúde de alguma forma, porém o desenvolvimento da responsabilidade diante da própria vida, das escolhas, da saúde e da doença apresenta-se muito escasso. Pela fala dos entrevistados, verifica-se que a instituição está voltada para a função de controle social e de imposição de limites.

Goffmann (1974) utiliza o termo “instituições totais” para designar casos em que ocorre progressivamente um afastamento dos direitos que o indivíduo usufruía livremente em seu mundo externo, caracterizando uma ruptura inicial com os papéis anteriores para assumir o papel de internado. Observa-se que nestas instituições, os internos levam a vida formalmente administrada e controlada, bem como há reprodução de estigmas e de exclusão social dentro das próprias instituições.

Bleger (1992) considera que a instituição não é somente um instrumento de regulação, normatização, controle social ou de saúde, mas também pode ser um espaço que cristaliza valores e crenças que reforçam a resistência a mudanças. Muitas vezes, podem-se tornar depositárias de sistemas de defesa frente às ansiedades e fontes de alienação. Para Foucault (1996), os mecanismos disciplinares adotados nas instituições, como forma de controle de todas as atividades, configuram-se como um poder que tem a função de moldar e adestrar.

Pelo discurso dos entrevistados, observa-se a instituição como uma maneira de regulação de normas e condutas a serem seguidas pelos usuários, ou seja, como uma forma de instituir limites que os usuários “buscam” encontrar. O espaço de diálogo é restrito e há pouca possibilidade de se trabalhar a singularidade.

Considerações Finais

De acordo com os entrevistados, as instituições pesquisadas não recebem apoio das prefeituras e dos órgãos oficiais e, mesmo com dificuldades financeiras e falta de recursos, seja de profissionais qualificados ou de estrutura física, elas acolhem essa demanda a partir de seu referencial de dependência química e do que seja “tratamento”. Contudo, de certa maneira, promovem saúde, mesmo que sejam cuidados primários, como

alimentação, higiene, sono e readaptação a uma rotina diária. É possível supor que os usuários de drogas optem ou permaneçam nessas instituições devido à falta de outros recursos, aliada às dificuldades financeiras.

Há uma grande ênfase dada às pessoas que já vivenciaram situações com as drogas, como se somente elas pudessem ensinar algo nessa área, por já terem vivido. Nota-se isso no discurso dos ex-dependentes entrevistados, que acreditam que, para trabalhar com dependentes químicos, a pessoa mais indicada seria aquela que já passou por essa experiência, ou seja, um ex-dependente em recuperação.

Verifica-se nos entrevistados das instituições um discurso dominante, tradicional, centrado no modelo de abstinência, de controle social e de sua segregação como, simplesmente, doentes, e isso caracteriza grande parte das práticas na região estudada. A dificuldade de encontrar uma definição sobre o que é saúde e doença, o que é “normal” e o que é “anormal”, faz com que as instituições sejam também determinantes de normas de marginalização e de exclusão de determinados setores.

Predominou nos participantes deste estudo a concepção de que o usuário de droga deva entrar para o atendimento na instituição e assumir a seguinte posição: “eu sou um dependente de drogas”, e sair do atendimento com a mesma posição, porém sem o uso da droga. Admite-se a impossibilidade da cura, assim, não há alternativa, ou então há a cura por meio da conversão religiosa.

As instituições não têm uma equipe interdisciplinar e não há um seguimento sistemático e avaliação objetiva de resultados do trabalho realizado.

A região do Vale do Paraíba é economicamente favorecida, com instituições de ensino superior atuantes, e os serviços na área de dependência química poderiam, inclusive, fazer parcerias e aproveitar os recursos humanos por elas formados.

Pontua-se a importância de os dirigentes de instituições que atendem dependentes de drogas desenvolverem ou mesmo adquirirem formação profissional e atualização científica para trabalhar no complexo campo da reabilitação dessa população clínica, habitualmente estigmatizada e excluída. Deste modo, o desejo de ajudar poderá ser mais bem iluminado pela

reflexão crítica dos processos psi-cossociais, psicopatológicos e ideológicos que norteiam as suas práticas nas instituições.

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andreatini, R., Galduróz, J. C. F., & Formigoni, M. L. O. S. (1994). Estudo da influência dos níveis de dependência e consumo na resposta ao tratamento de dependentes de álcool. *Revista ABP- APAL*, 16 (1), 25-29.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bleger, J. (1989). *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bleger, J. (1992). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bucher, R. E., & Costa, P. F. (1985). A abordagem terapêutica do toxicômano. *Acta Psiquiatria, Psicologia da América Latina*, 31 (2), 113-130.
- Bucher, R., Fares, A. T., Pelegrini, R., Oliveira, R. M., & Carmo, R. A. (1995). A avaliação qualitativa dos atendimentos a usuários de drogas. *Revista ABP-APAL*, 17 (2), 75-86.
- Castel, S., & Formigoni, M. L. O. S. (1999). Escalas para avaliação de tratamentos de dependência de álcool e outras drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (1), 32-37.
- Carlini-Cotrim, B. (1996). Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, 30 (3), 285-93.
- Foucault, M. (1996). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes.
- Galduróz, J. C. F., & Carlini, E. A. (1993). Avaliação clínica e tratamento da dependência de drogas. In F. C. Prado, J. A. Ramos & J. R. Valle (Orgs.), *Atualização terapêutica* (pp.1184-1188). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Goffmann, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Jesus, C. F. (2006). *Instituições de atendimento a toxicod dependentes: experiências no vale do Paraíba*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Kerr-Córrea, F., Lima, M. E. C., Dalben, I., & Hegedus, A. M. (1999). A importância da gravidade da dependência e do gênero para a evolução de dependentes de drogas. *Revista ABEAD*, 2 (1), 21- 42.
- Laranjeira, R. (1996). Bases para uma política de tratamentos dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (4), 191-199.
- Laranjeira, R., Alves, H. N. P., Araújo, M. R., Baltieri, D. A., Bernardo, W. M., & Castro, L. A. G. P. (2003). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento* [mimeografado]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo/ Associação Médica Brasileira.
- Marques, A. C. P. R., Buscatti, D., & Formigoni, M. L. O. S. (2002). O abandono no tratamento da dependência de álcool e outras drogas: como diminuir este fenômeno? *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 3 (1), 17-23.
- Neumann, B. R. G. (1992). Avaliação crítica da primeira experiência de aplicação da intervenção breve no Brasil. In M. L. S. Formigoni. *A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira* (pp.119-141). São Paulo: Contexto.
- Olievestein, C. (1980). *A droga: drogas e toxicômanos*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Olievestein, C. (1985). *Destino do toxicômano*. São Paulo: Almed.
- Pais Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pessini, L. (1999). Drogas: o holocausto silencioso. *O Mundo da Saúde*, 23 (1), 3-4.
- Rezende, M. M. (2004). Centros universitários de atenção à toxicod dependentes, cidade de São Paulo. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.809-814). Lisboa.
- Ribeiro, M. (2004). Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 59-62.
- Silveira Filho, D. X. (1995). *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacod dependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silveira Filho, D. X. (1996). Alguns aspectos psicodinâmicos no tratamento da toxicomania, São Paulo. *Boletim de Psiquiatria*, 19 (1/2), 1-36.
- Tancredi, F. B., Barrios, S. R. L., & Ferreira, J. H. G. (1998). *Planejamento em Saúde*. São Paulo: IDS-USP-Itaú. Recuperado em agosto 8, 2005, disponível em http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_02/index.html

Recebido em: 30/10/2006

Versão final reapresentada em: 7/5/2007

Aprovado em: 31/7/2007

Bem-estar subjetivo emocional e *coping* em adultos de baixa renda de ambientes urbano e rural

Subjective emotional well-being and coping in low income earning adults in the urban and rural environments

Francisco José Batista de **ALBUQUERQUE**^{1,2}

Cíntia Ribeiro **MARTINS**^{2,3}

Maria Tereza de Souza **NEVES**²

Resumo

Este estudo objetivou avaliar o bem-estar subjetivo emocional e identificar a principal estratégia de enfrentamento (*coping*) utilizada por indivíduos de baixa renda, com idade adulta avançada (entre 40 e 55 anos), dos ambientes urbano e rural da Paraíba. Considerou-se uma amostra não-probabilística por cotas, distribuídas por ambientes (rural e urbano) e por sexo. Participaram 280 indivíduos, com idade média de 46 anos. Os instrumentos foram: adaptação do Questionário de Saúde Geral, escala de *coping* e dados biodemográficos. Observou-se que os participantes tendem mais ao bem-estar subjetivo emocional do que ao *distress*, e que no ambiente rural essa tendência é maior do que no urbano. A fonte central de *distress* é a questão econômica; a estratégia de enfrentamento mais utilizada é, no geral, a focalizada no problema. Quanto ao sexo, verificou-se que as mulheres utilizam mais as práticas religiosas do que os homens. Discussões acerca desses resultados encontram-se ao longo do artigo.

Unitermos: Ambientes sociais. Bem-estar subjetivo. *Coping*.

Abstract

This study aimed to evaluate subjective, emotional well-being and to identify the main coping strategy used by middle-aged low earners (between 40 and 55 years old), in both the urban and rural environments of Paraíba. Non-probability quota sampling was used, distributed by environment (rural and urban) and by gender. 280 individuals took part, with an average age of 46. The instruments used were: an adaptation of the General Health Questionnaire, bio-demographic data and the Coping Scale. It was observed that the participants tended more towards subjective, emotional well-being than to distress, and that in the rural environment this tendency is greater than in the urban one. The main source of distress is the economic question; the coping strategy most used is, in general, the one which is focused on the problem. As for gender, it was ascertained that women use religious practices more than men. More results will be discussed throughout the article.

Uniterms: *Subjectivity. Coping. Social environments.*

▼▼▼▼▼

¹ Núcleo de Estudos em Desenvolvimento Rural e Avaliação de Programas Sociais. João Pessoa, PB, Brasil.

² Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. *Campus* I, Cidade Universitária, 58059-900, João Pessoa, PB, Brasil. Correspondência para/*Correspondence to:* F.J.B. ALBUQUERQUE. *E-mail:* <francisco.albuquerque@pesquisador.cnpq.br>.

³ Bolsista, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

A Psicologia tem buscado avaliar e compreender não só as desordens patológicas do ser humano, mas também os aspectos positivos da sua vida (Vaillant, 2000). Esta mudança de foco é recente. Iniciou com estudos realizados nas primeiras décadas do século XX, como os de L. Terman, sobre felicidade conjugal, o trabalho de J. Watson, centrado na parentalidade, e a obra de C. Jung, sobre o sentido da vida. Posteriormente, nas décadas de 60 e 70, os trabalhos de teóricos humanistas como C. Rogers e A. Maslow reforçaram esta perspectiva, mas ainda sem atingir o *status* de científicos. Apenas recentemente as contribuições destes teóricos têm sido levadas em consideração, seja direta ou indiretamente, nos trabalhos sobre o potencial positivo do ser humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Nas últimas décadas, uma vasta quantidade de estudos empíricos tende a inserir-se nesta perspectiva, denominada por Seligman (2004) de Psicologia Positiva. De maneira geral, essa abordagem enfatiza o aumento dos aspectos positivos da vida e da obtenção de prazer, bem como a diminuição dos pontos negativos (Ryan & Deci, 2001; Seligman, 2004). Dedicar-se à investigação dos traços ou disposições pessoais e dos estados ou vivências subjetivas, e as temáticas subjetivas são as mais estudadas. O bem-estar, o otimismo, a felicidade, a determinação pessoal, as emoções positivas e as negativas são construtos que, mesmo conceitualizados em modelos distintos, apresentam-se como temas recorrentes nas áreas da saúde e da Psicologia Social (Novo, 2003).

O bem-estar vem sendo desenvolvido em duas perspectivas: a eudaimônica e a hedonista. A primeira, chamada Bem-Estar Psicológico (BEP), foi proposta por Carol Ryff nos anos 80. É definida como um construto multidimensional que abrange seis dimensões do funcionamento psicológico positivo do ser humano: aceitação de si, relações positivas com os outros, domínio do meio, crescimento pessoal, objetivos na vida e autonomia. Costuma ser utilizada nas áreas do desenvolvimento, da clínica e da saúde mental. Caracteriza-se pelo pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa, tal como a capacidade de pensar, de usar o raciocínio e o bom senso (Ryan & Deci, 2001; Ryff & Keyes, 1995).

A segunda, denominada Bem-Estar Subjetivo (BES), surgiu na década de 60 e considera o bem-estar

como prazer ou felicidade, ligado aos aspectos psicossociais, à qualidade e à satisfação com as condições e circunstâncias de vida (Novo, 2003). Segundo Diener e Lucas (2000), esse construto é a avaliação do indivíduo acerca de sua própria vida a partir de suas expectativas, valores, emoções e experiências prévias. Estudos como os de Diener, Suh e Oishi (1997), Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) e Diener e Lucas (2000) consideram que o BES é um construto amplo, constituído por dois indicadores principais: o cognitivo e/ou as experiências emocionais. Contudo, as formas de operacionalizá-lo e, conseqüentemente, mensurá-lo, são as mais variadas. O aspecto cognitivo pode ser avaliado pela satisfação com a vida e/ou domínios específicos da vida, moral e qualidade de vida. O aspecto emocional pode ser avaliado pelo otimismo, felicidade, afeto positivo, afeto negativo, equilíbrio afetivo, depressão, ansiedade e *distress* (Novo, 2003).

Neste estudo, adotou-se a perspectiva hedonista, caracterizada pelo bem-estar subjetivo. O BES foi avaliado a partir da sua dimensão emocional, por meio do conceito de *distress* - que corresponde ao *stress* negativo indicado por índices de ansiedade e sintomas de depressão. Assim, quanto menor o índice de *distress*, melhor o bem-estar subjetivo emocional.

O *distress* surge quando a situação estressante ultrapassa a capacidade de enfrentamento do indivíduo. A Psicologia Social e a Psicologia Clínica e da Personalidade vêm se dedicando ao estudo dos esforços do indivíduo em lidar e se adaptar a situações estressantes, nas chamadas estratégias de enfrentamento ou *coping* (Suls, David & Harvey, 1996).

O *coping* é historicamente visto como uma resposta à emoção que objetiva aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal. O sentido de controle pode, porém, ser ilusório. As pessoas podem ser consistentes no modo como percebem o *stress* e na maneira como o combatem, mas essa consistência envolve variações sistemáticas de situações ou estilo. A tendência a escolher uma determinada estratégia de *coping* depende do repertório individual (muitas estratégias podem ser úteis para uma mesma situação) e de experiências tipicamente reforçadas (Savoia, 1999).

De acordo com Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003), os indivíduos na fase adulta avançada (aproximadamente de 40 a 55 anos) freqüentemente se

deparam com diferentes situações potencialmente estressoras, tais como a preocupação com o futuro dos filhos, o relacionamento conjugal, relações interpessoais, questões econômicas e referentes à futura aposentadoria. Esses fatores apresentam-se mais intensos quando se trata de pessoas de classe social baixa (Murell & Norris, 1991). Levando em consideração esses pontos e a escassez de estudos direcionados especificamente para essa população, este trabalho teve como objetivo avaliar o bem-estar subjetivo emocional e identificar as principais estratégias de enfrentamento de indivíduos de baixa renda com idade adulta avançada.

A principal razão de estudar esta população é o fato de que a maioria dos trabalhos é dirigida aos extremos populacionais, isto é, aos mais jovens, principalmente adolescentes, ou aos mais velhos, principalmente os idosos. Além disso, são raros os estudos que se preocupam em analisar pessoas que vivem em ambientes diferentes do urbano. Neste estudo, a população foi composta por adultos com idade entre 40 e 55 anos, residentes em dois ambientes distintos, um urbano e outro rural. O ambiente urbano escolhido foi a cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, com aproximadamente 700 mil habitantes. O ambiente rural foi Areia, cidade tradicional da Paraíba, com aproximadamente 25 mil habitantes. Cerca de metade da população de Areia reside no campo, vivendo e trabalhando em atividades ligadas ao mundo agrícola. Em suma, o que se procurou avaliar é se as pessoas que habitam cidades com estas características são muito distintas daquelas que habitam o ambiente urbano no que diz respeito ao modo como enfrentam as necessidades da vida, ou se o mundo moderno das comunicações instantâneas já tornou os dois grupos semelhantes nesse sentido.

Bem-estar subjetivo emocional

O BES emocional refere-se à frequência dos estados afetivos e emocionais experienciados por um indivíduo (Diener et al., 1997; Diener et al., 1999; Diener & Biswas-Diener, 2000; Diener, Scollon & Lucas, 2003; Pavot & Diener, 1993). No entanto, não existe um consenso na literatura sobre a maneira de mensurá-lo. Segundo Novo (2003), este aspecto pode ser medido pelo otimismo, felicidade, afeto positivo, afeto negativo, equilíbrio afetivo, depressão, ansiedade e *distress*.

A forma mais utilizada trata de um balanço entre os afetos positivos e negativos. Os afetos positivos são emoções agradáveis, tais como alegria, orgulho, afeto e prazer, enquanto os negativos incluem emoções desagradáveis, como tristeza, ansiedade, depressão, aborrecimento, vergonha, raiva e *distress* (Diener et al., 1997; Diener et al., 1999; Diener et al., 2003; Diener & Biswas-Diener, 2000). Pode-se dizer que o afeto positivo corresponde a um contentamento hedônico puro, experimentado em um determinado momento como um estado de alerta, entusiasmo e atividade. O afeto negativo é tido como um estado de distração e engajamento desprezível, que também é transitório, mas que inclui emoções negativas. Os termos "afetos", "emoções", "humores" e "sentimentos" são utilizados indistintamente na maioria dos estudos da área (Diener, 1995). Esses dois indicadores do BES emocional são construtos distintos e possuem uma correlação inversa, ou seja, quanto maior o nível de afetos positivos, menor será o nível de afetos negativos, e vice-versa (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener et al., 1999).

Nesta pesquisa, buscou-se avaliar o BES emocional a partir do construto *distress*, que corresponde ao *stress* negativo indicado por índices de ansiedade e sintomas depressivos. Assim, quanto menor o índice de *distress*, melhor o bem-estar subjetivo emocional.

Segundo Oliveira, 2000, o *distress* é definido como "um estado subjetivo desagradável. Ele toma duas formas principais. A primeira é a depressão: sentimento de tristeza, desmoralização, solidão, desesperança, inutilidade etc. A segunda é a ansiedade: estar inquieto, preocupado, irritado, e com medo (...)" p.21.

Os fatores que podem contribuir para o *distress*, denominados estressores, são inúmeros, e os mais importantes referem-se a questões econômicas, familiares e conjugais (Delboni, 1997). Pessoas na idade adulta avançada (aproximadamente de 40 a 55 anos) e de baixa renda são freqüentemente expostas a situações potencialmente estressoras relacionadas aos filhos, relacionamentos interpessoais e questões econômicas. Nesse sentido, um dos objetivos deste estudo foi identificar o principal estressor percebido por estes adultos em um dado momento de suas vidas, bem como os recursos empregados para minimizar e/ou evitar sua influência por meio de estratégias de enfrentamento ou *coping*.

Estratégias de enfrentamento (*coping*)

Foi a partir dos anos 70 que as teorias psicológicas sobre o fenômeno *stress* incorporaram outras variáveis aos modelos explicativos, como a avaliação cognitiva e as respostas de enfrentamento (*coping*). Assim, a perspectiva teórica que concebe *stress* e enfrentamento a partir da interação do organismo com seu ambiente tem recebido destaque nas áreas da Psicologia da Saúde e da Psicologia Social (Kessler, Price & Wortman, 1985).

O ponto de partida para as pesquisas acerca deste tema foi a análise conceitual sobre *distress* e *coping* realizada por Lazarus em 1966. Para ele, o *distress* consiste em três processos: avaliação primária - processo de o indivíduo perceber a ameaça para si; avaliação secundária - momento em que o foco é pensar em dar uma resposta ao nível da ameaça; e *coping* - a execução da resposta dada (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Dentre os modelos de *coping* existentes, o mais compreensível e utilizado foi o criado por Folkman e Lazarus, em 1980, composto por quatro conceitos principais: a) é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; b) sua função é de administração da situação estressora; c) seus processos pressupõem a noção de avaliação, ou seja, entender como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; e d) constitui uma mobilização de esforço, por meio da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Beresford, 1994).

Assim, o termo *coping* é a denominação que se dá para as habilidades desenvolvidas no domínio das situações de *stress* e de adaptação a elas. A resposta ao *stress* e, conseqüentemente, ao *distress*, é uma reação emocional ou comportamental utilizada pelo indivíduo para enfrentar situações que ele considera estressantes, facilitando assim sua adaptação ao meio (Smerfield & McCrae, 2000). Uma das definições mais conhecidas, adotada neste estudo, foi a utilizada por Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998, segundo a qual *coping* é considerado um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais empregados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas

ou externas, que surgem em situações de *stress* e sobrecarregam ou excedem seus recursos pessoais.

Geralmente, os pesquisadores que estudam os processos de *coping* concordam que a compreensão deste construto é fundamental para entender como a tensão afeta as pessoas para melhor ou para pior (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). As estratégias de *coping* utilizadas contribuem na forma como o indivíduo lida com as circunstâncias estressantes da vida, buscando minimizar ou evitar o *distress* (tensão psicológica). Relacionam-se a fatores situacionais, ou seja, a ações cognitivas ou comportamentais ocorridas em uma determinada situação estressante (Antoniazzi et al., 1998).

Neste estudo estavam previstas as seguintes categorias de respostas, fundamentadas no aporte teórico: estratégia de enfrentamento focalizada no problema, estratégia de enfrentamento evasivo e práticas religiosas. Após análise fatorial exploratória, estas categorias foram confirmadas, tornando-se categorias de análise.

O enfrentamento focalizado no problema pode ser definido como um esforço feito pelo indivíduo para agir na situação que deu origem ao *stress* com o objetivo de mudá-la. Neste tipo de estratégia, procura-se modificar o problema que existe na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando tensão, podendo esta ação ser interna ou externa ao indivíduo (Antoniazzi et al., 1998). Assim, essa estratégia caracteriza-se por ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com o estressor de forma direta. O enfrentamento evasivo refere-se a quando as pessoas fazem algo (cognitivo ou comportamental) para escapar ou evitar o problema, para não ver sua importância (Guedea, 2002). As práticas religiosas caracterizam-se por utilizar pensamentos ou comportamentos religiosos para fugir de problemas ou tentar resolvê-los.

Método

Participantes

Participaram 280 indivíduos, distribuídos entre urbano, município de João Pessoa (PB) (140 participantes), e rural, município de Areia (PB) (140 participantes). Também foram distribuídos por tipo de renda

(fixa ou variável) e sexo, caracterizando uma amostra não-probabilística por cotas. As idades variaram entre 40 e 55 anos (média - $M=46,02$; desvio-padrão - $DP=4,68$). Os participantes possuíam renda familiar de até setecentos e vinte reais (R\$ 720,00), ou seja, três salários-mínimos (no período da pesquisa um salário-mínimo correspondia a R\$ 240,00). Na sua maioria, os respondentes eram casados (83,9%), com até três filhos (68,6%) e nível de escolaridade correspondendo ao Ensino Fundamental (53,2%). Diversas profissões foram encontradas, sendo as principais: comerciante (27,9%), auxiliar de serviços (9,6%), agricultor (5,4%), doméstica (3,9%), professor (3,9%), vigilante (3,2%) e porteiro (3,2%).

Instrumentos

O bem-estar subjetivo emocional foi mensurado a partir do construto *distress* por meio de oito itens adaptados do Questionário de Saúde Geral (QSG-12), desenvolvido para diagnosticar desordens psiquiátricas menores (Gouveia, et al. 2003). Os itens selecionados medem sintomas de depressão (quatro itens) e de ansiedade (quatro itens). Realizou-se um estudo-piloto a fim de verificar a compreensão do instrumento na amostra estudada. Após esse momento, os itens e a escala - que inicialmente apresentava quatro pontos e, posteriormente, apenas três - foram adaptados para um melhor entendimento. Cada item consistia no quanto a pessoa vinha experimentando, ultimamente, os sintomas ou comportamentos descritos; a resposta devia ser dada em uma escala de três pontos (1= nunca, 2= às vezes e 3= sempre). Quanto menor a pontuação, maior o nível de *distress* e menor o BES emocional, ou, quanto menor o *distress*, maior o nível de BES emocional. Essa escala foi validada no Estado da Paraíba e apresentou índices satisfatórios de KMO (*Kaiser Meyer Olkin*)= $0,78$ e *Teste de Esfericidade de Bartlett* $s=410,67$. Dois fatores foram encontrados: ansiedade, com *Alpha de Cronbach*= $0,69$, e depressão, com $0,65$, fatores estes que compõem o *distress*.

Para identificar o principal estressor percebido como fonte de preocupação pelos participantes naquele momento de suas vidas (situação econômica, familiar ou conjugal), foi elaborada uma questão baseada no aporte teórico, que considerava esses três fatores como os mais graves estressores psicossociais.

Na escala correspondente às estratégias de enfrentamento (focalizada no problema, enfrentamento evasivo e práticas religiosas), cada item consistia em pensamentos ou comportamentos que o sujeito tinha diante de um determinado estressor, e a resposta devia ser dada em uma escala de três pontos (1= nunca, 2= às vezes e 3= sempre). Esse instrumento foi validado para o contexto paraibano e foram encontrados índices satisfatórios de KMO (*Kaiser Meyer Olkin*)= $0,79$ e de *Teste de Esfericidade de Bartlett* $s=957,76$, obtendo-se três fatores: estratégia de enfrentamento focalizada no problema, com *Alpha de Cronbach*= $0,75$, estratégia de enfrentamento evasivo, com $0,58$, e práticas religiosas, com $0,65$. Dezesete itens obtiveram carga fatorial $\geq 0,30$, e os três fatores encontrados foram distribuídos da seguinte forma: enfrentamento focalizado no problema (oito itens), enfrentamento evasivo (seis itens) e práticas religiosas (três itens).

Utilizaram-se ainda questões biodemográficas, com o intuito de traçar um perfil da amostra, tais como: sexo, idade, escolaridade, tipo de renda (fixa e variável) e renda familiar.

Procedimentos

Neste estudo, considerou-se a Portaria 196/96 do Ministério da Saúde, que ressalta os aspectos éticos para pesquisa com humanos. Os participantes eram convidados a responder voluntariamente ao questionário, explicava-se o objetivo da pesquisa e deixava-se claro que se tratava de um estudo acadêmico. Ressaltava-se que não havia respostas certas ou erradas, que a pesquisa era totalmente sigilosa e que não proporcionaria risco algum, físico ou psicológico, para o participante.

Inicialmente, realizou-se um estudo piloto com dez participantes de baixa renda, distribuídos por sexo, com idade entre 40 e 55 anos e residentes na cidade de João Pessoa, PB. Após essa etapa, algumas modificações foram feitas no instrumento para um melhor entendimento por parte da amostra. A coleta dos dados ocorreu em vários locais: ambiente de trabalho, residências e ambientes públicos (praças). O pesquisador se aproximava do possível participante, explicava o objetivo do estudo e perguntava se o mesmo se enquadrava nos critérios de participação da amostra

(idade - 40 a 55 anos; classe social baixa, ou seja, pessoas que recebiam até três salários mínimos, o que correspondia a até R\$ 720,00 no período da pesquisa). Caso a pessoa preenchesse esses critérios, era convidada a participar do estudo.

Análise dos dados

As análises foram realizadas por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 13.0. Efetuaram-se estatísticas descritivas e o teste paramétrico ANOVA Fatorial (Análise de Variância Fatorial).

Resultados

Com o objetivo de verificar o BES emocional a partir dos índices de *distress*, realizaram-se estatísticas descritivas, tais como M e DP. Em uma escala variando de 1 (nunca) a 3 (sempre), obteve-se escore médio de 2,37, com DP de 0,22. A fim de averiguar possíveis diferenças entre as variáveis sexo e ambiente (urbano e rural), em função do *distress*, efetuou-se uma ANOVA Fatorial (Análise de Variância Fatorial). Os resultados mostraram uma diferença significativa entre a variável ambiente e o *distress* [$F(3,280)=4,64; p\leq 0,05$]. Os participantes do ambiente rural ($M=2,40; DP=0,24$) obtiveram maiores escores do que os do ambiente urbano ($M=2,34; DP=0,20$). Em relação ao sexo, não foi encontrada diferença significativa.

Buscando identificar, a partir da percepção da amostra, o estressor que mais afetava a saúde psíquica naquele momento (situação econômica, familiar ou conjugal), constatou-se que 56,1% consideraram a situação econômica o principal estressor de sua vida, 27,5% indicaram as questões familiares e 16,4% apontaram as questões conjugais.

Para minimizar os efeitos do principal estressor, foram utilizadas as seguintes estratégias de enfrentamento: focalizada no problema, enfrentamento evasivo e práticas religiosas. Com o intuito de verificar os índices de cada estratégia utilizada, realizaram-se estatísticas descritivas (M e DP). Em uma escala variando de 1 (nunca) a 3 (sempre), obtiveram-se os seguintes escores de média e desvio-padrão: estratégia focalizada no

problema: $M=2,72$ e $DP=0,31$; enfrentamento evasivo: $M=2,15$ e $DP=0,44$; e práticas religiosas: $M=2,65; DP=0,45$. Para averiguar possíveis diferenças entre as variáveis sexo e ambiente (urbano e rural), em função de cada uma das estratégias de enfrentamento estudadas, utilizou-se o teste estatístico ANOVA Fatorial (Análise de Variância Fatorial). Na estratégia focalizada no problema, observou-se diferença significativa na variável ambiente do estudo [$F(3,280)=6,59; p\leq 0,05$]. Os participantes do ambiente rural ($M=2,76; DP=0,26$) obtiveram maiores escores do que os do ambiente urbano ($M=2,67; DP=0,26$). Em relação ao sexo, não foi encontrada diferença significativa. No enfrentamento evasivo não foi verificada diferença estatisticamente significativa nem em relação ao ambiente do estudo, nem ao sexo. Nas práticas religiosas, encontrou-se diferença significativa quanto ao sexo [$F(3,280)=12,56; p\leq 0,05$]: as mulheres apresentaram um escore maior ($M=2,74; DP=0,37$) do que os homens ($M=2,55; DP=0,50$). Na variável ambiente do estudo, não foi constatada diferença significativa com relação a esta estratégia.

Discussão

Este trabalho teve como objetivo geral avaliar o bem-estar subjetivo emocional, bem como identificar as principais estratégias de enfrentamento de indivíduos de baixa renda com idade entre 40 e 55 anos (idade adulta avançada), no ambiente urbano e rural da Paraíba.

O BES emocional foi mensurado a partir de uma medida de *distress*, caracterizado por sintomas de ansiedade e depressão, a partir de uma escala de três pontos (1= nunca, 2= às vezes e 3= sempre). Quanto mais próximo de 1, maior o índice de *distress* e, conseqüentemente, menor o índice de BES emocional, e quanto mais próximo de 3, maior o BES emocional e menor o *distress*.

A escala utilizada possui uma amplitude de três pontos (1= nunca, 2= às vezes e 3= sempre), o que dificulta uma mensuração mais precisa do BES emocional. No entanto, essa escala foi usada em virtude de um estudo-piloto realizado inicialmente, no qual se observou que os participantes não compreendiam a escala de quatro pontos por terem um baixo nível de escolaridade. Todavia, isto não minimiza o fato de que a menor amplitude da escala pode gerar dúvidas interpre-

tativas porque a discriminação da resposta ao item tende a ser conservadora, e é muito forte a tensão necessária para que o item expresse as diferenças entre os respondentes.

A amostra obteve uma média de 2,37 e desvio-padrão de 0,22 com relação ao *distress*. Como a média geral foi acima de 2,00, supõe-se que os participantes tendem a um estado de BES emocional. Mesmo diante de eventos estressantes, eles demonstraram conseguir lidar e se adaptar às situações, apresentando uma tendência a avaliar de forma positiva e situacional (passageira) os eventos estressantes que ocorrem em suas vidas. No entanto, ao comparar os níveis de *distress* nos adultos de idade avançada dos ambientes urbano e rural, verificou-se que os residentes no ambiente rural ($M=2,40$; $DP=0,24$) apresentam melhor BES emocional do que os residentes no ambiente urbano ($M=2,34$; $DP=0,20$). Apesar de, nas últimas décadas, o mundo rural deixar cada vez mais de se caracterizar como agrário, ainda pode ser considerado um lugar agradável e saudável para se viver, pois estas pessoas estão habituadas a este ambiente e fazem dele o seu modo de vida. Mesmo que aos olhos dos outros pareçam viver precariamente, para elas este é o seu lar, o seu lugar, e também o dos seus amigos e parentes. O contato face a face e o sentimento de pessoa conhecida pelos demais provavelmente propicia uma melhor circunstância adaptativa do que a dispersão do anonimato encontrado nas cidades maiores. A comparação social nestas circunstâncias, em que cada indivíduo sente-se parte do conjunto social, favorece uma maior estabilidade emocional, dada a homogeneidade tanto do *status*, quanto das solicitações de consumo, que são relativamente iguais para todos.

Com relação ao sexo, não foi observada nenhuma diferença em função do *distress*, devido à homogeneidade da amostra e também ao princípio da comparação social. Essas pessoas apresentam praticamente o mesmo perfil biodemográfico e, possivelmente, percebem os episódios da vida de forma semelhante, baseando-se nas opiniões, atitudes e crenças dos integrantes de seu círculo social.

Outro objetivo da pesquisa foi identificar o principal estressor (situação econômica, familiar ou conjugal) percebido pelos participantes em suas vidas naquele momento. Constatou-se que, tanto no am-

biente rural como no urbano, o principal estressor referia-se à questão econômica, o que é compreensível, em virtude de a amostra ser constituída por indivíduos de baixa renda que recebiam até R\$ 720,00 (setecentos e vinte reais). Esse valor correspondia, no período do estudo, a três salários mínimos.

Para minimizar e/ou evitar a influência desses estressores, os indivíduos utilizam estratégias conhecidas como estratégias de enfrentamento ou *coping*. Foram encontradas três estratégias de enfrentamento: focalizada no problema, enfrentamento evasivo e práticas religiosas. A estratégia focalizada no problema foi a mais pontuada em ambos os ambientes. Nesta, obteve-se diferença em relação ao ambiente do estudo: os participantes do ambiente rural apresentaram maior pontuação do que os do urbano. Como o ambiente rural não oferece muitas oportunidades, as pessoas tendem a ser mais conformistas, pois não há tanta discrepância social quanto nas cidades, e acabam se acostumando a ter um estilo de vida padrão, sem almejar algo muito distante de sua realidade, sem fantasiar. Nesse sentido, tendem a resolver os problemas de forma direta, agindo na situação estressante com o objetivo de mudá-la. No que diz respeito ao sexo, não houve diferença, devido ao caráter homogêneo da amostra.

No enfrentamento evasivo também não foi verificada nenhuma diferença, pois esses indivíduos, além de terem um perfil semelhante, adaptam-se facilmente às novas situações e as enfrentam diretamente, sem procurar fugir ou se esquivar.

Nas práticas religiosas encontrou-se diferença em relação ao sexo, com as mulheres demonstrando utilizar mais esta estratégia do que os homens. Elas tendem a ter uma percepção de controle externa, atribuindo a Deus a solução dos seus problemas, isentando-se da responsabilidade de enfrentá-los.

Em resumo, os adultos de idade avançada (entre 40 e 55 anos) de baixa renda dos ambientes rural e urbano da Paraíba demonstraram ter um bom nível de BES emocional, procurando focalizar sua atenção na solução direta de seus problemas, e a questão econômica é a maior fonte de *stress*.

Referências

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.

- Antoniazzi, A. S., Del'Aglio, D. D., & Bandeira, D. B. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3 (2), 273-294.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (1), 171-209.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Delboni, T. H. (1997). *Vencendo o stress*. (Série Saúde e Harmonia no Trabalho). São Paulo: Markron Books.
- Diener, E. (1995). A value based index for measuring national quality of life. *Social Indicators Research*, 36 (2), 107-127.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: the cutting edge. *Journal of Clinical Research*, 31, 103-157.
- Diener, E., & Lucas, R. F. (2000). Subjective emotional well-being. running head: emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp.325-337). New York: Guilford.
- Diener, E., Scollon C. N., & Lucas, R. E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V., & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (3), 241-248.
- Guedea, M. T. D. (2002). *Bem-estar subjetivo em idosos*. Dissertação de mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572. (doi: 10.1146/annurev.os.36.020.185.002531).
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (Supl.), 65-74.
- Murell, S. A., & Norris, F. H. (1991). Differential social support and life change as contributors to the social class distress relationship in older adults. *Psychology and Aging*, 6 (2), 223-231.
- Novo, R. F. (2003). Bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico: diferentes faces da eudaimonia. In R. F. Novo (Ed.), *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade avançada* (pp.21-75). Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, I. C. P. (2000). *Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164-172. (1p. 1/2).
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. (doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141)
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (2). Disponível em [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo\(57\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo(57).htm)
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica. Usando a nova psicologia positiva para realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-269.
- Smerfield, M. R., & McCrae, R. R. (2000). Stress and coping research. Methodological challenges, theoretical advances and clinical applications. *American Psychologist*, 55 (6), 620-625.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: three generations of research. *Journal of Personality*, 64 (4), 711-735.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55 (1), 89-98.

Recebido em: 16/2/2007

Versão final reapresentada em: 29/5/2007

Aprovado em: 15/6/2007

Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade

Impact on the quality of life and on the depressive state of elderly women attending a senior citizens university

Tatiana Quarti **IRIGARAY**¹

Rodolfo Herberto **SCHNEIDER**¹

Resumo

O objetivo deste estudo foi examinar a associação entre o tempo de participação na Universidade para a Terceira Idade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e as dimensões de personalidade, a qualidade de vida e a depressão em idosas. O método amostral utilizado foi o de conveniência. Cento e três idosas que participavam do grupo da Universidade da Terceira Idade foram avaliadas e responderam a instrumentos sobre condições sociodemográficas, aspectos de personalidade, qualidade de vida e depressão. Os resultados mostraram uma associação entre tempo de participação superior a um ano na Universidade da Terceira Idade e menor intensidade de depressão, bem como melhor percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social. Os resultados sugerem que o tempo de participação superior a um ano na Universidade da Terceira Idade atua como um possível fator protetor contra a depressão em idosos e auxilia na percepção de uma melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social.

Unitermos: Depressão. Idoso. Personalidade. Qualidade de vida.

Abstract

In this study we examine the association between the length of participation in the University for Senior Citizens (Rio Grande do Sul Federal University) and personality dimensions, quality of life and depression in elderly women. We used the convenience sampling method. One hundred and three elderly women who participated in the Senior Citizens University group were evaluated and responded to questionnaires involving sociodemographic conditions, aspects of personality, quality of life and depression. The data showed an association between the length of participation of over one year at the Senior Citizens University and lower intensity of depression as well as a better perception of quality of life in the physical, psychological and social domains. The outcome suggests that a length of participation in excess of one year at the Senior Citizens University acts as a possible protective factor against depression in the elderly. Furthermore, it helps with the perception of a better quality of life in the physical, psychological and social domains.

Uniterms: Depression. Aged. Personality. Quality of life.

Devido ao aumento do número de idosos na população brasileira e ao aumento da longevidade na última década houve uma proliferação de programas e

atividades destinados ao público idoso. Dentre eles, destacam-se os trabalhos realizados nas universidades da terceira idade, que têm como objetivo principal rever

▼▼▼▼▼

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia. Av. Ipiranga, 6690, 3º andar, 90610-000, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: T.Q. IRIGARAY. E-mail: <tatiana.irigaray@superig.com.br>.

os estereótipos e preconceitos associados ao envelhecimento, promover a auto-estima e o resgate da cidadania, incentivar a autonomia, a independência, a auto-expressão e a reinserção social em busca de um envelhecimento bem-sucedido (Palma, 2000).

Os programas das universidades brasileiras da terceira idade, em sua maioria, caracterizam-se como propostas de educação permanente ou de educação continuada (Neri & Cachioni, 1999). A educação permanente é concebida como um fato educativo global, sem limites de idade, que surge da necessidade de acompanhar as transformações rápidas que estão acontecendo no mundo nos aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais. De forma diferente, a educação continuada equivale à educação convencional de adultos, referindo-se ao prolongamento do sistema escolar ao longo de toda a vida, segundo a demanda do indivíduo e da sociedade (Giubilei, 1993).

Segundo Neri (1996), os principais motivos que levam os idosos a procurarem as universidades da terceira idade são a busca por conhecimentos, atualização cultural, autoconhecimento, autodesenvolvimento, contato social, ocupação do tempo livre e o desejo de ter maior conhecimento para ajudar outras pessoas na defesa de seus direitos. O estudo de Guerreiro (1993) revelou que a solidão é uma das razões para a procura pela universidade, que oferece aos seus participantes a oportunidade de ampliação do círculo de amizades com um grupo específico de pessoas. Para Silva (1999), a motivação para engajamento deve-se à necessidade de complementar a educação e atualizar-se, buscando suprir deficiências presumidas e melhorar a imagem social. Segundo Castro (1998), os principais motivos que levam os idosos às universidades da terceira idade são a busca por relacionamentos, convivência, atualização, troca de experiências, conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e o autoconhecimento.

Uma característica marcante das universidades para a terceira idade é a predominância de mulheres, que representam a maioria da população total (Castro, 2004; Goldstein, 1995). Esse fato pode estar relacionado às diferenças entre homens e mulheres quanto à representação do envelhecimento e como esses indivíduos percebem estas mudanças: as mulheres com maior interesse cultural, e os homens mais pelos assuntos políticos (Debert, 1999).

A Universidade para a Terceira Idade (UNITI) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é um exemplo bem sucedido de programa de educação permanente voltado exclusivamente ao público idoso. A UNITI é um projeto de extensão, ensino e pesquisa que funciona junto ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esse programa iniciou suas atividades no primeiro semestre de 1991 e está no 17º ano de funcionamento. O grupo da UNITI é composto semestralmente, em média, por 150 pessoas da comunidade com idade ≥ 60 anos. Participam da UNITI, atualmente, 148 idosas e dois idosos; ao longo dos seus dezessete anos de existência, o número de homens nunca ultrapassou os 5%.

O objetivo principal da UNITI é potencializar os recursos humanos nas pessoas com idade ≥ 60 anos, viabilizando mudanças sociais que permitam a estes idosos o direito de participar com seus próprios recursos. A dinâmica de trabalho apóia-se na própria capacidade dos idosos e nas suas necessidades específicas, dentro de uma filosofia que privilegia a autodescoberta. Na prática, trabalham-se os conceitos de plasticidade, mutualidade, resiliência, informalidade, colaboração, solidariedade, autodiagnóstico compartilhado, técnicas de experiência e mensuração conjunta de programas (Castro, 2004).

Dentro desse conceito, o projeto UNITI vem contribuindo para o desenvolvimento pessoal e social do idoso, incentivando-o a adotar um estilo de vida mais saudável, passível de maior adaptação e sobrevivência na sociedade atual, de acordo com as suas características de personalidade. Segundo a teoria de Murray (Hall, Lindzey & Campbell, 2000), a personalidade refere-se a uma série de eventos que abrangem toda a vida do indivíduo, refletindo elementos duradouros e recorrentes do comportamento, bem como elementos novos e únicos. Para ele, a personalidade seria o agente organizador ou governador do indivíduo.

A influência da personalidade ao longo do processo de envelhecimento ainda é alvo de muitas discussões. As primeiras pesquisas sugeriram que a personalidade se tornava mais rígida com o envelhecimento e que se desenvolvia muito pouco na idade avançada (Neugarten, Moore & Lowe, 1965; Papalia & Olds, 2000; Tavares, 2005). Estudos posteriores sugeriram o contrário, que ocorreria uma estabilidade dos traços

de personalidade ao longo da vida adulta e da velhice; assim, a personalidade não se tornaria mais rígida com o passar dos anos, mas permaneceria da mesma forma desde a vida adulta (Costa, Herbst, McCrae & Siegler, 2000; Herbst, McCrae, Costa, Feaganes & Siegler, 2000; McCrae & Costa, 1987, 1994). Porém, alguns autores defendem a idéia de que diferenças entre coortes refletem na personalidade de idosos, sendo que pessoas de coortes mais recentes parecem apresentar maior flexibilidade do que as de coortes anteriores (Hilgard, Atkinson & Atkinson, 1979; Ruth & Coleman, 1996; Schaie & Willis, 1991). Teorias atuais de personalidade indicam que, apesar da aparente estabilidade da personalidade na idade adulta, existe considerável potencial para mudança (Field & Millsap, 1991; Helson, Jones & Kwan, 2002; Labouvie-Vief, Diehl, Tarnowski & Shen, 2000; McAdams, 1995; Maiden, Peterson, Caya & Hayslip, 2003).

Alguns estudos mostraram que as dimensões de personalidade podem estar relacionadas aos índices de resiliência e bem-estar subjetivo (Ryff, 1991; Staudinger, Marsiske & Baltes, 1993), além de desencadeamento de sintomas depressivos (Costa, McCrae & Zonderman, 1987; Costa et al., 2000; Diener & Diener, 1996; Martin, Valora & Poon, 2002; Small, Herzog, Hultsch & Dixon, 2003; Steunenberg, Beekman, Deeg & Kerkhof, 2006; Watson & Walker, 1996). O bem-estar tem sido considerado por alguns autores como sinônimo de qualidade de vida (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003).

Conforme o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (The World Health Organization Quality of life Assessment Group- WHOQOL, 1998), o conceito de qualidade de vida é definido como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida e no contexto de sua cultura, de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Existe uma relação direta entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos (Trentini, 2004). Dessa forma, os indivíduos que avaliam a sua qualidade de vida como negativa apresentam significativamente mais sintomas depressivos do que aqueles que têm esperança; conforme alguns estudos, esses últimos apresentam melhores condições de saúde (Carpenito, 1995; Farran, Herth & Popovich, 1995; Miller, 1985). Outros

estudos também têm encontrado uma associação entre má qualidade de vida e depressão (Herman et al., 2002; Kuehner, 2002; Xavier et al., 2002).

No idoso, os fatores que podem desencadear sintomas depressivos são a falta ou a perda de contatos sociais, história de depressão pregressa, viuvez, eventos de vida estressantes, institucionalização em casas asilares, baixa renda, insatisfação com o suporte social, ansiedade, falta de atividades sociais, nível educacional baixo e uso de medicação antidepressiva (Djernes, 2006; Papalia & Olds, 2000). Sabe-se ainda que a perda do estado de saúde física pode ser o desencadeador do início e da persistência da depressão (Argimon & Stein, 2005; Geerlings, Beekman, Deeg & Vantilburg, 2000).

A depressão pode ser evitada ou minimizada por intermédio do apoio que o indivíduo recebe nas relações interpessoais (Jefferson & Greist, 1999). Papalia et al. (2006) reforçaram a hipótese de que uma forte rede de amigos e de familiares pode ajudar os idosos a evitar e/ou a enfrentar a depressão. Determinados contextos afetivos de amizades ou vínculos de confiança com cônjuge, parceiro ou amigo podem tanto desencadear quanto proteger os indivíduos contra o surgimento de sintomatologia depressiva.

Este estudo examinou a relação entre o tempo de participação na UNITA da UFRGS e os aspectos de personalidade, depressão e qualidade de vida de idosos.

Método

Participantes

Foram incluídas 103 participantes com idade ≥ 60 anos, do sexo feminino, participantes da UNITI. O processo de amostragem foi o de conveniência. Todos os integrantes da UNITI (150 indivíduos) foram convidados a participar do estudo, mas apenas 109 consentiram em fazê-lo; destes, seis foram excluídos por apresentarem menos de 60 anos.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram os seguintes:

1. *Ficha de dados sociodemográficos*: A ficha de dados sociodemográficos incluiu as seguintes variáveis:

sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, situação de moradia, ano de aposentadoria, ocupação, ano de ingresso na UNITI, número de filhos, netos e bisnetos, atividades físicas realizadas, percepção de saúde e uso de medicação.

2. *Inventário Fatorial de Personalidade* - (IFP) de Pasquali, Azevedo & Ghesti (1997), É um inventário da personalidade objetivo, que avalia 15 necessidades ou motivos psicológicos (assistência, dominância, ordem, denegação, intracepção, desempenho, exibição, heterossexualidade, afago, mudança, persistência, agressão, deferência, autonomia e afiliação). O IFP é composto por 155 itens que constituem afirmações às quais o indivíduo deve responder utilizando alternativas de uma escala do tipo Likert, composta de sete pontos. Os pontos da escala correspondem progressivamente de 1 (nada característico) a 7 (totalmente característico). Foi utilizada a versão do instrumento em português.

3. (*WHOQOL-bref*) (Fleck et al., 1999), para avaliar a percepção de qualidade de vida: É uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. Este questionário baseia-se no pressuposto de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Esse instrumento avalia quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente), incluindo questões de avaliação global de qualidade de vida. Essas últimas geram um escore global (chamado qualidade de vida geral), que também foi incluído na análise dos resultados. É composto por 26 questões. Foi utilizada a versão do instrumento em português.

4. *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS), de Sheikh & Yesavage (1986): A GDS é uma medida utilizada para o rastreamento de depressão em idosos, e é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizado para este fim. A versão curta é composta por 15 perguntas (a escala original é composta por 30 perguntas), apresentando respostas classificadas em sim ou não. O escore total da GDS, versão curta, é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelos examinados nos 15 itens. O menor escore possível é zero e o maior é 15. Foi utilizada a versão do instrumento em português.

Análise dos dados

Inicialmente, todas as idosas preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, a partir daí, foram convidadas a responder a respeito de informações sociodemográficas, fatores de personalidade (Pasquali et al., 1997), aspectos de qualidade de vida (Fleck et al., 1999) e sintomatologia depressiva (Sheikh & Yesavage, 1986).

Os dados sociodemográficos provenientes do IFP, do WHOQOL-bref e da GDS foram obtidos por meio de auto-administração, contudo, um auxiliar de pesquisa (estudante de psicologia) sempre esteve à disposição das idosas para qualquer esclarecimento. A aplicação dos instrumentos foi feita em grupos de até 15 participantes nas salas de aulas da Escola Técnica da UFRGS, local onde funciona a UNITI.

O projeto foi devidamente examinado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil (nº 06/0309).

Procedimentos para análise dos dados

A descrição das variáveis foi realizada pelas freqüências absolutas e relativas, bem como média e desvio-padrão.

O Teste *t* de Student foi utilizado para a comparação realizada entre os fatores do IFP, depressão (GDS), os domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e o tempo de participação na UNITI.

Foram consideradas significativas as associações com valores de $p \leq 0,05$.

Para análise dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Packadge of Social Sciences* (SPSS) para ambiente Windows, versão 13.0.

Resultados

As características sociodemográficas da amostra em estudo são apresentadas na Tabela 1. A amostra contou com 103 mulheres idosas na faixa etária entre 60 e 86 anos, idade média de 69,2 (desvio-padrão - DP=6,46). O estado civil mais encontrado foi viuvez (44,7%), a escolaridade mais prevalente foi o ensino

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra em estudo (n=103). Porto Alegre.

Variáveis	n	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	103	100,0
<i>Idade</i>		
	M=69,2; DP=6,46	
<i>Estado civil</i>		
Solteira	5	4,9
Casada/com companheiro	32	31,0
Viúva	46	44,7
Separada/divorciada/sem companheiro	20	19,4
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental	21	20,4
Ensino Médio	40	38,8
Ensino Superior	42	40,8
<i>Renda</i>		
1 a 5 salários mínimos	22	21,3
6 a 10 salários mínimos	40	38,8
11 a 15 salários mínimos	22	21,4
16 a 20 salários mínimos	7	6,8
mais de 20 salários mínimos	12	11,7
<i>Situação moradia</i>		
Morando sozinha	49	47,6
Morando com a família	54	52,4
<i>Ocupação anterior</i>		
Professora	29	28,1
Funcionária pública	21	20,4
Do lar	15	14,6
Comerciante	7	6,8
Secretária	7	6,8
Auxiliar de Enfermagem	3	2,9
Outras	21	20,4
<i>Ocupação atual</i>		
Aposentada	76	73,8
Do lar	20	19,4
Outra	7	6,8
<i>Percepção de Saúde</i>		
Saudável	84	81,6
Doente	2	1,9
Nem saudável nem doente	17	16,5
<i>Uso de medicação</i>		
Sim	92	89,3
Não	11	10,7
<i>Realiza atividade física</i>		
Sim	77	74,8
Não	26	25,2
<i>Tempo de participação na UNITI</i>		
Mais de um ano	87	84,4
Menos de um ano	16	15,6

M: média; DP: desvio-padrão.

superior (40,8%) e a renda de 6 a 10 salários mínimos foi a mais presente (38,8%). Quanto à situação de moradia, predominou a moradia com a família (52,4%); a profissão de professora foi a ocupação anterior mais frequentemente citada (28,1%) e a aposentadoria foi a ocupação atual prevalente (73,8%). A percepção de saúde predominante foi a de saudável (81,6%); a realização de atividade física (74,8%) e o uso de medicação (89,3%) também foram bastante citados entre as idosas. Dentre o percentual de idosas que utilizavam medicação, 95% usavam anti-hipertensivos e/ou fármacos para dislipidemia, e somente 5% usavam antidepressivos. A maior parte delas (84,4%) participa da UNITI há mais de um ano.

Na Tabela 2 é possível observar os resultados da comparação entre os fatores do IFP, depressão (GDS), qualidade de vida (WHOQOL-bref) e o tempo de participação na UNITI. Por meio do Teste *t* de Student foi

Tabela 2. Comparação entre os fatores do IFP, a variável depressão, os domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e o tempo de participação no projeto (n=103).

Variáveis	Tempo de participação no projeto		p
	≤1 ano (n=16)	≥1 ano (n=87)	
<i>Fatores do IFP</i>			
Assistência	46,62	52,50	0,064
Intracção	45,00	44,63	0,863
Afago	43,81	46,21	0,497
Deferência	49,88	50,83	0,588
Afiliação	51,38	55,74	0,091
Dominância	32,50	29,90	0,273
Denegação	39,12	37,77	0,476
Desempenho	47,56	47,09	0,818
Exibição	29,69	28,41	0,582
Agressão	27,25	24,09	0,124
Ordem	50,38	50,13	0,915
Persistência	43,69	46,31	0,272
Mudança	45,56	48,14	0,201
Autonomia	44,94	45,06	0,946
GDS	4,06	2,39	0,011*
<i>Qualidade de vida</i>			
Domínio físico	64,50	72,29	0,046*
Domínio psicológico	57,55	64,22	0,017*
Domínio relacionamentos sociais	60,94	70,21	0,040*
Domínio ambiente	69,53	75,29	0,062
Qualidade de vida geral	72,66	76,14	0,427

p≤0,05; IFP: inventário fatorial da personalidade; GDS: escala de depressão geriátrica.

possível verificar uma diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre o tempo de participação e as variáveis depressão e qualidade de vida, mais especificamente nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais, sendo que no domínio ambiente houve uma tendência à significância. Para todos os itens de qualidade de vida apontados obteve-se uma diferença estatisticamente significativa em relação ao tempo de participação: todos os escores mostraram-se mais altos após um ano de participação na UNITI. Os sintomas depressivos foram menos pontuados por aquelas pessoas com maior tempo de participação no grupo. Para os fatores de personalidade avaliados, não foram encontradas diferenças significativas em relação ao tempo de participação, no entanto houve uma tendência à significância no fator assistência, em que a média das idosas com tempo de participação superior a um ano foi mais alta.

Discussão

Embora não se possa estabelecer uma relação causal, o tempo de participação superior a um ano na UNITI parece ter exercido uma influência positiva na avaliação da sintomatologia depressiva e na percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais. Em concordância com os resultados aqui obtidos, diversos estudos descrevem o impacto positivo que a participação em programas educacionais traz aos idosos, em relação à sua saúde física e mental, às suas atitudes e às relações sociais (Cachioni, 1998; Cox, 1991; Erbolato, 1996; Loures & Gomes, 2006; Scala, 1996; Silva, 1999). Para Goldstein (1995), esses programas dão ao indivíduo a oportunidade de obter suporte emocional, informacional e instrumental, podendo ter efeitos positivos no enfrentamento do estresse e, conseqüentemente, contribuem para a conquista de um envelhecimento bem-sucedido. Os resultados apresentados corroboram os estudos citados anteriormente, demonstrando que a frequência de idosos em programas para a terceira idade tem um impacto positivo no seu estado depressivo e na sua qualidade de vida.

Não foram encontradas associações significativas entre os fatores de personalidade e o tempo de participação na UNITI. Esse resultado concorda com

diversos estudos sobre a estabilidade dos aspectos de personalidade ao longo da vida e no idoso (Costa et al., 2000; Herbst et al., 2000; McCrae & Costa Júnior, 1987, 1994). De acordo com esses autores, a personalidade do idoso permaneceria da mesma forma como sempre foi, desde a vida adulta. O fator assistência apresentou uma tendência à significância em relação ao tempo de participação na UNITI, uma vez que a média das idosas com tempo de participação superior a um ano foi mais elevada. Assim, a participação superior a um ano levaria as idosas a apresentar mais sentimentos de piedade, compaixão e ternura; tenderiam a fornecer maior suporte emocional e consolo na tristeza, na doença e em outros infortúnios. Uma possível explicação para esse achado é de que a UNITI incentiva a solidariedade entre os idosos, estimulando-os a desenvolverem trabalhos solidários em diferentes comunidades necessitadas; deste modo, o grupo consiste em um espaço que privilegia a troca, a colaboração e a solidariedade entre os indivíduos.

De maneira geral, as idosas participantes da UNITI apresentaram escores que indicaram ausência de sintomatologia depressiva. No entanto, as participantes com tempo de participação superior a um ano mostraram uma menor intensidade de sintomas depressivos, em relação àquelas com tempo de participação igual ou inferior a um ano. Esse resultado concorda com o estudo de Loures e Gomes (2006), que encontraram menor prevalência de depressão com a participação na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás (UNATI-UCG). Para as autoras, o convívio dos participantes com seus colegas e/ou professores fez com que eles se sentissem menos abandonados, com menos solidão e menos desprezados.

Outra possibilidade de explicação para a associação entre ausência de sintomatologia depressiva e participação na UNITI estaria nas características sociodemográficas da amostra estudada. A amostra foi composta, em sua maioria, por idosas com nível de escolaridade elevado. Assim, essa característica poderia explicar o baixo escore total na Escala de Depressão Geriátrica. Alguns estudos têm encontrado uma relação entre nível de escolaridade e intensidade de sintomatologia depressiva (Cacciatore, 1998; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006; Trentini et al., 2005). Segundo Trentini et al. (2005), essa associação ocorreria de forma

inversa: quanto maior a escolaridade menor a intensidade de sintomas psicológicos (cognitivos) ou de somatizações (somáticos). Assim, a escolaridade poderia exercer um papel protetor para sintomas depressivos ou para sua expressão (Argimon & Stein, 2005). Os resultados aqui obtidos não permitem inferir se a escolaridade, por si só, influencia a expressão de sintomas depressivos, ou se ela é uma variável que compreende outras intervenientes, tais como o alto nível de independência e boas condições socioeconômicas, características presentes na amostra estudada.

As idosas com participação superior a um ano mostraram melhores escores nos domínios físico, psicológico e social. Outros estudos encontraram, da mesma maneira, melhoras nas áreas pessoal, intelectual, social, afetiva e no estado de saúde com a participação em universidades da terceira idade (Cachioni, 1998; Erbolato, 1996; Goldstein, 1995). Segundo Cachioni (1998), a participação das alunas na Universidade da Terceira Idade de São Francisco levou-as a se sentirem socialmente mais valorizadas e respeitadas, resultando em maior autoconfiança e auto-eficácia, no âmbito cognitivo e de produtividade. Da mesma maneira, Erbolato (1996) verificou que a participação na Universidade da Terceira Idade da PUC-Campinas trouxe benefícios nas áreas pessoal, intelectual e social, que resultaram em mudanças positivas nas concepções de envelhecimento, nos cuidados com a saúde, na rotina de vida, no enfrentamento de problemas, no relacionamento com os amigos e na autopercepção dos alunos. Os resultados aqui encontrados referentes à melhora na qualidade de vida de idosas devido à participação em uma universidade da terceira idade estão em harmonia com alguns dados da literatura apresentados anteriormente (Cachioni, 1998; Erbolato, 1996; Goldstein, 1995).

Uma das hipóteses propostas a respeito da referida associação é a de que, de um modo geral, nas universidades para a terceira idade os idosos são incentivados a conquistar, manter e preservar a autonomia e a independência, o que favorece a qualidade de vida. O indivíduo idoso sente-se valorizado e estimulado a conquistar um novo sentido de vida, adquirir novas informações e ampliar conhecimentos. Assim, as atividades grupais com pessoas da mesma geração parecem favorecer a boa qualidade de vida porque possibilitam a vivência e a construção de significados comuns, a

conquista de novas amizades e a obtenção de suporte social, ajudando-os em condições normais e sob estresse. Da mesma maneira, Goldstein (1995) defendeu a idéia de que esses programas facilitam aos idosos a obtenção de suporte emocional, informacional e instrumental, contribuindo para o enfrentamento do estresse. Além disso, as informações e aprendizagens obtidas aumentam os recursos pessoais, como a auto-eficácia, habilidades sociais e solução de problemas. Neri e Cachioni (1999) sugeriram a existência de uma relação entre participação em iniciativas educacionais e implementação da atividade, da satisfação, da saúde percebida e das habilidades cognitivas entre os alunos idosos, embora não se possa afirmar que a ida à universidade seja a causa desse envelhecer saudável. Desta forma, a participação superior a um ano na UNITI apareceu relacionada com menor número de sintomas depressivos e melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social, fato em concordância com os estudos de Goldstein (1995) e Neri e Cachioni (1999).

O estudo apresentou como limitações a homogeneidade do grupo no que diz respeito à alta escolaridade e à renda, que pode não ser a realidade de outros grupos de idosos, e o fato de a amostra ter sido por conveniência, pois os idosos que participam desses programas podem ter características distintas daqueles que não participam.

É necessária a realização de novos estudos a fim de explorar a associação entre qualidade de vida, sintomas depressivos e tempo de participação em universidades para a terceira idade, devido à escassez de literatura com dados sobre os efeitos resultantes da participação de idosos nesses programas.

Considerações Finais

O tempo de participação na UNITI superior a um ano apontou para uma associação entre menor intensidade de sintomas depressivos e melhor percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social.

Outros estudos são sugeridos a fim de confirmar ou levantar outras hipóteses a respeito de quais variáveis podem estar relacionadas à participação em uma universidade para a terceira idade. Novas pesquisas

poderão auxiliar no desenvolvimento de políticas educacionais que resultem em programas voltados ao público idoso.

Referências

- Argimon, I. L., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (1), 64-72.
- Cacciatore, F. (1998). Morbidity patterns in aged population in Southern Italy: a survey sampling. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26 (3), 201-213.
- Cachioni, M. (1998). *Envelhecimento bem-sucedido e a participação numa universidade para a terceira idade: a experiência dos alunos da Universidade São Francisco*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Estadual de Campinas.
- Carpenito, L. J. (1995). *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. New York: Lippincott.
- Castro, O. P. (1998). O processo grupal, a subjetividade e a resignificação da velhice. In O. P. Castro (Org.), *Velhice que idade é esta? Uma construção psicossocial do envelhecimento* (pp.35-55). Porto Alegre: Síntese.
- Castro, O. P. (2004). Vivendo em seu corpo: uma questão de consciência e de criatividade. In O. P. Castro (Org.), *Envelhecer: revisitando o corpo* (pp.13-30). Sapucaia do Sul: Notadez.
- Costa, P. T., Herbst, J. H., McCrae, R. R., & Siegler, I. C. (2000). Personality at midlife: stability, intrinsic maturation and response to life events. *Assessment*, 7 (4), 365-378.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: longitudinal follow-up of American national sample. *British Journal of Psychology*, 78 (3), 299-306.
- Cox, C. (1991). Why older adults leave the university: a comparison of continuing and noncontinuing students. *Educational Gerontology*, 17 (1), 1-10.
- Debert, G. G. (1999). A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp.
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7 (3), 181-185.
- Djernes, J. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (5), 372-387.
- Erbolato, R. M. P. L. (1996). *Universidade da terceira idade: avaliação e perspectivas de alunos e ex-alunos*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Farran, C. J., Herth, K. A., & Popovich, J. M. (1995). *Hope and hopelessness: critical clinical constructs*. Thousand Oaks: Sage.
- Field, D., & Millsap, R. E. (1991). Personality in advanced old age: continuity or change? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46 (6), 299-308.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL -100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Geerlings, S. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J. U., & Vantilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30 (2), 369-380.
- Giubilei, S. (1993). *Trabalhando com adultos, formando professores*. Tese de doutorado não-publicada, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Goldstein, L. L. (1995). *Estresse, enfrentamento e satisfação de vida entre idosos: um estudo do envelhecimento bem-sucedido*. Tese de doutorado não-publicada, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Guerreiro, P. (1993). *A Universidade para a Terceira Idade da PUCAMP e a experiência de envelhecimento*. Monografia de graduação não-publicada, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Helson, R., Jones, C. J., & Kwan, V. S. Y. (2002). Personality change over 40 years of adulthood: HLM analyses of two longitudinal samples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (3), 752-766.
- Herbst, J. H., McCrae, R. R., Costa Junior, P. T., Feaganes, J. R., & Siegler, I. C. (2000). Self-perceptions of stability and change in personality at midlife: the UNC alumni heart study. *Assessment*, 7 (4), 379-388.
- Herman, H., Patrick, D. L., Diehr, P., Martin, M. L., Fleck, M., Simon, G. E., et al. (2002). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychological Medicine*, 32 (5), 889-902.
- Hilgard, E. R., Atkinson, R. L., & Atkinson, R. C. (1979). *Introduction to Psychology*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1999). *Depression and antidepressants: a guide*. Middleton: Dean Foundation for Health.
- Kuehner, C. (2002). Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (11), 62-70.
- Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Tarnowski, A., & Shen, J. (2000). Age differences in adult personality: findings from the United States and China. *Journal of Gerontology*, 55 (1), 4-17.
- Leite, V. M. M., Carvalho, E. M. F. C., Barreto, K. M. L., & Falcão, I. V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à

- Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6 (1), 31-38.
- Loures, M. C., & Gomes, L. (2006). Prevalência da depressão entre os alunos da universidade aberta à terceira idade, Universidade Católica de Goiás no início e no término de seu curso. In V. P. Faleiros & A. M. L. Loureiro (Eds.), *Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz* (pp.139-158). Brasília: Universa.
- Maiden, R. J., Peterson, A. S., Caya, M., & Hayslip Júnior, B. (2003). Personality changes in the old-old: a longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 10 (1), 31-39.
- Martin, P., Valora, L. M., & Poon, L. W. (2002). Age change and differences in personality traits and states of the old and very old. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57 (2), 144-152.
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63 (33), 365-96.
- McCrae, R. R., & Costa Júnior, P. T. (1987). Validation of five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (1), 81-90.
- McCrae, R. R., & Costa Júnior, P. T. (1994). The stability of personality: observations and evaluations. *Current Directions in Psychological Science*, 3 (6), 173-175.
- Miller, J. F. (1985). Hope doesn't necessarily spring eternal: sometimes it has to be carefully mined and channeled. *American Journal of Nursing*, 85 (1), 23-25.
- Neri, A. L. (1996). Coping strategies, subjective well-being and successful aging. Evidences from research with mature and aged adults involved in an educational experience in Brasil. *Proceedings of the 14th Conference of the ISSBD* (pp.10-14). Québec, Canadá.
- Neri, A. L., & Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. In A. L. Neri & G. G. Debert (Orgs.), *Velhice e sociedade* (pp.113-140). Campinas: Papirus.
- Neugarten, B. L., Moore, J. W., & Lowe, J. (1965). Age norms, age constraints, and adult socialization. *American Journal of Sociology*, 70 (6), 710-717.
- Palma, L. T. S. (2000). *Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida*. Passo Fundo: UPF Editora.
- Papalia, D.E., & Olds, S.W. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Pasquali, L., Azevedo, M. M., & Ghesti, I. (1997). *Inventário fatorial de personalidade: manual técnico e de avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ruth, J. E., & Coleman, P. (1996). Personality and aging: Coping and management of the self in later life. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of aging* (pp.308-322). San Diego: Academic Press.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6 (2), 286-295.
- Scala, M. A. (1996). Going back to school: participation motives and experience of older adults in an undergraduate classroom. *Educational Gerontology*, 22 (8), 747-773.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1991). Adult personality and psychomotor performance: cross-sectional and longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 46 (6), 257-84.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.
- Silva, F. P. (1999). *Motivos para freqüentar universidade da terceira idade, crenças em relação à velhice e bem-estar subjetivo*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Estadual de Campinas.
- Small, B. J., Herzog, C. H., Hultsch, D. F., & Dixon, R. A. (2003). Stability and change in adult personality over 6 years: findings from the Victoria Longitudinal Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58 (3), 166-176.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychology*, 5 (4), 541-566.
- Steunenberg, B., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (2006). Personality and the onset of depression in late life. *Journal of Affective Disorders*, 92 (2-3), 243-251.
- Tavares, A. (2005). *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- The WHOQOL group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- Trentini, C. M. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Trentini, C. M., Xavier, F. M. F., Chachamovich, E., Rocha, N. S., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. A. (2005). A influência dos sintomas somáticos no desempenho dos idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (2), 119-123.
- Watson, D., & Walker, L. M. (1996). The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (3), 567-577.
- Xavier, F. M., Ferraz, M. P., Argimon, I., Trentini, C. M., Poyares, D., Bertolucci, P. H., et al. (2002). The DSM-IV 'minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (2), 107-116.

Recebido em: 5/1/2007

Versão final reapresentada em: 23/8/2007

Aprovado em: 11/3/2008

Considerações sobre a constituição do *self* e da religiosidade na pessoa humana¹

Considerations about the constitution of self and religiousness in human person

Fernando GENARO JUNIOR^{2,3,4}

Resumo

Este trabalho apresenta considerações sobre a constituição do *self* e da religiosidade na pessoa humana, a partir de um caso clínico. Empregou-se o método fenomenológico de investigação e foi utilizada a teoria psicanalítica winnicottiana e pós-winnicottiana, a fim de articular e compreender o fenômeno religioso no campo teórico e da clínica psicológica.

Unitermos: Psicanálise. Religiosidade. *Self*. Winnicott.

Abstract

The following article introduces the reader to the concept of self and religiousness in human person, based on a clinical case. To this end, the phenomenological method of investigation was used, in addition to Winnicott's psychoanalytical approach and post-winnicottian reading for the purpose of articulating and understanding the religious phenomenon in the theoretical and clinical psychology fields.

Uniterms: Psychoanalysis. Religiosity. *Self*. Winnicott.

Como ponto de partida para o desenvolvimento deste tema, uma indagação se impõe: uma pessoa com impedimentos importantes na constituição do ser e em seu amadurecimento pessoal poderia portar uma experiência religiosa autêntica? Assim, pretende-se destacar algumas questões teórico-clínicas sobre a constituição do *self* e da religiosidade na pessoa, em uma abordagem fenomenológica de investigação (Bello,

2006, 2004; Critelli, 1996), a partir de um caso clínico. As concepções desenvolvidas por Safra (1999a, 2004, 2006) a respeito da constituição da subjetividade humana estão na base das reflexões aqui enunciadas. Em seu trabalho, Safra procura discriminar e articular as experiências de ordem predominantemente psíquicas, localizadas no nível ôntico da condição humana, daquelas inerentes ao ser humano em seu sentido

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de F. GENARO JUNIOR, intitulada "A questão religiosa na esquizofrenia paranóide". Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

² Centro de Referência do Idoso - Zona Norte, Serviço de Psicologia. São Paulo, SP.

³ Universidade Paulista, Curso de Psicologia. CPA-Pompéia, R. Carlos Vicari, 124, Pompéia, 05033-070, São Paulo, SP, Brasil. E-mails: <fgenaro.psico@unip.br> <fernando.genaro@gmail.com>.

⁴ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Laboratório de Estudos da Transicionalidade. São Paulo, SP, Brasil.

Agradecimento ao Prof. Dr. Gilberto Safra pelas valiosas contribuições frente ao tema aqui focado, assim como sua disponibilidade genuinamente humana.

universal, aspectos ontológicos da condição humana.

As atividades clínicas do psicólogo permitem que ele se depare, se estiver aberto para isso, com a contundência com que as concepções religiosas atravessam a busca de significado e sentido pelo paciente em estado de sofrimento ou doença, independentemente de ele estar ligado ou não à prática de uma religião, influenciando questões como diagnóstico, restabelecimento e prognóstico. A dissertação de mestrado *A questão religiosa na esquizofrenia paranóide* (Genaro Jr, 2004), defendida no Departamento de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, traz uma reflexão sobre as interfaces da experiência religiosa e da constituição do *self*.

Discriminando campos da experiência religiosa

Entre os estudiosos do tema, há alguns autores que defendem que o próprio movimento de busca de sentido é religioso em si mesmo, sendo característica da condição humana (Prado, 1999; Safra, 1999b), enquanto outros estudam a religiosidade enquanto expressão cultural e social (Massini, 1999; Paiva, 1999), mas é possível pensar-se que o fenômeno religioso encontra-se imbricado nesses dois registros distintos. No entanto, a busca de sentido é própria da condição ontológica do ser humano, e pode ou não ser contemplada por meio dos aspectos socioculturais. Ou, ainda, pode ou não ser representada e/ou pensada, sempre de forma parcial. Nesse sentido, Amatuzzi (1999) afirma que há uma *grande diferença entre a experiência religiosa e a religião instituída*, ambas podendo apresentar gradações em suas qualidades de desenvolvimento.

Existem adultos que têm uma concepção religiosa infantil, ingênua, muito pouco pensada ou desenvolvida. Com isso eles desperdiçam energias de uma fonte preciosa para o desenvolvimento humano. Já outros adultos têm uma concepção mais bem desenvolvida. É possível que uma concepção bem desenvolvida exista numa pessoa que não desenvolveu uma experiência religiosa propriamente dita. Ou seja, concepção e experiência nem sempre vão juntas (Amatuzzi, 1999, p.124).

Religião é aqui entendida como “o sistema representacional de crenças e dogmas, pelo qual uma pessoa

procura modelar sua vida e conduta” (Safra, 2004b), o que envolve compartilhar crenças e doutrinas institucionais. Já religiosidade ou espiritualidade refere-se à experiência singular da pessoa frente ao Absoluto, e que poderá ou não ser vivida em uma dada religião. Retomando Amatuzzi (1999), é possível afirmar que nem sempre a religião de alguém contempla o sentido espiritual que aquela pessoa porta (Safra, 2006).

Não raras vezes encontram-se pessoas que possuem um forte apego às suas crenças (que envolvem nível mental), mas não possuem fé (que diz respeito a um nível existencial), enquanto outros não crêem, mas apresentam profunda fé na existência. Crença é o conjunto de dogmas e conceitos representacionais advindos do trabalho mental, portanto, de caráter cognitivo, enquanto fé é a atitude humana frente à existência, em que há um movimento de arriscar-se em um gesto de entrega frente ao novo (Safra, 2007). No entanto, como elucida Winnicott (1963/1983), fé e crença podem estar intimamente relacionadas:

A uma criança que desenvolve a ‘crença em’ pode-se transmitir o deus da casa ou da sociedade que aconteça ser a sua. Mas para a criança sem nenhuma ‘crença em’, Deus é na melhor das hipóteses um truque do pedagogo, e na pior das hipóteses uma peça de evidência para a criança à qual falta em relação à figura dos pais confiança no processo de maturação da natureza humana e cujos pais têm medo do desconhecido (Winnicott, 1963/1983, p.88, grifo meu).

Assim sendo, a crença pode ou não ser fruto da fé, sendo a fé reveladora de um saber, enquanto a crença está relacionada ao conhecer. É nesse sentido que Safra (2007) apresenta uma diferença fundamental, tanto teórica quanto clínica: a discriminação entre o saber e o conhecer. Para ele, o saber está intimamente relacionado aos aspectos ontológicos da condição humana, ou seja, aquilo que todo ser humano porta como anseio de si - um pressentimento daquilo de que necessita, sem ainda ter vivido. O conhecer é um construto advindo dos aspectos ônticos, isto é, das experiências vividas e passíveis de representação. Assim, o saber veicula a esperança, e a crença, a confiança, que está mais relacionada a acreditar ou não, fenômeno advindo necessariamente de aspectos já vividos.

Safra (2003), a partir da sua clínica, observa que há uma religiosidade que se manifesta no indivíduo,

quer ele seja ateu ou religioso. Ter fé não tem necessariamente relação com um sistema de crenças doutrinárias religiosas; trata-se de um movimento originário que busca dar sentido às experiências no mundo. Assim, o próprio movimento de religiosidade encontra-se na raiz da constituição da subjetividade do indivíduo (Safra, 2006).

Nascer é ser atravessado pelas questões e pelo mistério da existência; é conhecer a posição humana e as condições necessárias à instalação de si no mundo com outros. É um conhecimento assentado no surgimento mesmo do acontecer humano. (...) *Não se trata simplesmente de um "problema psíquico" ou de "um conflito pulsional", mas de algo que se refere à ontologia do existir humano* (Safra, 2004c, p.26, grifo meu).

Para Safra, a subjetividade humana, portanto, acontece nesses dois níveis. O nível ontológico refere-se às condições prévias que delineiam as possibilidades de cada existência humana, em seus fundamentos da possibilidade do acontecer humano, em seu caráter universal. Do ponto de vista ontológico, o indivíduo está aberto à precariedade, ou seja, à instabilidade do mundo e às questões que atravessam toda a existência humana (Safra, 2004a). Já o nível ôntico refere-se à maneira como empiricamente essa condição ontológica acontece na biografia do indivíduo, ou seja, de que maneira os aspectos ontológicos são singularizados, adquirindo uma configuração individual. O nível ôntico abarca o campo da vida humana, articulado por meio do tempo e do espaço, que são passíveis de representação e de articulação por meio de símbolos e da linguagem compartilhada: "É o registro do factual, daquilo que acontece no mundo, dentro dos registros do tempo e do espaço" (Safra, 2007).

No entanto, ainda que a ontologia diga respeito aos próprios fundamentos da condição humana, ela está para além do tempo e do espaço. Trata-se sempre de um *a priori* aos aspectos ônticos da experiência humana, apesar de estreitamente dependente destes para sua evidenciação.

Alguns estudiosos da religiosidade tendem a articular esse fenômeno por meio de determinações

biológicas, psicológicas e/ou socioculturais, em uma perspectiva desenvolvimentista (Amatuzzi, 1999; Aubert, 2003; Fowler, 1981; Jones, 1991; Meissner, 1996; Rizzuto, 1981). Aqui, aborda-se este tema por outro ângulo: com respaldo nas concepções de Safra sobre a inerência do movimento da religiosidade à constituição da subjetividade, considera-se que qualquer teoria psicológica que venha abordar o tema por via desenvolvimentista/determinista incorre no tamponamento dos sentidos e da própria experiência religiosa.

O impedimento de Paulo: reflexões sobre a constituição do *self* e da religiosidade

Esta pesquisa foi realizada com o paciente Paulo⁽⁵⁾ em uma de suas internações em unidade de tratamento psiquiátrico. Na época, ele tinha 27 anos, e essa era sua 11ª internação. A primeira crise ocorrera no início da adolescência.

O contato deu-se por meio das atividades terapêuticas desenvolvidas na enfermaria masculina do hospital. Assim, não foi realizado um tratamento psicanalítico com Paulo, apenas consultas avulsas a fim de compreender melhor suas queixas e auxiliar a família e a equipe.

Paulo apresentava-se afetivamente distante e falava sempre pautado em um discurso religioso. Sua aparência física era desvitalizada, fato observável pela sua falta de presença. Queixava-se de vários aspectos de sua condição, um deles, suas próprias internações. Manifestava-se de forma agressiva, tanto verbal quanto corporalmente, e ficava muito nervoso em não saber o porquê de tantas internações e tipos de tratamento. Outro aspecto que o deixava absolutamente perturbado era o fato de sua mãe medicá-lo de forma indiscriminada e abusiva em casa, a fim de deixá-lo sempre dopado, ou quando voltava a interná-lo.

Sua mãe era uma pessoa de difícil contato pessoal. Todas as vezes em que se tentou conversar com ela sobre o problema de Paulo, ela tentava converter o pesquisador à sua religião. O pai de Paulo falecera por problemas cardíacos dez anos antes do momento da pesquisa, causando-lhe bastante sofrimento.

▼▼▼▼

■ Nome fictício. O paciente referido neste artigo consentiu na utilização do seu material clínico para uso de pesquisa, tendo em vista todas as prerrogativas éticas envolvidas na publicação de caso clínico. Os demais dados foram omitidos para preservar sua identidade.

Paulo tentou suicídio e atribuiu esse ato não a si mesmo, mas a um "espírito ruim" que havia tentado matá-lo. Em referência ao "espírito ruim", dizia que era o espírito de uma mulher que o atormentava lhe dizendo que ele não era homem, devido à sua virgindade.

Após a tentativa de suicídio, foi novamente internado e, nesta internação, converteu-se, dentro do próprio hospital, à religião de sua mãe, a pedido dela, para se libertar do "espírito ruim".

Desde então, suas perturbações aumentaram: via escrito no céu o que poderia ou não fazer; lia compulsivamente a Bíblia, mas nada entendia; o "espírito ruim" começou a se manifestar com mais freqüência, questionando-o sobre sua sexualidade, moralidade e fé.

Paulo residia no interior de São Paulo e, quando estava em casa, gostava de ir à igreja, porém suas idas eram restringidas pela mãe. Em uma de suas idas ao culto, dirigiu-se ao pastor e lhe perguntou o que achava da idéia de ele, Paulo, arranjar uma namorada. Tinha a esperança de que, se arranjasse uma namorada, talvez pudesse melhorar o seu estado mental, assim como tinha vontade de ir à praça "paquerar", ter uma casa, enfim, ter um lugar seu. O pastor nada respondeu, deixando-o na mesma.

Suas internações tornaram-se reincidentes e seu comportamento mais nervoso. Jogava objetos contra as paredes em momentos de maior agitação, e gritava: "está amarrado em nome de Jesus" pelos corredores da enfermaria.

Paulo se punia, debatia-se em pensamentos incestuosos com relação a seus irmãos e sua mãe. Em situações mais agudas, gritava "Minha irmã é prostituta! Meus irmãos estão fazendo sexo!". Recitava compulsivamente partes da Bíblia, como o Apocalipse, os Salmos, sem qualquer crítica ou entendimento.

Encontrava-se em uma situação de impedimento que o enlouquecia a ponto de nada conseguir responder por si mesmo. Tudo era conduzido pela mãe: as consultas médicas, os exames, banhos etc.

Do ponto de vista clínico, tomando como base inicialmente os aspectos existenciais do paciente, Paulo apresentava-se em uma situação semelhante à claustrofobia, pois vivia uma experiência de impedimento, não imposta por paredes de concreto, mas pelo excesso de controle por parte da mãe, que resultava em uma

impossibilidade de poder constituir qualquer gesto próprio no mundo.

Do ponto de vista fenomenológico, essa vivência equivalente à claustrofobia evidenciava-se por suas tentativas de, literalmente, debater-se contra as paredes nos momentos de maior enlouquecimento, que de alguma forma faziam-no sentir-se encerrado. Sob esse prisma, tratava-se de um indivíduo impedido, sem qualquer possibilidade de ter uma direção na vida, ou seja, sem possibilidade de tomar decisões. Paulo ficou detido em uma experiência enlouquecedora, ou seja, de impedimento em seu devir.

A partir da perspectiva da constituição do *self*, faceta relacionada diretamente aos aspectos ônticos (biográficos) de uma pessoa, as tarefas iniciais de alojamento da psique no corpo, integração no tempo e espaço e estabelecimento de um senso de continuidade de si mesmo (*self*) foram impedidas em sua história de vida. Paulo não pôde constituir o que Winnicott (1988) denominou realidade subjetiva, por não poder ir para além do universo psíquico materno.

Winnicott (1975) ensina que o bebê inicialmente está mergulhado em uma total dependência e, nesse momento, precisa criar o objeto que irá suprir suas necessidades, o que só será possível pelo encontro humano. O bebê, por meio de suas tensões instintivas, cria o seio do qual necessita, e a mãe, por sua vez, oferece-o no momento exato: o fenômeno de ilusão acontece, graças ao encontro. É o estado devotado da mãe que lhe proporciona o desenvolvimento de sua singularidade. De um lado, há um movimento de busca por parte do bebê, por meio de suas tensões instintivas e, por parte da mãe, há um olhar em direção ao seu bebê como ser que ali está. Assim, nesse estágio, a tônica está circunscrita à "criação" do mundo, em virtude do estabelecimento do fenômeno de ilusão, que surge por meio do gesto espontâneo do bebê que cria o que lá já se encontrava.

No caso de Paulo, é possível verificar que, em suas tentativas de ir além do seu estado, não houve alguém humano com quem pudesse se encontrar e, desta forma, não pôde constituir a ilusão - processo de apercepção criativa.

Do ponto de vista do processo constitutivo, é significativo que a manifestação da sintomatologia

tenha se dado no período da adolescência, período em que, pelo próprio processo natural, a sexualidade começa a emergir, intensificando ainda mais o anseio de ir para o mundo, além de trazer à tona questões vivenciadas nos períodos mais iniciais, isto é, referentes aos estágios mais primitivos da constituição do *self* (Winnicott, 1988).

Nesse contexto, Paulo parece só ter conseguido “resolver” sua questão por meio do enlouquecimento. Cabe destacar que o enlouquecimento originário de Paulo advém do fato de estar impedido, sendo sua sintomatologia psicótica uma organização defensiva frente ao estado originário.

Para Winnicott (1950/1993), a psicose decorre basicamente de uma falha ambiental, isto é, um distúrbio de deficiência ambiental. Assim, ele esclarece que:

A base da saúde mental é instaurada pela mãe desde a concepção e ao longo dos cuidados comuns por ela dispensados ao seu bebê, em razão de sua motivação especial nesse sentido. A doença mental de tipo psicótico surge a partir de adiamentos e distorções, regressões e confusões nos estágios iniciais do crescimento do conjunto ambiente-indivíduo (Winnicott, 1950/1993, p. 315).

Além do estado de enlouquecimento como forma organizada de fuga dos estados de aniquilamento, percebem-se tentativas de Paulo para livrar-se dessa situação. No entanto, Paulo não conseguiu superar seu impasse diante da necessidade de se realizar e a situação de impedimento experimentada perante a mãe. Permaneceu nesse impasse: a loucura organizada também redundou em um enclausuramento do ser. Nesse sentido, pode-se dizer que se trata de uma situação existencial claustrofóbica.

A sua própria conversão religiosa parece ter sido um caminho que imaginou poder libertá-lo da situação de profunda angústia e ambigüidade. No entanto, acabou colocando-o diante do mesmo impasse: a impossibilidade de vir a ser: o “espírito ruim” se fez presente.

No que tange ao movimento de busca do paciente e seu impedimento pessoal, percebe-se uma relação estreita com a figura materna, redundando em uma onipresença da mãe sobre seu mundo subjetivo e psíquico. Em outros termos, ao invés de a maternagem possibilitar a Paulo poder criar sua subjetividade, ela, a mãe, tomou-o como o seu *objeto subjetivo*. Desta forma,

apesar de Paulo ter nascido biologicamente, observa-se que não houve a possibilidade de sair de dentro da vida imaginativa da figura materna, o que, de certa forma, durante a entrevista com sua mãe foi possível sentir. Percebia-se que se tratava de uma mulher que tentava, a todo momento, converter o outro ao seu próprio pensamento, tornando-se engolfante, isto é, “devorando a todos” que se aproximavam e impossibilitando o convívio com a alteridade e com as diferenças singulares e pessoais.

Diante desse cenário, Paulo não chegou a alcançar autonomia psíquica. Jamais se separou da mãe, e é nesse sentido que se usa aqui o termo clausura. Assim, Paulo reproduz a forma de ser da mãe; infelizmente sua mãe jamais pôde auxiliá-lo a encontrar outro tipo de perspectiva para além de si mesma. Ela não permitiu que ele encontrasse a própria singularidade e jeito pessoal para conduzir sua própria vida.

A religião acabou reafirmando a mesma situação relacional existente entre mãe e filho. A tentativa de Paulo foi de encontrar na figura de Deus um outro que pudesse libertá-lo. Percebe-se que, nesse movimento de busca por Deus, procurou encontrar uma figura paterna que o orientasse e o autorizasse a transgredir a prisão. Deus inicialmente foi buscado por Paulo como uma figura que pudesse intervir nessa situação, favorecendo uma contraposição à visão materna, isto é, capaz de se interpor ao impasse. No entanto, Deus parece ter-se tornado nada mais do que uma réplica materna. Desta maneira, aquilo que parecia uma saída tornou-se reprodução do impasse existencial - porém com outros agravantes, pois à medida que o jovem se desenvolve, outras necessidades surgem, e a problemática originária ganha complexidade e sofisticação. Nesse aspecto, verificou-se que o paciente estava marcado por um impedimento, e que em sua vida a liberdade se equiparava à aniquilação.

A sexualidade, ao invés de propiciar um movimento para fora, ou seja, para um mundo “não mãe”, agravava a sua problemática. Paulo acabava manifestando sua sexualidade de maneira inadequada e fora de contexto, pois toda sua excitação sexual também ficava aprisionada, isto é, voltada para as pessoas com quem convivia. Sua sexualidade voltava-se, fundamentalmente, para sua mãe e sua irmã.

Em face desse complexo dinamismo, destaca-se o reaparecimento da proibição e do impedimento. Em função de sua relação com uma figura materna cerceadora, situação também reeditada na religião, Paulo encontrava-se proibido de sair em busca de outras mulheres. Diante da impossibilidade de integração de sua sexualidade, lançava mão de novas dissociações de si mesmo. Assim, surgiu a figura do "espírito ruim", fruto da dissociação da sua própria vitalidade, *daquilo que clama pelo anseio de realização*.

Do ponto de vista das suas relações com o outro, Paulo não encontrou em seu ambiente familiar e nem na religião instituída alguém humano com quem pudesse se encontrar e sustentar seu gesto singular em busca de constituição.

Seu discurso é de cunho religioso, porém não se pode depreender que, de fato, tenha alcançado a efetivação da sua religiosidade. Na rede de significados oferecida pela religião instituída, há uma tentativa de se apoiar para sofrer menos. No entanto, Paulo acabou vivendo o mesmo sofrimento de antes. As idéias de Deus ou do Mal acabaram reduzindo-se a aspectos do pensamento delirante de Paulo, uma vez que a própria religião apresentou-se como uma extensão do psiquismo engolfante materno.

Entretanto, a despeito dos impedimentos apresentados, ele portava um saber. O saber lhe dizia o que era necessário viver para salvá-lo desse estado de não-vida, que o levou a uma busca de experiências que pudessem libertá-lo da situação de impasse na qual vivia. Pode-se observar essa busca não só na procura por um Deus-pai que o salvasse, mas também em sua tentativa de encontrar no pastor a figura paterna que autorizasse a sua sexualidade e o seu anseio por um lugar próprio, para além da figura materna. Esse saber brotou a partir do não-vivido, que o atravessou com o anseio de um encontro libertador. Paradoxalmente, foi por meio do impedimento que o saber de Paulo aconteceu, sem que dele pudesse ter se apropriado.

Considerações Finais

A partir das concepções teóricas, assim como do caso clínico exposto, pode-se afirmar que, em alguns casos, o discurso religioso aparece como tentativa de resolução de um problema exclusivamente psíquico.

No caso de Paulo, o discurso religioso acabou reiterando o impedimento do devir.

O discurso religioso não foi suficiente para auxiliar na sua cura por algumas questões: pelo fato de que não foi um outro para além da mãe; e por não poder encontrar no grupo religioso uma figura que pudesse, transferencialmente, autorizar a possibilidade de ir para fora do universo materno, o que poderia ter sido uma intervenção terapêutica por parte do pastor.

Pode-se dizer que houve inicialmente um pequeno vislumbre sobre a religiosidade por parte de Paulo, isto é, houve o anseio e o movimento de ir além da estagnação existencial em que se encontrava. Quando perguntou ao pastor se, arranjando uma namorada, poderia se curar, na verdade ele pediu ao pastor que sustentasse a sua busca. Nesse sentido, Paulo deu um exemplo sobre a importância clínica e do manejo do analista em se colocar como objeto subjetivo, permitindo que o indivíduo direcione sua busca. Paulo ilustra o entrelaçamento entre transferência e religiosidade, compreendendo-se como religioso tudo aquilo que aparece como anseio de ir além, de ir para um outro estado diferente daquele no qual o indivíduo se encontra.

Retomando a questão inicial e norteadora deste texto, pode-se observar que há um entrelaçamento entre a constituição do *self* e da religiosidade. Não se trata de uma compreensão sob a perspectiva desenvolvimental ou cultural, mas está relacionada diretamente às características da própria condição humana. A partir do caso de Paulo, pode-se verificar que, a despeito dos seus impedimentos psíquicos, ônticos, ele portava um saber, ontológico, daquilo que lhe era mais fundamental. Não pôde, entretanto, alcançar a *experiência*, pois esta depende fundamentalmente de um outro humano para lhe fazer frente. Assim, observa-se que ôntico e ontológico paradoxalmente andam juntos, isto é, ambos trazem implicações na vida humana. Em outras palavras, na constituição do *self* aspectos ônticos atualizam-se "em ato" e, portanto, no registro experiencial, o que permite o acesso às experiências de forma geral, entre elas, a religiosa.

Referências

Amatuzzi, M. M. (1999). Desenvolvimento psicológico e desenvolvimento religioso: uma hipótese descritiva. In

- M. Massini & M. Mafhfoud (Orgs.), *Diante do mistério: psicologia e senso religioso* (pp.123-140). São Paulo:Edições Loyola.
- Aubert, M. I. (2003). *Produção científica: dissertações e teses do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1999-2003)*. Tese de doutorado não-publicada, Departamento de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Bello, A. A. (2004). *Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião*. Bauru: EDUSC.
- Bello, A. A. (2006). *Introdução à fenomenologia*. São Paulo: EDUSC.
- Critelli, D. M. (1996). *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: Brasiliense.
- Fowler, J. W. (1981). *Stages of faith: the psychology of human development and the quest for meaning*. San Francisco: Harper & Row.
- Genaro Junior, F. (2004). *Produção científica: dissertações e teses do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2001-2004)*. Dissertação de mestrado não-publicada, Departamento de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Jones, W. J. (1991). *Contemporary psychoanalysis & religion: transference and transcendence*. New Haven: Yale University Press.
- Massini, M. (1999). Conhecimentos psicológicos e experiência religiosa na história da cultura luso-brasileira: um sermão de Antônio Vieira. In M. Massini & M. Mafhfoud (Orgs.), *Diante do mistério: psicologia e senso religioso* (pp.47-55). São Paulo: Edições Loyola.
- Meissner, W. W. (1996). Religion and the clinical practice of psychology. In E. Shafranske (Org.), *The pathology of beliefs of pathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Paiva, G. J. (1999). Religião, literatura, e psicologia: o conhecimento pela metáfora. In M. Massini & M. Mafhfoud (Orgs.), *Diante do mistério: psicologia e senso religioso* (pp.35-46). São Paulo: Edições Loyola.
- Prado, A. (1999). A arte como experiência religiosa. In M. Massini & M. Mafhfoud (Orgs.), *Diante do mistério: psicologia e senso religioso* (pp.17-32). São Paulo: Edições Loyola.
- Rizzuto, A. M. (1981). *The birth of the living God*. Chicago: University Press.
- Safra, G. (1999a). *A face estética do self: teoria e prática* (2a ed). São Paulo: Unimarco Editora.
- Safra, G. (1999b). Sacralidade e fenômenos transicionais: uma visão winnicottiana. In M. Massini & M. Mafhfoud (Orgs.), *Diante do mistério: psicologia e senso religioso* (pp.173-182). São Paulo: Edições Loyola.
- Safra, G. (2004a). Aulas ministradas nos cursos: *Clínica Winnicottiana e Atividade Programada-III. (Laboratório de Estudos da Transicionalidade - LET)*. (Aulas ministradas). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Safra, G. (2003b). Aulas ministradas no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Safra, G. (14 de maio 2004b). Palestra no V Seminário de Psicologia e Senso Religioso: Religião e espiritualidade realizado na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. *Espiritualidade e religiosidade na clínica contemporânea*.
- Safra, G. (2004c). *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Idéias & Letras.
- Safra, G. (2006). *A hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal*. São Paulo: Edições Sobornost.
- Safra, G. (2007). *Transferência: o estar diante, o estar entre e o estar com*. São Paulo: Instituto Sobornost.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). Moral e educação. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.88-89). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicada em 1963).
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1993). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In D.W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria a psicanálise* (pp.315). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1950).

Recebido em: 22/2/2006
 Versão final reapresentada em: 23/8/2007
 Aprovado em: 11/3/2008

O papel do serviço-escola de psicologia no atendimento ao deficiente visual

The role of the school psychology service in the care of the visually handicapped

Elisa Marina Bourroul **VILLELA**¹

Resumo

A prática do psicólogo com pessoas com deficiência implica a reflexão sobre a dimensão ética da formação profissional. Esta pesquisa analisou o funcionamento de nove serviços-escolas de psicologia da grande São Paulo, investigando a concepção vigente sobre o trabalho clínico com pessoas com deficiência, em especial com deficiência visual. Verificou-se que esta população não chega aos serviços-escolas de psicologia. Procurou-se conhecer o funcionamento de duas instituições especializadas para deficientes visuais quanto a suas diretrizes frente ao trabalho psicológico. Conclui-se que ainda é muito arraigada a idéia de que as pessoas com deficiência devam se valer de trabalho especializado em instituições exclusivas, o que mantém esta população afastada dos recursos disponíveis à população em geral, tal como os serviços-escolas de psicologia. O psicólogo em formação fica alijado do contato e da decorrente problematização de questões referentes à diversidade na prática clínica.

Unitermos: Distúrbios da visão. Formação profissional. Psicólogos. Serviço-escola de psicologia.

Abstract

The practice of the psychologist with handicapped people involves the reflection of the ethical dimension in professional training. This research analyzes the workings of 9 school psychology clinics in greater São Paulo, looking into the prevailing image of clinical work with handicapped people, especially the visually handicapped. We ascertained that these people do not get to attend the school-clinics. We attempted to find out the workings of two specialized institutions for visually handicapped people in respect of its policies concerning psychological work. We concluded that the idea, that the visually handicapped should avail themselves of specialized work in exclusive institutions, is still very ingrained, which keeps this section of the public excluded from those resources available to the general population, such as school-clinics. The trainee psychologist is kept away from any contact and from the consequent proposition of issues concerning diversity in clinical practice.

Uniterms: Vision disorders. Professional development. Psychologist. School psychology clinic.

As pessoas deficientes visuais não formam um grupo homogêneo em relação à sua organização afetiva, nem por qualquer outra característica, a não ser por

uma condição sensorial que impede ou limita a percepção visual. Esta condição também é muito variável, pois a deficiência visual pode ser congênita ou



¹ Universidade Presbiteriana Mackenzie, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Psicologia. R. da Consolação, 896, Consolação, 01302-907, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: <elisavillela@uol.com.br>.

Agradecimento às psicólogas Sirley Bratfish Prado e Danielle Gonzalez, pela valiosa colaboração nas entrevistas realizadas para esta pesquisa e suas respectivas transcrições.

adquirida, e a perda visual pode ser abrupta ou paulatina, total ou parcial. O indivíduo, como mostra Winnicott (1990), desenvolver-se-á como um “si mesmo”, com o sentimento de existir no mundo, a partir da interação das condições orgânicas específicas, do ambiente e da potencialidade vital de cada ser humano. Assim, compreende-se que a “deficiência é uma condição estruturante da pessoa” (Amiralian, 2003), mas o impacto da deficiência no desenvolvimento de cada indivíduo será singular. A pessoa desenvolverá seu modo peculiar de ser conforme puder, no decorrer de sua vida, perceber e elaborar as experiências corpóreas e as relações interpessoais. O deficiente visual vive, como qualquer outra pessoa, experiências emocionais que podem levar a desilusões e frustrações, mas também podem indicar novos sentidos e descobertas, e um maior contato com sua realidade psíquica leva à possibilidade de uma vida mais criativa.

A partir de trabalhos de pesquisa e de atendimento clínico com pessoas deficientes visuais, verificou-se grande demanda de trabalho psicológico por parte destas. Porém, afora instituições especializadas, são poucos os profissionais psicólogos que se prontificam a atender deficientes de modo geral. Esse fato decorre, principalmente, do desconhecimento e conseqüente receio do profissional em lidar com pessoas com necessidades especiais.

Nas pesquisas *Análise de Intervenções especializadas junto a crianças deficientes visuais no Centro Eva Lindstead* (Amiralian & Masini, 1997) e *A criança deficiente visual com problemas de aprendizagem: um modelo para atendimento integral* (Amiralian, 2000), concluiu-se ser importante e necessário criar alternativas de intervenção junto ao deficiente visual, assim como o desenvolvimento de princípios básicos que possam nortear os atendimentos a esta população. Os resultados dessas pesquisas evidenciaram lacunas existentes na integração das ações dos diferentes profissionais (psicólogos, pedagogos, professores, médicos) junto aos deficientes. Além disso, as autoras depararam com a pouca informação desses profissionais sobre os conhecimentos e procedimentos psicológicos obtidos e utilizados com o deficiente visual, sendo recorrente a queixa, principalmente por parte de professores, sobre o não acesso às informações de cunho psicológico, o que reafirma o distanciamento do saber psicológico nas ações dos

demais profissionais. Do ponto de vista da psicologia, somente a partir de uma maior compreensão do sujeito como um todo é que qualquer ação que vise o desenvolvimento pode ser efetiva.

As referidas pesquisas revelaram que raramente o psicólogo estava entre os profissionais atuantes com as crianças deficientes e, quando atuante, seu fazer estava pouco integrado ao dos demais profissionais, não havendo troca de informações e/ou orientações. Amiralian (1997) aponta que as dificuldades do psicólogo estão relacionadas ao desconhecimento teórico sobre as deficiências e suas vicissitudes, assim como à pouca experiência e pouco contato com pessoas que tenham alguma deficiência física, sensorial ou mental. Amaral (1995) refere-se à noção de estigma de Goffman, enfatizando que este se estabelece nas relações interpessoais e que o desconhecimento “pode ser entendido como ‘matéria prima’ para a perpetuação de atitudes preconceituosas e de leituras estereotipadas da deficiência - seja esse desconhecimento relativo ao fato em si, às emoções geradas ou às reações subseqüentes” (p.122).

Pasqualin (1998, 2001) constatou em suas pesquisas sobre a relação médico-paciente que há uma falha na formação do profissional de saúde quanto ao seu preparo para lidar com as pessoas com deficiência e suas famílias, o que leva a dificuldades no atendimento a esta população. Do mesmo modo, na formação do psicólogo o aluno deve ter a oportunidade de clarificar suas concepções sobre a deficiência e sobre a pessoa portadora desta condição, e assim instrumentalizar-se para lidar com a diversidade humana. O “acolhimento da deficiência”, tal como define Vash (1988), é o movimento de aceitação e compreensão da pessoa com deficiência assim como ela é. Este movimento é o que dá início ao processo de inclusão.

Em sintonia com o processo de inclusão social, verificou-se ter havido um incremento de trabalhos científicos na área das deficiências no campo da psicologia. Uma pesquisa bibliográfica revela, no entanto, que o campo da psicologia clínica ainda é pouco explorado. No cruzamento de trabalhos sobre deficiência com psicologia, foram encontrados no banco de dados *Dedalus* 210 trabalhos, sendo que este número cai para sete quando o cruzamento é entre os temas deficiência e psicoterapia. No *Lilacs*, foram encontrados 558

trabalhos sobre deficiência na área da psicologia e, quando refinados para a área específica de psicoterapia, foram encontrados apenas trinta. Há, portanto, uma carência de trabalhos científicos com foco nos processos psicoterapêuticos para a clientela deficiente. Outro dado que chama atenção é que em nenhum desses trabalhos há foco específico para a deficiência visual. Esses dados dão a dimensão do pouco espaço que a pesquisa sobre a prática clínica com pessoas com deficiência ocupa na área da psicologia, o que estimula ainda mais a apresentar este trabalho como oferta de elementos para a reflexão sobre o lugar que essas pessoas ocupam na sociedade e, mais especificamente, no âmbito da formação acadêmica.

Surge, então, a necessidade de investigar como está a formação do psicólogo clínico frente a esta prática, e também como o estudante de psicologia se aproxima de questões relativas à deficiência e à diferença.

O serviço-escola de psicologia é o campo da formação clínica e oferece serviços psicológicos de qualidade acessíveis à população, seja pela localização das diversas faculdades de psicologia espalhadas pela cidade, seja pela isenção ou baixos valores cobrados. No entanto, o cliente deficiente visual nem sempre chega aos serviços, como se pôde observar na Clínica Psicológica da Universidade São Marcos, de São Paulo, embora não haja qualquer restrição a essa população, o que suscita a indagação sobre o que se passa com a população deficiente visual no percurso entre as instituições especializadas, que seriam a fonte de encaminhamentos, e o serviço-escola de psicologia, que seria a outra ponta do processo, uma vez que ali se tem atendimento acessível a toda a população. Questionou-se se em outros serviços-escolas de psicologia ocorre fenômeno semelhante.

Na busca de respostas foi feito, previamente, um levantamento dos recursos oferecidos por esses dois tipos de instituição, o serviço-escola de psicologia e instituições especializadas, a partir do Cadastro de Recursos Comunitários da Grande São Paulo, organizado pela Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) (DERDIC). Esse cadastro compila um grande número de serviços de saúde à comunidade e informa sobre a clientela e tipo de serviço oferecido, além das restrições de atendimento.

Dos 11 serviços cadastrados, três declaram que não atendem deficientes, e um declarou que não atende casos de deficiência grave e que, nesses casos, faz o encaminhamento necessário (sem maiores detalhes sobre esse critério). Os sete serviços-escolas de psicologia restantes não fazem restrições a deficientes; os serviços oferecidos são basicamente psico-diagnóstico e psicoterapia.

Quanto a instituições especializadas, foram encontradas dez instituições que atendem deficientes visuais e oferecem desde atendimento médico até serviços de estimulação precoce, educativo e de reintegração social. Embora a maioria tenha em suas equipes o profissional psicólogo, somente quatro oferecem atendimento psicoterapêutico. Cinco destas instituições são exclusivamente voltadas à população deficiente visual; destas, duas atendem somente adultos e não oferecem serviços psicológicos. As outras três têm o profissional psicólogo, sendo que apenas duas delas oferecem atendimento psicoterápico. Esse panorama dá a noção de que há pouca oferta de atendimento psicoterápico para a população deficiente visual nas instituições especializadas.

Considerando que os serviços-escolas de psicologia poderiam absorver tal demanda, decidiu-se ir a campo com o objetivo de fazer um levantamento junto a estes serviços sobre o acesso da população deficiente visual e sobre como tem ocorrido a prática do aluno com esta população. Da mesma forma, procurou-se conhecer o funcionamento das instituições especializadas no atendimento ao deficiente visual e suas diretrizes quanto ao atendimento psicológico a suas clientelas. Assim, tentou-se compreender o percurso e as dificuldades do deficiente visual e sua família na busca de atendimento psicológico.

Método

A pesquisa se fez em três momentos. O primeiro foi um levantamento junto às instituições de Ensino Superior de Psicologia sobre o funcionamento do serviço-escola de psicologia e o atendimento da população deficiente visual, que teve por objetivo conhecer o que vem sendo feito em termos de atendimento clínico aos deficientes, sua natureza e sua relação com a formação do profissional psicólogo. A segunda parte consistiu na investigação, junto às instituições especializadas no atendimento ao deficiente visual, de suas

concepções sobre o atendimento psicológico, especialmente se detectam a necessidade desse tipo de atendimento nos clientes e familiares, e como lidam com ela. A terceira e última parte foi a análise das informações colhidas, juntamente com uma reflexão sobre o papel do serviço-escola de psicologia no favorecimento do atendimento da demanda pesquisada.

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semidirigidas com roteiro, com os representantes dos serviços-escolas de psicologia e com diretores técnicos das instituições especializadas para deficientes visuais.

Foram realizadas entrevistas em duas instituições especializadas e em nove instituições de Ensino Superior de Psicologia com o serviço-escola de psicologia em funcionamento por, pelo menos, cinco anos⁽²⁾, sendo oito de universidades particulares e uma de universidade pública. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Esse material passou pelas análises quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa das entrevistas visou ao levantamento das características das instituições pesquisadas e dos serviços por elas oferecidos. A análise qualitativa do discurso buscou os significados emergentes de cada uma delas, focalizando as concepções sobre o atendimento psicológico à pessoa deficiente visual.

Resultados

Os serviços-escolas de psicologia

Nas nove instituições estudadas, o objetivo central do serviços-escolas de psicologia é a formação do aluno de graduação. Somente em dois abrigam projetos de pós-graduação e pesquisas com alunos já graduados e docentes. Todos têm mais de dez anos de funcionamento e seus coordenadores alegam que há grande procura por seus serviços por parte da população, sendo que nenhum tem necessidade de fazer divulgação, pois são instituições de referência em suas regiões e áreas mais amplas. Basicamente, a oferta de serviços é a mesma em todas as instituições. A organização dos serviços,

com pequenas variações, dá-se por atendimentos em triagem, psicodiagnóstico, psicoterapia de adultos e crianças. Os atendimentos são individuais ou em grupo. Alguns recebem alunos a partir do 3º ano do curso; outros recebem apenas alunos do último ano; os de funcionamento mais complexo, como os serviços-escolas de psicologia 1, 3 e 6, prestam serviços de triagem e encaminhamento para várias disciplinas da graduação, programas de especialização e projetos de pesquisa.

Os critérios de elegibilidade do cliente variam um pouco de instituição para instituição. De modo geral, os casos de comprometimento psíquico mais sério, como as psicoses e neuroses graves ou deficiências mentais severas, não são atendidos no serviço-escola de psicologia. Após triagem, esses casos são encaminhados para serviços especializados.

Em dois serviços (1 e 5), a resistência à recepção da pessoa com deficiência é explícita, como se pode verificar nas seguintes falas:

Serviço 1: *"...porque trabalhar com deficiência é uma coisa que não dá para ser obrigatória."*

Serviço 5: *"vamos ser realistas, não é comum na experiência de qualquer um. Quem não trabalha com o deficiente vai ter que se adaptar à situação; as pessoas tem mais facilidade em lidar com os ditos normais."*

Nos demais serviços-escolas de psicologia verificou-se um discurso de aceitação, embora a concepção implícita seja de que esse tipo de cliente necessita de atendimento especializado, evidenciando um receio de que ele possa não ter êxito nesse tipo de atendimento.

O serviço 2, embora apresente o critério de exclusão a "pessoas portadoras de deficiências" no cadastro da DERDIC, na prática atende pessoas deficientes mentais leves, principalmente crianças, e tem uma sala de atendimento projetada exclusivamente para isso. Percebe-se que houve uma adaptação dos critérios prévios frente à demanda da comunidade.

Nenhum dos serviços-escolas de psicologia tem serviços integrados com a disciplina de Psicologia do

Excepcional³). Uma das universidades sequer oferece a disciplina, enfatizando que não há interesse dos alunos por esta área. A maioria, no entanto, pondera que o diálogo com a disciplina Psicologia do Excepcional seria benéfico para o serviço-escola de psicologia, embora isto não ocorra. Provavelmente isso se deve ao fato de o trabalho com a população com algum tipo de deficiência ter sido historicamente voltado à psicologia do desenvolvimento, às intervenções pedagógicas e de reabilitação. Mudanças começam a ocorrer, e a tendência atual da disciplina é reformular seus currículos, apresentando seu programa a partir do vértice da inclusão social. Ainda assim, observa-se pouca discussão sobre a prática psicoterápica com esta população. Seguem alguns comentários sobre a integração com a disciplina Psicologia do Excepcional:

No serviço 8: *“Não há integração. Eu acho que deveria haver uma integração maior. Não chega até nós, na clínica, o conteúdo da Disciplina do Excepcional, quais seriam as deficiências específicas, para que o estagiário possa usar o conhecimento de uma forma mais prática, com uma abrangência maior... Quando se fala do excepcional, ainda fica a idéia da criança com dificuldades intelectuais, e não de uma criança excepcional com qualquer outra dificuldade.”*

Há uma unanimidade quanto à não procura da população deficiente visual pelos serviços-escolas de psicologia. As três instituições mais antigas (3, 6 e 8) relatam alguns casos que surgiram ao longo dos anos, mas reafirmam a raridade desta procura. A representante do serviço-escola de psicologia 6 pondera que este fato ocorre em função de aquela instituição oferecer um serviço especializado para deficientes visuais, sendo que esta população procuraria diretamente tal serviço. No entanto, na entrevista com o responsável por este serviço especializado, descobriu-se que as pessoas com deficiência visual também não chegam. Neste caso, a solução para o problema de demanda foi a transferência do serviço de atendimento das dependências da universidade para dentro de uma instituição para deficientes visuais conveniada. A compreensão deste

fenômeno passa pela dificuldade de locomoção desta população até os locais de atendimento, e também pela resistência ao atendimento psicológico. O coordenador deste serviço vê vantagens na oferta de um serviço de psicologia clínica dentro de uma instituição especializada:

Quando ele (pessoa com deficiência visual) tem uma psicoterapia, não vai só aprender a andar sozinho, mas ter um apoio emocional; ele pode aproveitar melhor o instituto. Não é só isso que tem no instituto, tem Braille, informática, ginástica, lazer... Tem um bailinho, expressão corporal... Assim, podemos agilizar o trabalho com o deficiente visual, sem o problema de ele se locomover até a Universidade.

Aqui está implícita a idéia de que instituições exclusivas são mais adequadas ao deficiente, pois dariam conta de vários aspectos da vida dele, tais como as demandas terapêuticas, de ensino, de lazer e de encontro social.

Nesse serviço especializado só são atendidos adultos por falta de procura da população infantil:

Por algum motivo as crianças não chegam para o atendimento. Se a clínica pode atender, não se sabe por que não chegam crianças com deficiência visual... . Alguma coisa tem aí; talvez com a questão da inclusão a necessidade psicológica seja menor, não sei, é uma hipótese minha... . Como todas as crianças que têm deficiência estão incluídas, talvez a inclusão permita que elas se sintam mais protegidas na escola, e realmente não aparece a problemática mais forte que necessite de intervenção em um serviço-escola de psicologia ou outra clínica. Não sei, é uma idéia que me parece uma hipótese que pode ser levantada.

A noção de que a pessoa deficiente visual deva ser atendida em instituições especializadas é compartilhada pelo representante da clínica 4:

Sobre a questão da deficiência eu creio que, como há campanhas na televisão para ajudar a AACD, para ajudar a APAE, a UNICEF faz campanha, você vê, isso tudo é falado na mídia, então faz um papel de veiculação da informação dessas instituições... . Então eu acredito que a

▼▼▼▼▼

³ Embora o termo “excepcional” não seja mais utilizado atualmente, optou-se por manter esta denominação, uma vez que, à época do levantamento junto aos serviços-escola de psicologia, entre os anos de 2002 e 2003, esta era a denominação mais comum às disciplinas que abordavam as questões relativas à pessoa com deficiência.

pessoa quando tem algum caso de deficiência específica vai ao médico, e o próprio médico pediatra já orienta procurar alguma instituição. Dificilmente um médico pediatra vai falar “procura um psicólogo para te atender”, a menos que você tenha uma criança cuja deficiência não seja tão acentuada, e que dá para o psicólogo ter uma base de interação que não ao nível de reabilitação, que seja psicoterapia mesmo, de suporte, essas coisas todas.

Quanto aos serviços oferecidos às pessoas com deficiência visual na universidade, há nas instituições 6 e 1 serviços específicos para a população deficiente visual, mas ambos não têm vínculo com o serviço-escola de psicologia local. Conforme explicitado, na instituição 6 há um serviço para o atendimento a deficientes visuais voltado para alunos de pós-graduação, e o aluno de graduação não tem qualquer contato com esta clientela.

A instituição 1 oferecia, à época da entrevista⁽⁴⁾, um programa de estágio não obrigatório ligado à disciplina Psicologia do Excepcional, mas não havia qualquer ligação com o serviço-escola de psicologia. A posição do serviço-escola de psicologia, no entanto, é de certa reserva em relação a esse tipo de atendimento, como se verifica na seguinte afirmação: “A disciplina é obrigatória, a parte prática é só para os interessados, até porque trabalhar com deficiência é uma coisa que não dá para ser obrigado a fazer”.

Na instituição 3 há laboratórios especializados que, de alguma forma, atendem à demanda de pessoas com deficiência. Como também não há integração com a clínica psicológica, os alunos de graduação, como nas demais universidades, não têm contato com os casos. Segundo foi informado, na formação dos alunos de graduação o atendimento de casos com algum tipo de deficiência fica a critério do supervisor responsável. Embora não haja critério oficial de exclusão, a responsável pelo serviço-escola de psicologia revela que há certa resistência dos supervisores à aceitação de casos que apresentem algum tipo de deficiência.

Um elemento convergente entre os serviços-escolas de psicologia foi o posicionamento de que, no

caso das deficiências, o trabalho mais viável seria com a família, focando a problemática da aceitação da deficiência. Nota-se uma concepção de que as pessoas com algum tipo de deficiência devem ser atendidas em lugares apropriados. Há uma atitude inconsciente de exclusão, ou seja, de que locais para pessoas sem deficiência não seriam adequados às com deficiência.

Em algumas entrevistas, foi solicitado aos entrevistados uma reflexão e levantamento de hipóteses sobre as causas da não procura por parte das pessoas deficientes visuais. Verificou-se que esse questionamento não faz parte do cotidiano dos serviços-escolas de psicologia; estes têm grande variedade de demanda a atender, e o fato de a população com deficiência física ou sensorial não fazer parte desta demanda não aparece como uma questão, o que leva a pensar a respeito da invisibilidade desta população nas instâncias sociais. Exemplos:

Serviço 5: *“Acho que as crianças que devem ser pesquisadas e não os serviços-escolas de psicologia... nós não temos a resposta”.*

Serviço 7: *“Talvez sejam pessoas muito bem resolvidas com as suas deficiências”; ou ainda: “Há serviços telefônicos que indicam locais especializados”.*

Serviço 9: *“Será que há, nas instituições especializadas para deficientes visuais, o atendimento psicológico?”*

Tendo como dado a não procura por parte dos deficientes visuais pelos serviços-escolas de psicologia, ou a raridade desta, investigou-se junto aos entrevistados qual seria a disponibilidade do serviço caso recebesse o cliente deficiente visual.

Em cinco das nove instituições pesquisadas encontrou-se um posicionamento de flexibilidade, contemplando a possibilidade do atendimento como um desafio, e a necessidade de mobilização de preparo técnico dos supervisores e dos alunos. Outros serviços-escolas de psicologia são mais inflexíveis e não vislumbram possibilidade de atendimento, escorando as dificuldades nas barreiras arquitetônicas e na falta de capacitação especializada dos supervisores. Quatro serviços-escolas de psicologia (1, 4, 5, e 6) são categóricos

▼▼▼▼▼
⁴ O professor responsável pelo programa não está mais na universidade e o estágio não é mais oferecido, pois este dependia exclusivamente da iniciativa do referido professor.

quanto à não possibilidade de inclusão desses clientes, alegando não ser esta a proposta de trabalho do serviço, ou não terem capacitação para tal:

Serviço 1: *"Veja, se chega uma criança com deficiência visual, a nossa idéia é que se possa oferecer um suporte para a família. E o atendimento específico da criança a gente não tem nenhuma condição, porque não temos nem instrumentos e nem um aluno que tenha esse tipo de preparo"*.

Serviço 4: *"... tem determinados perfis com os quais nós aqui não lidamos. Você vê, nosso curso não tem psicologia do excepcional... nosso curso não tem essa proposta, então a gente encaminha para fora", e ainda: "... porque o aluno, também a gente não pode deixar de pensar, está no processo de formação. Eu fico pensando que não adianta você querer bombardear o aluno com algum caso além do que ele pode lidar; ele não tem segurança... você dá a ele um caso um pouco mais complexo e o aluno vai se sentir acuado, talvez inseguro"*.

Serviço 5: *"No atendimento a deficientes...você tem uma série de dificuldades, inclusive a adaptação física da clínica para isso...também seria preciso ter um corpo de profissionais capacitados para isso"*.

O serviço-escola 6 não se propõe a absorver a população deficiente visual pois é oferecido um serviço especializado dentro da instituição. Nos demais serviços há no discurso tal disponibilidade.

Outros serviços-escolas de psicologia são flexíveis e abertos ao desafio:

Serviço 8: *"Eu acho que daria para pensar nesta possibilidade; acredito que seria necessário um preparo mais específico desses alunos, agora em termos de condições físicas nós temos. Os alunos dependeriam de um preparo e a questão dos testes, dos instrumentos, são ajustes que precisariam ser pensados, quais os ajustamentos que teriam de ser feitos para se fazer este tipo de atendimento, tanto no psicodiagnóstico como na psicoterapia", ou ainda: "Bem, creio que (a função do supervisor) de orientar leituras, dar informação, lidando com os impedimentos reais, como por exemplo, ao conduzir um deficiente visual para a sala de atendimento, há o toque físico no paciente, com um tipo de contato que não existe com o paciente não deficiente, então, o manejo precisa ser discutido, havendo uma orientação mais específica"*.

Serviço 9: *"No nosso serviço não haveria nenhuma restrição. Seria muito interessante. Acredito que uma dificuldade auditiva ou de fala seria mais difícil, porque requer uma linguagem especial à qual não temos acesso, mas uma dificuldade visual não atrapalharia a psicoterapia"*.

Serviço 2: *"...Então, se por acaso tiver alguém que não tenha possibilidade de fazer um determinado teste, isso não comprometeria o psicodiagnóstico ou o atendimento. (No caso de pessoa deficiente visual) pode ser um pouco mais demorado, um pouco mais complicado, porque o teste dá um atalho razoável, mas nada impede que o paciente possa ser atendido"*.

Serviço 3: *"Eu acho que após a formação deve-se reciclar no que existe de novidade, porque eu acho que tem que ter preparo para você também atender (a pessoa deficiente visual). Não que a instituição tenha que ser especial, mas a gente precisa também conhecer os recursos, porque uma boa parte também é medo, você não tá acostumado, você não lida. ... eu acho que a familiaridade do profissional com isso é pequena. Isso que você tá falando é uma coisa importante... e eu acho que os alunos têm que ser sensibilizados para isso..."*

Serviço 7: *"Com o deficiente visual eu acho que o aluno teria dificuldade em saber lidar... talvez ficasse aflito com a criança com deficiência. Testes você adapta, sem dúvida, mas psicoterapia talvez pudesse dar aflição, por exemplo, vai mexer com guache, vai ter que ajudar. Eu fico imaginando que alguns alunos num primeiro momento teriam essa dificuldade, mas eu acho que são absolutamente passíveis de superação"*.

Observa-se que a reflexão sobre a possibilidade de trabalho com pessoas deficientes leva à idéia de flexibilização e transformação dos procedimentos vigentes nos serviços. Há concomitantemente à aceitação um certo receio. Este é comum frente à deficiência e é fruto do desconhecimento e da falta de contato. O desconhecimento está na gênese da formulação de concepções estereotipadas. No discurso do representante do serviço-escola de psicologia 7 encontra-se, de forma bastante evidente, a idéia estereotipada de que a problemática da pessoa deficiente visual está relacionada exclusivamente à sua condição sensorial. Quando solicitado ao entrevistado o levantamento de uma hipótese sobre a não procura do deficiente visual

pelos serviço-escola de psicologia, ele disse: *"Não sei, talvez sejam pessoas muito bem resolvidas com as suas deficiências."*

É importante salientar que foi encontrada grande convergência entre os serviço-escola de psicologia (80%) quanto à noção de que a problemática emocional da pessoa com deficiência estaria fundamentalmente relacionada à sua condição orgânica, o que corrobora a idéia da demanda de atendimentos especializados (multidisciplinar) ou trabalhos psicoterápicos com o caráter de dar suporte, principalmente voltados à família, como processo de aceitação da deficiência. Ou seja, a deficiência é o assunto a ser "tratado". Pode-se pensar, a partir desta constatação, que a pessoa fica encoberta pela sua condição orgânica e é esta que tem que ser trabalhada, visando à aceitação e superação. Ocorre uma projeção dos profissionais frente à angústia mobilizada pela deficiência. A deficiência visual define o indivíduo e o atendimento é delineado a partir dela. A fala do serviço-escola de psicologia 7 exemplifica essa questão: *"Eles fazem atendimentos psicoterápicos, é claro que depende do nível, mas o que é mais trabalhado é a família, trabalha-se a aceitação."*

Instituições especializadas no atendimento da pessoa com deficiência visual

Das três instituições especializadas com atendimento infantil que constavam no levantamento inicial, conseguiu-se estabelecer contato com apenas duas.

Instituição A: A entrevista foi feita com a psicóloga da instituição. A instituição é uma escola religiosa exclusiva para crianças e jovens deficientes visuais, e obedece ao currículo do Ministério da Educação (MEC) de 1ª a 8ª série do Ensino Fundamental. Ao término deste período, os jovens são encaminhados para o Ensino Médio em escolas comuns. Nos últimos anos, a instituição vem sofrendo uma diminuição no número de alunos, de 200 em 1998 para 100 em 2002. O regime de funcionamento é de internato e semi-internato. Há crianças que só retornam às suas casas no final de semana; a convivência destas com os profissionais da instituição é, portanto, bastante intensa. No período da manhã são ministradas as aulas curriculares e no período da tarde os alunos têm atividades diversas, como balé, banda musical, natação, ensino religioso, entre

outras. Também à tarde estão disponíveis os serviços de apoio, tais como: 1) atendimento médico; 2) atendimento odontológico; 3) atendimento fonoaudiológico; 4) fisioterapia, orientação e mobilidade; e 5) atendimentos psicológicos. Há discussão dos casos entre os diversos profissionais na busca de um atendimento o mais integrado possível. A única psicóloga da instituição atende a toda a demanda dos alunos e, uma vez por semana, fica à disposição dos pais interessados em algum tipo de orientação.

O encaminhamento ao serviço psicológico é feito pelos professores, por outros profissionais e orientadoras religiosas. Segundo a psicóloga, os problemas de aprendizagem são as queixas mais comuns, mas também são encaminhadas crianças com dificuldades como insônia, irritação e agitação. Quanto ao tipo de trabalho, ela diz: *"A avaliação que faço com as crianças é a mesma que faria com um vidente, tá? É o mesmo esquema; primeiro é a observação lúdica, depois é o teste de motricidade, porque é indispensável para eles; existem testes para deficientes visuais, de coordenação, eu aplico uma parte de conhecimento do WISC."* O serviço de psicologia também oferece psicoterapia individual e grupo terapêutico com o objetivo de preparar os jovens para o desligamento da instituição.

São cem crianças atendidas na instituição, e chama bastante atenção a afirmativa da profissional quanto a dar conta da demanda. Nesse sentido, a instituição parece ser bastante fechada à prestação de serviços por parte de psicólogos externos. A interlocutora, várias vezes, frisou que a escola dá conta da demanda com sua estrutura, inclusive o serviço de psicologia. Por exemplo, quando sugerido o encaminhamento de seus alunos para o serviço-escola de psicologia, ela disse: *"Vou ser sincera, hoje eu dou conta da demanda. Se fosse no tempo em que eu entrei, que eram duzentas crianças, então seria mais difícil. Hoje eu dou conta. Se houver necessidade posso encaminhar, sem problema. Mas aqui, por enquanto, está dando para cuidar. Hoje não sinto necessidade"*.

A psicóloga disse que eventualmente encaminha pais para atendimentos externos, reafirmando não haver necessidade de encaminhamentos para fora:

Não, nunca (chegou a encaminhar crianças para fora). Nunca senti necessidade mesmo. Porque é assim: a gente precisa prestar muita atenção, porque quando a gente

trabalha com o deficiente, a mãe chega muito ansiosa. Por exemplo: uma mãe veio me procurar ontem dizendo que sua filha estava diferente, agressiva etc. E eu disse a ela: 'mãe, calma, ela está aqui só há três meses, ela está vendo um mundo novo, ela vai mudar, não adianta', sempre, ali na escola, onde está o igual e ela está sendo tratada como igual ela se liberta, não é? Estou fazendo um trabalho com essa menina, mas os pais piram.

A informação obtida na busca de uma resposta para o fato de as pessoas com deficiência visual não procurarem os serviços-escolas de psicologia foi de que a instituição exclusiva se organiza de forma a disponibilizar atenção integral ao deficiente e sua família. Há, conforme afirmado anteriormente, uma certa impermeabilidade nas trocas com o "mundo externo" e isso se estende à família que, por vezes, parece ser encarada como fator que dificulta o desenvolvimento da criança:

Olha, a maioria dos pequenos que eu atendo são todos internos mesmo. Estou com um que acho que tem 9 anos, e assim, ele prefere mil vezes ficar aqui a ir para a casa dele. Então, a gente trabalha todo esse emocional com a criança, porque a família... a gente chama a família, mas a mãe vem procurar? Não. O pai também não vem. O que vamos fazer? Vamos trabalhar a criança. Se esta criança puder se desenvolver em 1 ano, 2 anos, pode demorar 4. Porque é difícilimo, tem mães muito difíceis. Eu não vou ficar me prendendo muito, é uma linha minha, porque se eu ficar me prendendo muito com a mãe eu já perdi a criança... Então, se os pais não vêm, a gente marca de novo, mas o filho está sendo atendido, alguma coisa eu estou fazendo por ele.

O discurso revela a idéia de que o ambiente fora da escola é inapropriado às demandas do deficiente visual: "Quando encaminhado para fora, a mãe vem e diz que vai demorar... qualquer lugar demora, porque tem fila de espera. E é muito difícil, a coisa gratuita não existe, então os pais não podem..."

Isso também se evidencia na queixa da profissional em relação à orientação governamental de se evitar o regime de internato quando a família tem condições de locomoção, com o intuito de manter a criança junto aos pais: "Eu fico um pouco triste porque acabaram com uma coisa e arrumaram um outro 'pepino' para a gente. Eles (o governo) tiraram as crianças das instituições e da creche para deixar dentro de casa. Então, o que vai acontecer com estas crianças, por exemplo de uma favela, onde a mãe trabalha, tem mais 3, ou 4 irmãos?...ou ele vira trombadinha, drogado, ladrão, ou sei lá o que..."

Parece haver uma cultura de que a instituição exclusiva é o melhor ambiente para o deficiente visual, como se ele e sua família não precisassem contar com recursos externos. A escola exclusiva não encaminha para serviços externos de psicologia, pois internamente dá conta de sua demanda. O atendimento, no entanto, está voltado prioritariamente à adaptação à vida escolar.

Instituição B: A instituição B é uma fundação cujo objetivo é promover a inclusão social do deficiente visual, realizando programas de avaliação, diagnóstico, intervenção precoce, educação especial e reabilitação. Trabalha para a prevenção e produz, industrialmente, livros e materiais especiais como apoio a outras instituições. Tem uma estrutura ampla, com uma demanda de 350 atendimentos/mês, sendo que 60% destes são adultos em programas de reabilitação e colocação profissional. O serviço de atendimento ao cliente oferece três programas: a) avaliação e diagnóstico; b) educação especial; e c) reabilitação. Há psicólogos em todos esses programas e suas atividades se caracterizam pelo trabalho clínico ou de orientação diretamente com a clientela, e por funções de coordenação dentro das equipes. Conforme foi relatado, a equipe de psicologia dá conta da demanda gerada internamente, seja pelo diagnóstico inicial, seja pelo encaminhamento de outros profissionais. Há uma busca de trabalho integrado entre os membros da equipe e os atendimentos psicoterápicos costumam ser complementares a outras intervenções. Eventualmente, há necessidade de encaminhamento para fora, mas este se dá preferencialmente para psicólogos particulares conveniados. A alegação de que os serviços-escolas de psicologia não são muito procurados para o encaminhamento é a de que historicamente os clientes encaminhados para estes não conseguiam vaga, ou desistiam dos atendimentos devido às grandes filas de espera.

Sobre esse ponto vale uma reflexão: os dados dos serviços-escolas de psicologia mostram que são muito procurados pela população em geral, e a maioria reformulou seus sistemas de triagem e recepção de clientes de modo a otimizar o atendimento e diminuir as filas de espera. Essa é a noção do representante da instituição B, de que a convocação para atendimentos em serviço-escola de psicologia demora muito por estar pautada em experiências antigas, a partir das quais se criou um mito de que os serviços-escolas de psicologia não absorvem a demanda. A procura por parte da

população com algum tipo de deficiência e, em especial, da população deficiente visual, é rara, e pode-se pensar que este fato se deve a uma situação de desconhecimento e não comunicação entre esses dois tipos de instituição: especializadas e serviço-escola de psicologia. Observou-se que na instituição B, assim como ocorre na instituição A de forma mais explícita, existe a noção de que a instituição especializada deve atender integralmente às demandas da pessoa deficiente visual. Na instituição B, os pacientes são geralmente encaminhados para serviços externos somente quando desligados da instituição.

Discussão

O que se pôde verificar neste levantamento é que, de um lado, existem as instituições especializadas, que se organizam de forma a dar conta da demanda dos vários aspectos da vida da pessoa cega ou com baixa visão, assim como de suas famílias. De outro lado, existem os serviço-escola de psicologia, que não recebem esta clientela. O circuito se fecha, ou seja, não há demanda para o serviço-escola de psicologia porque a clientela é atendida em locais especializados. É importante considerar, no entanto, algumas informações colhidas nos depoimentos acima relatados: a instituição A vem diminuindo o número de seus alunos, e na instituição B somente 40% dos atendimentos estão voltados a crianças e jovens. A partir dos programas governamentais de inclusão, jovens e crianças deficientes estão sendo absorvidos pela escola comum. As escolas públicas são, por tradição, grandes encaminhadoras de clientela para os serviço-escola de psicologia, mas isto não vem ocorrendo no caso das crianças deficientes visuais.

Sabe-se que as secretarias de educação dos governos estadual e municipal têm programas de apoio à população escolar com algum tipo de deficiência. Esses serviços têm caráter pedagógico, não atendendo à demanda de atendimentos psicoterápicos. Surge desta forma a pergunta: Onde estão os deficientes visuais com necessidade de acompanhamento psicoterápico? Excluindo-se a hipótese de que não existe demanda, torna-se mais provável a hipótese de que existe uma demanda obscurecida por um sistema excludente. A

noção de que as pessoas com algum tipo de deficiência devem ser atendidas por serviços especiais, como se pôde verificar, é ainda muito arraigada na sociedade. A expressão “portador de necessidades especiais” é questionada por autores como Sasaki (2003) e Amiralian et al. (2000), pois, embora tenha surgido a partir dos movimentos de luta pelos direitos das pessoas com deficiência, o adjetivo “especial” não é e nem deve ser exclusivo para pessoas que tenham algum tipo de deficiência. Na década de 90, vários eventos mundiais liderados por organizações de pessoas com deficiência levaram a discussões sobre a terminologia e à produção de documentos oficiais sobre o tema. Em 1994, na Declaração de Salamanca, o uso do termo “pessoas com deficiência” foi recomendado e passou a ser o mais utilizado mundialmente. No entanto, referir-se às pessoas com deficiência como “portadores de necessidades especiais” ainda é muito comum no discurso cotidiano. Essa expressão traz em si a concepção de que tal pessoa necessita de escolas especiais, de médicos especiais, instituições e até mesmo de famílias especiais. Esta lógica, embora aparentemente inocente, evidencia o raciocínio excludente vigente na sociedade, e é assim que a “experiência de deficiência” se perpetua. As famílias e a própria pessoa com deficiência carregam a noção do “exclusivo” e não lutam por seus direitos a um espaço social igualitário.

Figueiredo (1993), ao definir o psicólogo como o profissional do encontro, refere-se ao ofício de lidar com o outro, seja indivíduo, grupo ou instituição, em sua alteridade. Enfatiza que o reconhecimento do outro, em sua singularidade, começa pela possibilidade de viver a alteridade que existe em si mesmo. Desta forma, o psicólogo deve ter em sua formação espaço para o conhecimento e reflexão sobre as questões do deficiente e sua família e, acima de tudo, sobre suas próprias emoções, conflitos, dificuldades e possibilidades frente à deficiência. Aproximar-se de tais questões é algo que só pode acontecer na ação, no contato com o diferente, e com a conseqüente problematização dos assuntos referentes à diversidade. Trata-se aqui da dimensão ética da formação profissional.

Referências

Amaral, L. A. (1995). *Conhecendo a deficiência: em companhia de Hércules*. São Paulo: Robe.

- Amiralian, M. L. T. (1997). O psicólogo e a pessoa com deficiência. In E. A. F. S. Masini, E. Becker, E. B. Pinto, L. A. Amaral, M. J. Kovács & M. L. T. M. Amiralian. *Deficiência: alternativas de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amiralian, M. L. T. M., & Masini, E. S. (1997). *Análise de Intervenções especializadas junto à crianças deficientes visuais no Centro Eva Lindestead* (mimeografado). São Paulo: Lide.
- Amiralian, M. L. T. M. (2000). A criança deficiente visual com problemas de aprendizagem: um modelo para atendimento integral (mimeografado). São Paulo: Lide.
- Amiralian, M. L. T. M., Pinto, E., Ghirardi, M. I. G., Lichtig, I., Masini, E. F. S., & Pasqualin, L. (2000). Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34 (1), 97-315.
- Amiralian, M. L. T. (2003). Deficiências: um novo olhar. Contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. *Estilos da Clínica*, 8 (15), 94-111.
- Figueiredo, L. C. (1993). Sob o signo da multiplicidade. *Cadernos de Subjetividade*, 1, 89-95.
- Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. (2000). *Cadastro de recursos comunitários da grande São Paulo*. São Paulo: PUC-SP.
- Pasqualin, L. (1998). *O médico, a criança com deficiência e sua família: o encontro das deficiências*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Pasqualin, L. (2001). Relação profissional de saúde e família de crianças com deficiência: ansiedade que inviabiliza o diálogo. *Boletim de Psicologia*, 51 (115), 215-234.
- Sasaki, R. K. (2003). *Como chamar os que têm deficiência?* Recuperado em março 19, 2006, disponível em <http://www.saci.org.br/index.php?modulo/akemi¶metro=5497>
- Vash, C. L. (1988). *Enfrentando a deficiência*. São Paulo: Pioneira.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Recebido em: 29/5/2006

Versão final reapresentada em: 6/10/2006

Aprovado em: 23/1/2007

A influência de diferentes contextos de intervenção na escrita de histórias por crianças¹

The influence of different instructional contexts on children's story writing

Sulamita Pires **FERREIRA**²

Jane **CORREA**²

Resumo

Investigou-se a influência de contextos de intervenção envolvendo atividades de natureza metatextual na escrita de histórias por crianças. No primeiro contexto de intervenção foram realizadas atividades que destacavam a estrutura narrativa das histórias, além de incentivar as crianças a refletirem sobre as características próprias deste gênero textual a partir de duas histórias-exemplo. No segundo contexto, além da atividade de reflexão acerca da organização hierárquica da narrativa de história realizada a partir de uma única história-exemplo, foi também realizado um levantamento de temas para a escrita de novas histórias. Os resultados mostraram um desenvolvimento significativo na qualidade da escrita de histórias das crianças que participaram dos contextos de intervenção, em comparação àquelas que não participaram das atividades.

Uniterms: Desenvolvimento da linguagem. Histórias. Psicolinguística.

Abstract

The study investigates the influence of instructional contexts involving metatextual activities in the writing of stories by children. In the first instructional context, activities were conducted which highlighted the narrative structure of the stories and which encouraged the children to discuss critically the characteristics of a story by taking two stories as examples. In the second context, besides the activity of reflecting on the hierarchical organization of the story's narrative conducted using just one sample story, the children were also asked to brainstorm ideas for a new story. The results showed a significant improvement in the quality of story writing with the children who participated in the instructional contexts compared to those who participated in a control group.

Uniterms: Language Development. Story. Psycholinguistics.

▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de S.P. FERREIRA, intitulada "A Influência de diferentes contextos de intervenção sobre a escrita de histórias por crianças". Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006. *Bolsista:* Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Pasteur, 250, Urca, 22290-240, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.P. FERREIRA. E-mails: <sulapires@gmail.com>; <correa@psicologia.ufrj.br>.

Agradecimentos aos apoios da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. À Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro, à escola e a seus professores, pela acolhida, e em especial às crianças, por sua valiosa participação.

A habilidade de escrita está relacionada não só à frequência com que as pessoas escrevem, mas à valorização da escrita no contexto social, à importância atribuída ao texto escrito e à familiaridade com diferentes gêneros de texto (Garcez, 2002). Gêneros de texto são produções sócio-comunicativas e funcionais relativamente estáveis, caracterizadas por estilo, conteúdo e composição que lhes são próprias (Marcuschi, 2002). O emprego dos gêneros textuais contribui para a estruturação das interações estabelecidas no cotidiano (Bazerman, 2006). São inúmeros os gêneros textuais, por exemplo: o bilhete, a lista de compras, o e-mail, o blog, a notícia, entre outros. Neste trabalho, o interesse está voltado para um gênero textual em particular: a história. Apesar das diferenças teóricas quanto às características da história como um gênero textual, a estrutura de uma história prototípica inclui basicamente três elementos principais: início, desenvolvimento e desfecho (Spinillo, 2001; Stein, 1982). De uma maneira geral, acredita-se que uma história deva ter um início, no qual ocorre a introdução da cena e dos personagens; um desenvolvimento, em que se desenrola uma situação-problema, isto é, um conflito ou um acontecimento que mobilize os personagens; e um fim, que traz o desfecho da situação-problema ou a solução do conflito.

A habilidade de elaborar histórias é influenciada pela idade e escolaridade da criança (Albuquerque & Spinillo, 1997; Spinillo & Pinto, 1994). Ao longo de sua escolaridade, as crianças tendem a escrever histórias mais elaboradas, ou seja, histórias em que haja a introdução da cena e dos personagens, a inclusão de uma situação-problema à narrativa e um desfecho razoavelmente articulado ao restante da história (Spinillo, 2001). Apesar de importantes, a idade e a escolaridade não são os únicos fatores a serem considerados no desenvolvimento de histórias por crianças. Outro fator que se revela de fundamental importância quando se trata da habilidade de produzir histórias pelas crianças é o que se denomina de contexto ou situação de produção, isto é, as condições em que a criança é solicitada a elaborar a sua história. De forma geral, contextos de produção que oferecem alguma forma de apoio à criança, seja este apoio visual, por uma seqüência de gravuras (Shapiro & Hudson, 1991; Spinillo, 2001) ou lingüístico (Lins e Silva & Spinillo, 2000), para a reprodução escrita de uma história anteriormente lida, tendem

a propiciar a escrita de textos de estrutura narrativa mais elaborada.

O fato de existirem crianças de mesma série escolar produzindo histórias com diferentes níveis de complexidade narrativa, enquanto outras têm desempenho semelhante em diferentes contextos de produção, sugere o exame de outros fatores que possam, juntamente com a idade, escolaridade e contexto de produção influenciar a escrita de histórias pelas crianças. Lins e Silva e Spinillo (2000) agruparam crianças com idades entre sete e dez anos, alunos da primeira à quarta série do Ensino Fundamental, em função de seu desempenho na escrita de histórias, em quatro contextos: a) produção livre: a criança era solicitada a escrever uma história original; b) oral/escrita: a criança elaborava oralmente uma história original e depois escrevia esta mesma história; c) seqüência de gravuras: a criança produzia uma história a partir de uma seqüência de gravuras que sugeria uma situação-problema; e d) reprodução: a criança escrevia seu texto a partir de uma história lida pelo examinador.

No primeiro nível foram reunidas as crianças que produziam histórias elementares e incompletas em todos os contextos. No segundo nível estavam as crianças que produziam histórias mais elementares diante das condições de produção livre e oral/escrita, mas que diante das situações de seqüência de gravuras e reprodução apresentavam histórias com estrutura narrativa elaborada. As crianças alocadas no terceiro nível produziam histórias elaboradas diante das diferentes situações de produção.

O nível 1 reuniu exclusivamente crianças da primeira e da segunda séries. No segundo nível, uma fase intermediária, havia crianças de todas as séries, embora com predomínio das mais novas (45% das crianças da 1ª série, 60% das crianças da 2ª série, 15% das crianças da 3ª série e 25% das crianças da 4ª série). No nível 3 a situação se inverteu, em função da presença da maioria das crianças da 3ª e 4ª séries. Lins e Silva e Spinillo (2000) tomaram estes três níveis como a expressão do domínio do esquema narrativo pelas crianças. Em um nível mais elementar de domínio do esquema narrativo, a criança não é capaz de produzir histórias completas diante dos vários contextos; no intermediário, a qualidade de suas histórias depende da situação de produção e, no mais avançado, as crianças fazem

histórias completas diante de todas as situações de produção. A influência que o contexto de produção exerce sobre a escrita da criança depende, então, do quão desenvolvido é o domínio do esquema narrativo pelas crianças.

Uma forma eficaz de promover o desenvolvimento do esquema narrativo em crianças, segundo Ferreira e Spinillo (2003), seria pela realização de atividades relacionadas à consciência da organização hierárquica da narrativa de histórias. Se isto for possível significa, de acordo com Ferreira e Spinillo (2003), estabelecer uma conexão entre o desenvolvimento da consciência metatextual e a produção de texto, de forma que quanto maior o nível de consciência da criança sobre a estrutura e organização da narrativa de histórias, mais coerente e coeso é o texto por ela elaborado. O desenvolvimento da consciência metatextual, definida como a capacidade de reflexão sobre a estrutura do texto (Gombert, 1992), permitiria ao sujeito tratar o texto como objeto de análise, desviando sua atenção da mensagem e seus significados para focalizá-la predominantemente em sua estrutura e organização.

Fayol (1985) argumenta, por outro lado, que a capacidade de refletir sobre a estrutura e organização do texto, por se tratar de um processo mais complexo, é em si posterior à habilidade de produção do texto, uma vez que implica em um processo de tomada de consciência. Como decorrência, é possível a produção de histórias coerentes por crianças que tenham conhecimento apenas intuitivo do esquema narrativo, o que seria conseguido a partir da experiência da criança com a leitura e produção de histórias.

Ferreira e Spinillo (2003) testaram então a hipótese de que a habilidade de produzir histórias seria passível de ser desenvolvida por meio de atividades de natureza metatextual, ou seja, de atividades que conduzissem as crianças à reflexão acerca das características estruturais de um determinado gênero textual, neste caso, as histórias. Foram propostas a crianças de sete e oito anos atividades que, realizadas individualmente, incluíam a instrução e identificação das partes de histórias, a complementação de histórias incompletas e a montagem de histórias. Foram procedimentos empregados nas sessões de intervenção: a) leitura em voz alta do texto pelo examinador com a criança, a fim de minimizar possíveis dificuldades de decodificação; b)

possibilidade de repetição das tarefas, conforme a necessidade; c) solicitação de justificativas para as respostas dadas pelas crianças; e d) *feedback* imediato às respostas das crianças, com explicações acerca de seu desempenho nas tarefas, tanto no caso de erro quanto no caso de acerto. Contrastando com o grupo controle, as crianças que participaram das sessões de intervenção passaram a contar, quando não histórias completas, histórias que, apesar de seu desfecho abrupto, incluíam o delineamento de uma situação-problema. Assim, a partir dos resultados obtidos pela intervenção realizada por Ferreira e Spinillo (2003), é possível concluir que a habilidade de produzir histórias, pelo menos para textos elaborados de forma oral, possa ser desenvolvida a partir do emprego de atividades de natureza metatextual.

Expandindo a temática abordada por Ferreira e Spinillo (2003) pretendeu-se, neste trabalho, analisar a influência de contextos de intervenção que envolvam atividades de natureza metatextual sobre a produção escrita de histórias por crianças. Em particular, objetivou-se examinar a eficácia de situações de intervenção que levassem a criança a identificar, analisar e refletir sobre os componentes estruturais prototípicos de histórias, quando realizadas em grupo, no desenvolvimento da escrita de histórias por crianças nas primeiras séries do Ensino Fundamental. A escolha por atividades em grupo justifica-se por estas constituírem contextos de aprendizado passíveis de serem aplicados posteriormente ao aprendizado das crianças em sala de aula.

Com base na literatura descrita anteriormente (Ferreira & Spinillo, 2003; Spinillo & Simões, 2003), um contexto de intervenção produtivo que possa auxiliar a criança na escrita de histórias mais elaboradas deveria: a) informar explicitamente às crianças sobre a estrutura própria de uma história e mostrar que esta estrutura é comum a todas as histórias prototípicas; e b) dar às crianças a oportunidade de refletir, participando de maneira ativa e reflexiva das atividades desenvolvidas.

Nesse sentido, foram analisados neste estudo dois contextos de intervenção, visando ao desenvolvimento da escrita de histórias por crianças. No primeiro contexto foram realizadas atividades que buscaram destacar a estrutura narrativa das histórias, além de incentivar as crianças a refletirem sobre as características próprias deste gênero textual. No segundo contexto,

além da atividade de reflexão acerca da organização hierárquica da narrativa de histórias, foi também realizado um levantamento de temas para as mesmas. O levantamento de temas para a escrita de histórias é uma prática pedagógica amplamente realizada nas salas de aula. Neste segundo contexto, porém, buscou-se, a partir dos diferentes temas, refletir sobre a estrutura e organização hierárquica das histórias, começando com a discussão das possíveis formas de introdução dos personagens e da cena, de situações-problema e de desfechos diversos. Este segundo contexto de intervenção poderia se apresentar como o mais adequado, com melhores resultados, uma vez que além da reflexão acerca da estrutura narrativa em história-exemplo estariam disponíveis para as crianças diferentes possibilidades geradas pela transposição da organização hierárquica das histórias em temas para novas narrativas.

Método

Participantes

Tomaram parte do estudo 73 crianças de uma escola da cidade do Rio de Janeiro que atende a comunidades de *status* socioeconômico médio-baixo (amostragem por conveniência): 39 crianças cursavam a primeira série do Ensino Fundamental (média - $M=7,8$ anos; desvio-padrão - $DP=3$ meses) e 34 crianças cursavam a segunda série ($M=8,6$ anos; $DP=4$ meses). A participação das crianças foi autorizada por seus responsáveis, professores e demais profissionais da equipe pedagógica da escola. A participação foi voluntária, podendo a criança desistir de participar em qualquer etapa da pesquisa.

Procedimentos

Como pré-teste, foi pedido inicialmente às crianças que escrevessem uma história inventada por elas, em suas respectivas salas de aula. O tempo para a escrita da história foi livre, mas, de maneira geral, as crianças levaram cerca de quarenta minutos para escrever suas histórias. As histórias foram classificadas em cinco categorias: uma referente à produção de textos que não fossem histórias, e outras quatro categorias relacionadas a níveis crescentes de complexidade no domínio pela criança das convenções de escrita de história. Foram tomadas como referência as categorias

de análise presentes na literatura, especificamente aquelas descritas por Rego (1986) e Lins e Silva e Spinillo (2000), detalhadas na seção Resultados.

Os textos foram distribuídos em categorias por dois juízes independentes, sendo 86% o coeficiente de concordância entre eles. As discordâncias foram apresentadas a um terceiro juiz, cuja decisão foi tomada como definitiva. As crianças, em cada um dos níveis em que sua produção foi classificada, foram distribuídas aleatoriamente em três grupos: dois experimentais (GE1 e GE2), correspondendo a cada um dos dois contextos de intervenção planejados, e um grupo de controle (GC).

As intervenções foram realizadas na própria escola. A título de pós-teste, cerca de vinte dias após a série de quatro intervenções para os grupos experimentais foi pedido a todas as crianças, em sala de aula, que escrevessem uma história inventada por elas mesmas. As histórias elaboradas pelas crianças na ocasião do pós-teste foram classificadas segundo a mesma categorização empregada para a classificação das histórias no momento do pré-teste. Os textos foram distribuídos em categorias por dois juízes independentes, sendo 84% o coeficiente de concordância entre eles. Novamente, as discordâncias foram apresentadas a um terceiro juiz, cuja decisão foi tomada como definitiva.

Contextos de intervenção

Foram planejados dois contextos de intervenção. Cada grupo experimental participou das atividades de um único contexto de intervenção. Desta forma, o grupo experimental 1 (GE1) realizou as tarefas do contexto de intervenção 1, e o grupo experimental 2 (GE2) realizou as tarefas do contexto de intervenção 2. A distribuição das tarefas pelos contextos foi idealizada de modo que as crianças de ambos os grupos realizassem a mesma quantidade de atividades, possibilitando desta forma a comparação da eficácia dos dois contextos de produção de histórias.

Em ambos os contextos de intervenção, inicialmente arrolou-se o conhecimento que as crianças tinham sobre histórias. A primeira história foi lida junto a elas, e um pequeno resumo oral do texto lido foi feito para facilitar a sua compreensão. Logo após, iniciou-se a reflexão sobre o esquema prototípico de história, informando e discutindo com as crianças sobre as partes

constitutivas da história e sua organização hierárquica: a introdução dos personagens e a descrição do lugar; descrição e desenvolvimento da situação-problema e desfecho da história. A atividade seguinte foi a releitura da primeira história por três vezes, para que as crianças pudessem identificar qual parte da história estaria faltando em cada um das releituras: uma vez faltando o início da história, outra, o desenvolvimento, e outra, o desfecho da trama. Foi pedido às crianças que justificassem suas respostas. As respostas das crianças foram seguidas de *feedback* do pesquisador sobre seus erros e acertos.

Após tais atividades, para as crianças que participaram do contexto de intervenção 1 (GE1) foi lida uma segunda história e pedido que identificassem o início, o desenvolvimento e o final da narrativa, justificando suas respostas. Foi dado *feedback* às crianças em relação a seus acertos e erros. Para finalizar, comparou-se a primeira e a segunda histórias, mostrando às crianças que ambas possuíam estrutura e organização hierárquica semelhantes.

Para o contexto de intervenção 2 (GE2), o passo seguinte após a realização das atividades iniciais foi construir com as crianças um roteiro de história. Assim, a partir de temas sugeridos pelas crianças foram elaboradas junto a elas duas alternativas de introdução, formas como cada uma das histórias poderia ser desenvolvida e possibilidades de desfecho para cada um dos temas apresentados, pela transposição dos conhecimentos anteriormente discutidos acerca da estrutura e organização da narrativa de histórias.

Resultados

Os textos produzidos pelas crianças nos pré e pós-testes foram classificados em cinco categorias derivadas das categorizações apresentadas por Rego (1986) e Lins e Silva e Spinillo (2000), conforme descritas a seguir. Na apresentação dos exemplos em cada uma das categorias foram inseridos alguns sinais de pontuação ou a grafia convencional de algumas palavras entre colchetes, visando facilitar a leitura das histórias produzidas pelas crianças.

Categoria Não-histórias: os textos aqui categorizados correspondiam a outros gêneros de texto que não a história. Foram incluídos relatos, descrições, transcrições de versos e letras de música ou produções este-

reotipadas nas quais a criança escreveu algumas sentenças justapostas.

Categoria história I: foram incluídas nesta categoria aquelas histórias que se limitavam a fazer uma introdução do cenário e dos personagens. Em muitas histórias desta categoria encontravam-se expressões típicas de começo de histórias infantis, como “Era uma vez”: “Era uma vez um macaco muito levado ele só pensava em banana se pendurava no galho de árvore e brincava sem para [parar] com o elefante, tamandua [tamanduá], onça, tigre, e leão. Fim”.

Categoria história II: nas histórias incluídas nesta categoria, já era possível identificar o início de uma ação ou um acontecimento que sugeria o esboço de uma situação-problema.

“O sapo encantado

Era uma vez um sapo, ele era muito bonzinho um dia ele tinha visto uma princesa chorando bua [bua], bua, bua. O sapo que falava disse: porque choraste [?] a princesa falou [:] um sapo falante. - Sim [.] eu falo [!] porque [?] te encomoda [?] [-] não, não é porque nunca vi um sapo falante”.

Categoria história III: nesta categoria encontram-se os textos que apresentaram um desfecho para a história, sem ser possível ainda identificar com clareza no texto a seqüência de eventos que levaram ao término da história, a partir da relação meios-fins sugerida. Muitas histórias terminavam ainda de forma abrupta, incluindo os marcadores lingüísticos típicos de um final de história como “e viveram felizes para sempre” e “fim” para assim dar por terminada a narrativa.

“Era uma vez uma flor que queria muito se casar com um rapaz. Mas tem um detalhe que ela era muito feia que [a] bruxa transformo [transformou] e nenhum [rapaz] queria se casar com ela. Mais, ai [ai] ela teve uma idéia [:] ela foi [foi] no salão e vez [fez] uma maquiagem e ficou muito linda e se casou com lindo rapaz”.

Categoria história IV: o diferencial desta categoria em relação à anterior é que aqui foram incluídas as histórias que apresentaram uma estrutura narrativa mais elaborada, tornando facilmente identificáveis as partes constituintes da história. Há, nos textos, a presença de uma situação-problema bem definida e um desfecho interligado ao restante da história.

“O jardim mágico e a flor triste

Era uma vez um jardim que moravam duas crianças o nome delas eram: Julha e João [.] aí uma vez uma flor

sentiu-se triste [...] aí Julha foi molhar as flores e viu ela triste ali e ela perguntou [perguntou]:

- Por que você está triste?

A flor respondeu:

- Á [Ah], é porque á [há] dias que faz muito sol e assim minhas flores vão queimar.

E Julha falou:

- Ora! não fica triste não[...] vou pegar você [e] botar em um jaro [jarro] e vou botar você lá dentro de casa aí você vai ficar ali até chover [...] quando chover você vai voutar [voltar] para ficar com suas amigas.

Dois semanas depois...

Choveu e ela voutou para o jardim.

E assim eles viveram felizes párea cempre [para sempre]

Fim".

As 73 crianças que tomaram parte do estudo foram aquelas cujas histórias foram classificadas no pré-teste até a categoria III, uma vez que a classificação das histórias na categoria IV, classificação máxima, já seria indicativa da produção escrita de uma história mais elaborada. A Tabela 1 apresenta a classificação dos textos produzidos pelas crianças no pré-teste.

Para efeito da análise estatística, foram atribuídos pontos de 0 a 4 às histórias produzidas pelas crianças, de acordo com sua classificação nas categorias anteriormente mencionadas. Desta forma, por exemplo, foram atribuídos 0 pontos, pontuação mínima, para os textos classificados como não-histórias, e a pontuação máxima (4 pontos) para os textos classificados na categoria história IV. A pontuação obtida para os textos produzidos pelas crianças no pré-teste foi submetida à Análise de Variância Não-Paramétrica (Kruskal-Wallis). Testes não-paramétricos foram empregados nesta análise, como nas subseqüentes, em função do número de textos produzidos (*corpus* de análise) e de sua classificação não se conformar à distribuição normal.

O emprego desta análise não indicou diferença significativa no desempenho escrito no pré-teste entre os grupos de controle (M=1,58; DP=1,16), experimental 1 (M=1,5; DP=1,00) e experimental 2 (M=1,6; DP=0,99) no que se refere à produção de histórias na primeira série (H (2)=0,81; p=.96). Tal análise também não revelou diferença significativa no pré-teste no nível de elaboração das histórias escritas pelos grupos de controle (M=1,73; DP=0,79), experimental 1 (M=1,67; DP=0,78) e experimental 2 (M=1,55; DP=0,82) na segunda série (H (2)=0,46; p=.79).

O resultado da categorização realizada para os textos produzidos pelas crianças no pós-teste pode ser examinado na Tabela 2. Observa-se que, diferentemente dos grupos experimentais (GE1 e GE2), nenhuma criança do grupo controle produziu uma história classificada na categoria IV.

A exemplo da análise do desempenho escrito das crianças no pré-teste, foram atribuídos pontos às histórias no pós-teste de acordo com sua classificação nas categorias anteriormente descritas (Tabela 3). Foram, então, realizadas duas análises: a primeira estabelecendo a comparação entre o desempenho das produções escritas das crianças pré e pós-intervenção; a segunda, comparando o desempenho entre os grupos experimentais e de controle no pós-teste.

Diferenças no desempenho das crianças nas produções escritas pré e pós-intervenção

Foram comparadas as produções escritas pré e pós-intervenção com o objetivo de avaliar a eficácia da intervenção realizada, tomando como referência o desempenho das crianças consigo próprias. A comparação entre os desempenhos dos grupos experimentais e de controle nas produções livres pré e pós-intervenção para cada série foi realizada aplicando-se o teste de

Tabela 1. Distribuição das histórias por categoria no pré-teste. Rio de Janeiro (RJ), 2005.

Categorias	Pré-teste											
	1ª série						2ª série					
	GC (n=12)		GE1 (n=12)		GE2 (n=15)		GC (n=11)		GE1 (n=12)		GE1 (n=11)	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Não-história	3	25	2	17	2	13	1	9	1	8	1	9
História I	2	17	4	33	4	33	2	18	3	25	4	36
História II	4	33	4	33	5	33	7	64	7	58	5	45
História III	3	25	2	17	3	20	1	9	1	8	1	9

GC: Grupo controle; GE1: Grupo experimental 1; GE2: Grupo experimental 2.

Tabela 2. Distribuição das histórias por categoria no pós-teste. Rio de Janeiro (RJ), 2005.

Categorias	Pós-teste											
	1ª série						2ª série					
	GC (n=12)		GE1 (n=12)		GE2 (n=15)		GC (n=11)		GE1 (n=12)		GE2 (n=11)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não-história	1	8			1	7	1	9				
História I	4	33					1	9				
História II	4	33	3	25	2	13	7	64	5	42	4	36
História III	3	25	7	58	11	73	2	18	6	50	6	55
História IV			2	17	1	7			1	8	1	9

GC: Grupo controle; GE1: Grupo experimental 1; GE2: Grupo experimental 2.

Tabela 3. Média de pontos obtida pelas crianças nas histórias escritas no pós-teste. Rio de Janeiro (RJ), 2005.

Grupos	Pós-teste			
	1ª série		2ª série	
	M	DP	M	DP
Controle	1,75	0,97	1,91	0,83
Experimental	2,92	0,67	2,67	0,65
Experimental 2	2,73	0,88	2,73	0,65

M: média; DP: desvio-padrão.

Wilcoxon Signed Ranks, prova estatística não-paramétrica para comparação de dois grupos relacionados. Os resultados da análise não revelaram diferença significativa no desempenho do grupo controle (GC) nos dois momentos em que as produções escritas das crianças foram tomadas, tanto para a primeira série ($z = -0,37$, $p = 0,70$), como para a segunda série ($z = -0,55$, $p = 0,58$). Por outro lado, houve diferença nos textos escritos pelas crianças nas condições pré e pós-intervenção para os grupos experimentais. Para a primeira série, observou-se diferença significativa para o grupo experimental 1 ($z = -2,58$; $p = 0,01$) e para o grupo experimental 2 ($z = -2,85$, $p = 0,004$). Na segunda série, tanto o contexto de produção 1 (GE1) ($z = -2,40$ $p = 0,02$) quanto o contexto de produção 2 (GE2) ($z = 2,40$ $p = 0,02$) provocaram mudanças significativas na produção escrita das crianças. Em ambos os contextos de intervenção, a maioria das crianças passou a escrever histórias que incluíam o desenvolvimento de uma situação-problema e um desfecho, mesmo que ainda não explicitando os meios para a solução da situação-problema.

Comparação das produções escritas no pós-teste entre os grupos experimentais e de controle

A última etapa da análise contemplou a comparação das produções escritas no pós-teste entre os grupos experimentais e de controle, visando avaliar a

eficácia das intervenções realizadas quando comparadas entre si e com a experiência escolar cotidiana das crianças representada pelo grupo de controle. Os resultados obtidos nas situações pós-intervenção foram submetidos à Análise de Variância Não-Paramétrica (Kruskal-Wallis). A análise revelou que as diferenças encontradas entre os grupos experimentais e de controle na produção escrita das crianças foram estatisticamente significativas tanto para a primeira série ($H(2) = 10,89$, $p = 0,004$) como para a segunda série ($H(2) = 6,97$, $p = 0,03$). As médias apresentadas na Tabela 3 não sugerem a existência de diferença apreciável no desempenho das crianças nos contextos de intervenção 1 e 2 em ambas as séries. Uma vez que os resultados da Análise de Kruskal-Wallis foram significativos, isto indica que a diferença entre os valores-médios extremos são significativos, sem necessidade de aplicação de novo teste visando à comparação deste par de médias (Tabela 3). Desta forma, na primeira série, o grupo experimental 1 (GE1) difere significativamente do grupo controle (GC) e, na segunda série, o grupo experimental 2 (GE2) difere significativamente do grupo controle (GC). O teste *Mann-Whitney U* foi usado para as comparações restantes. Na primeira série, a produção escrita do grupo experimental 2 (GE2) difere significativamente da do grupo controle (GC) ($U = 38,000$, $N_1 = 12$, $N_2 = 15$, $p = 0,01$) no pós-teste. Na segunda série, o grupo experimental 1 (GE1) difere significativamente do grupo controle (GC) ($U = 33,500$, $N_1 = 11$, $N_2 = 12$, $p = 0,04$) no pós-teste. Desta forma, em ambas as séries encontraram-se diferenças significativas entre os grupos experimentais e de controle no pós-teste, embora os grupos experimentais entre si não guardassem diferença expressiva.

Discussão

Foi examinada a influência de contextos de intervenção que envolviam a realização de atividades

de natureza metatextual sobre a escrita livre de histórias por crianças nas duas primeiras séries do Ensino Fundamental. No primeiro contexto, as crianças receberam instruções explícitas e discutiram sobre a estrutura narrativa em duas histórias-exemplo, realizando ainda atividades de identificação das partes constituintes de ambas as histórias. No segundo contexto, as crianças receberam instruções explícitas e discutiram sobre a estrutura narrativa em uma história-exemplo, realizaram atividade de identificação das partes constituintes da história-exemplo e discutiram sobre a organização hierárquica de histórias a partir de novos temas, sugeridos pelas próprias crianças, para a escrita de novas histórias.

O desempenho das crianças foi comparado em dois momentos da escrita livre de histórias: antes e depois de uma série de quatro sessões em cada contexto de intervenção. As produções escritas das crianças dos grupos experimentais foram também comparadas às produzidas pelas crianças do grupo de controle. Quando comparado o desempenho das crianças antes da série de intervenções e vinte dias após o término da última intervenção, constatou-se que houve uma mudança significativa na escrita de histórias pelas crianças que participaram dos grupos experimentais. No início do estudo, as crianças que participaram da pesquisa tiveram a maior parte das suas produções escritas classificadas nas categorias I (início de história) ou II (histórias que incluíam esboço de situação-problema), tanto para a primeira quanto para a segunda série. Em média, 59% das histórias escritas no pós-teste pelas crianças que participaram dos contextos de intervenção concentraram-se nas categorias III (histórias com início, desenvolvimento e desfecho abrupto). Dez por cento, em média, das crianças de ambas as séries que participaram das atividades de intervenção produziram histórias classificadas na categoria IV (histórias completas).

Tais resultados mostram que os contextos de intervenção foram capazes de ajudar a maioria das crianças a escrever histórias completas por meio da promoção de um maior domínio do esquema narrativo. Outro indicativo de que as crianças tornaram-se mais atentas à estrutura narrativa das histórias que estavam produzindo veio do depoimento espontâneo das próprias professoras, que informaram que as crianças que fizeram parte do grupo experimental passaram a fazer uso dos conhecimentos desenvolvidos durante as sessões de intervenção nas atividades de sala de aula.

As professoras observaram também que as crianças que participaram do estudo, muitas vezes, quando solicitadas a escrever histórias, comentavam que estas precisavam ter início, meio e fim. Ao produzirem seus textos em sala de aula, algumas crianças pulavam linhas entre as partes das histórias para marcar cada uma das etapas, ou escreviam as palavras começo, meio e fim, distribuindo-as às margens do caderno ou folha de redação antes de começarem a escrever, como forma de auxiliá-las no desenvolvimento da narrativa. A partir do que observaram em suas turmas, as professoras passaram a realizar regularmente as atividades metatextuais planejadas para a presente intervenção como instrumento para o desenvolvimento da escrita de história por suas crianças.

Em média, 69% das histórias das crianças que participaram das intervenções apresentaram um final relacionado à situação problema, enquanto a porcentagem média de tais histórias para o grupo controle foi de 21%. A presença de um desfecho nas histórias das crianças tem sido apontada como um diferenciador de histórias bem elaboradas (Spinillo & Martins, 1997). Os marcadores lingüísticos típicos de contos infantis, como "Foram felizes para sempre" e "Fim", são geralmente usados pelas crianças como forma de criar um desfecho para suas histórias, solução esta que, na maioria das vezes, resulta na finalização abrupta da narrativa. Estes marcadores lingüísticos são, muitas vezes, os elementos aos quais as crianças se referem na identificação e entendimento da estrutura hierárquica da história. Evidências empíricas sobre as idéias que as crianças entre cinco e nove anos têm sobre o que seria uma história e quais seriam os critérios por elas utilizados para enquadrar textos nesta categoria, indicam que as crianças tendem a aceitar como histórias textos incompletos ou sem nexos que incluem a presença de marcadores lingüísticos típicos dos contos infantis (Rego, 1996; Albuquerque & Spinillo, 1997).

Ao serem informadas sobre a estrutura narrativa de histórias e levadas a refletir sobre a estrutura e organização do texto, as crianças foram expostas a um contexto de aprendizado propício ao domínio do esquema narrativo de forma intencional. Contrastando com o grupo controle, um número expressivo de crianças que participou das sessões de intervenção passou a produzir histórias mais bem elaboradas, com a presença de um desfecho integrado à narrativa. Os contextos de intervenção apresentados neste estudo levaram as crianças a revisarem as suas crenças sobre quais seriam as características de uma história, bem

como a elaborarem seus conhecimentos sobre este gênero textual.

Os bons resultados encontrados por Ferreira e Spinillo (2003) para a produção oral de histórias em crianças de primeira e segunda séries podem também se estender à produção escrita de histórias. As atividades de natureza metatextual seriam uma boa alternativa pedagógica ao desenvolvimento da habilidade de produzir textos em crianças.

Em síntese, dar instruções explícitas acerca da estrutura narrativa de histórias parece ser uma boa forma de ajudá-las na produção de histórias mais elaboradas. Contrariamente ao sugerido anteriormente por Fayol (1985), e corroborando as evidências obtidas por Ferreira e Spinillo (2003), a realização de atividades de natureza metatextual auxilia a promover o desenvolvimento do esquema narrativo de histórias, tanto na produção oral quanto na escrita. As atividades de natureza metatextual produzem bons resultados sobre a produção de histórias por crianças, tanto em contextos experimentais quanto em contextos de intervenção realizados em condições similares às de sala de aula, ou seja, independentemente de as crianças serem assistidas de forma individual (Ferreira & Spinillo, 2003) ou em grupo. Atividades de natureza metatextual são instrumentos eficazes no desenvolvimento da habilidade da criança em produzir histórias, seja oralmente (Ferreira & Spinillo, 2003) ou por escrito.

Uma vez que a habilidade de escrever histórias, o domínio do esquema narrativo e a consciência acerca das partes de uma história são habilidades que se relacionam e se desenvolvem com o decorrer da idade e da escolaridade (Spinillo & Simões, 2003), tudo indica que a maioria das crianças que frequenta regularmente a escola atingirá possivelmente um bom domínio deste conhecimento. No entanto, as atividades de natureza metatextual, como as realizadas nos contextos de intervenção descritos neste trabalho, podem acelerar este processo e aprimorá-lo. As atividades de natureza metatextual são atividades que poderiam ser usadas também com crianças que encontram dificuldades relacionadas à escrita de histórias.

Referências

Albuquerque, E. B. C., & Spinillo, A. G. (1997). O conhecimento de crianças sobre diferentes tipos de texto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 13 (3), 329-338.

Bazerman, C. (2006). *Gêneros textuais, tipificação e interação*. São Paulo: Cortez.

Fayol, M. (1985). *Le récit et sa construction: um approche de psychologie cognitive*. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé.

Ferreira, A. L., & Spinillo, A. G. (2003). Desenvolvendo a habilidade de produção de textos em crianças a partir da consciência metatextual. In M. R. Maluf (Org.), *Metalinguagem e aquisição da escrita* (pp.119-148). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Garcez, L. H. C. (2002). *Técnica de redação: O que é preciso saber para bem escrever*. São Paulo: Martins Fontes.

Gombert, J. E. (1992). *Metalinguistic development*. London: Harvester- Wheatsheaf.

Lins e Silva, M. E., & Spinillo, A. G. (2000). A influência de diferentes situações de produção na escrita de histórias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (3), 337-350.

Marcuschi, L. A. (2002). Gêneros textuais: definição e funcionalidade. In A. P. Dionísio, A. R. Machado & M. A. Bezerra (Orgs.), *Gêneros textuais & ensino* (pp.19-36). Rio de Janeiro: Lucerna.

Rego, L. L. B. (1986). A escrita de histórias por crianças: as implicações pedagógicas do uso de um registro lingüístico. *Revista de Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada (DELTA)*, 2 (2), 165-180.

Rego, L. L. B. (1996). Os critérios infantis para definir histórias. Um estudo exploratório dos critérios utilizados pelas crianças para definir histórias. In M. G. B. B. Dias & A. G. Spinillo (Orgs.), *Tópicos em psicologia cognitiva* (pp.120-138). Recife: Editora Universitária da UFPE.

Shapiro, L. R., & Hudson, J. A. (1991) Tell me a make-believe story: coherence and cohesion in young children's picture-elicited narratives. *Developmental Psychology*, 27 (6), 960-974.

Spinillo, A. G., & Pinto, G. (1994). Children's narratives under different conditions: a comparative study. *British Journal of Developmental Psychology*, 12 (2), 177-193.

Spinillo, A. G., & Martins, R. A. (1997). Uma análise da produção de histórias coerentes por crianças. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10 (2), 219-248.

Spinillo, A. G. (2001). A produção de histórias por crianças: a textualidade em foco. In J. Correa, A. G. Spinillo & S. Leitão (Orgs.), *Desenvolvimento da linguagem: escrita e textualidade* (pp.73-116). Rio de Janeiro: Faperj/Nau.

Spinillo, A. G., & Simões, P. (2003). O desenvolvimento da consciência metatextual em crianças: questões conceituais, metodológicas e resultados de pesquisas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (3), 537-546.

Stein, N. L. (1982). What's in a story: interpreting the interpretations of story grammar. *Discourse Processes*, 5 (3-4), 319-335.

Recebido em: 4/12/2006

Versão final reapresentada em: 15/2/2008

Aprovado em: 11/3/2008

Humilhação social: uma reflexão sob o ponto de vista psicanalítico

Social humiliation: a reflection from the psychoanalytical point of view

André SIROTA¹

Resumo

Este artigo traz uma reflexão sobre a questão da humilhação social, compreendida como manifestação perversa, a partir da consideração clínica detalhada de reuniões entre pais, professores e gestores educacionais, sob o ponto de vista psicanalítico. Aponta a importância de considerar os complexos modos como se articulam dimensões afetivo-emocionais individuais, conscientes e inconscientes com a dinâmica do viver coletivo.

Unitermos: Ambiente escolar. Comportamento moral. Psicologia educacional.

Abstract

This article introduces a reflection about the question of social humiliation, understood as a perverse manifestation, based on detailed clinical considerations from meetings with parents, teachers and educational administrators, from a psychoanalytical point of view. It points to the importance of considering the complex ways in which the conscious and unconscious individual affective-emotional dimensions are articulated with the dynamic of collective living.

Uniterms: School environment. Antisocial behavior. Educational Psychologist.

Um começo de ano letivo diferente foi a circunstância que me possibilitou ouvir a mercurial⁽²⁾ nitidamente desacreditada de um delegado de ensino e as reações que provocou. Quem faz uso da palavra desta forma em um contexto social humilha publicamente seus interlocutores, e é importante lembrar que este tipo de conduta resulta, sem dúvida,

de experiências precoces de humilhação vividas no grupo familiar (Sirota, 1995, 1998a; Stoller, 1984). Quando um ator institucional serve-se mais ou menos regularmente deste tipo de desqualificação, pode-se estabelecer a hipótese de que somente aprendeu e integrou a cultura dominante da organização a que pertence (Enriquez, 1992). Entretanto, no caso desta ocorrência,

▼▼▼▼▼

¹ Université de Paris X - Nanterre. LASI, 200, Avenue de la République, 92001, Nanterre, France.

² "Antigamente, nome de uma assembléia do parlamento de Paris que acontecia na primeira quarta-feira após o dia de Saint-Martin e na primeira quarta-feira após a semana de Páscoa, na qual o primeiro presidente falava contra os enganos e as desordens que se cometiam na administração da justiça" (Chicago, Littré, (1987), Tome 4, p.3839). Por extensão, uma mercurial é uma alocução inaugural pronunciada por um membro do Ministério Público por ocasião da retomada anual dos trabalhos das cortes e tribunais após as férias de verão. Ela significa uma chamada à ordem das coisas e ao espírito das leis face a diferentes desordens, reais ou supostas, induzidas pela vacância estival da instituição.

por falta de dados, não é possível decidir categoricamente se a conduta atual resulta unicamente do peso da influência externa ou se serve consideravelmente a um roteiro ou sistema individual de defesa relativo a experiências pessoais de humilhação social precoce.

Expressão de uma problemática individual ou organizacional, a tendência reiterada à desqualificação perversa deve ser compreendida como a defesa última de um sujeito, uma categoria de atores ou seus representantes face a uma ressonância provocada pela confrontação com a configuração social que atualmente vivem como ameaçadora e capaz de reativar antigas cenas de desaprovação, seja consciente ou inconscientemente. Na cena externa atual, o sujeito individual ou o coletivo, a hierarquia ou o representante de um estrato social, por exemplo, temem o risco de contato com sua intimidade ou com o que os fundamenta psíquica e socialmente. Receiam o ressurgimento de um acontecimento antigo para o indivíduo ou de uma revelação sobre a origem de sua formação social, que seria o reverso de um mito para uma categoria de atores, porque estes foram registrados como catastróficos ou inomináveis.

Esta conduta verbal, quando se repete, pertence ao domínio do que chamo de perversão psicossocial (Sirota, 1995, 1998a), outro nome para designar a perversão narcísica (Eiguer, 1989, 1995; Racamier, 1970, 1992). Revela uma necessidade irreprimível de se proteger e de se satisfazer no âmbito de uma cena social (institucional, profissional, associativa ou política) à custa do outro. Por esta conduta, desprezando eventualmente o direito, as leis ou a mais elementar cortesia, seu autor designa o *outro*, um indivíduo ou uma categoria de indivíduos ou de atores, suas idéias ou expressões, como ilegítimas ou indignas. Este tipo de intervenção ocorre freqüentemente de forma inesperada e é como se violasse, por arrombamento, o enquadre, o espaço e os registros de fala, bem como os objetos em discussão. O autor desfere sua forma de pensar como se fosse comum, majoritária ou mesmo como se fosse a única autorizada.

Conforme o caso, a alteridade é localizada em um ou em vários indivíduos, em um grupo ou categoria de atores sociais, ou ainda em um grupo étnico. O autor de tal ataque perverso atribui ao outro, de uma forma

mais ou menos peremptória, difamante e fabuladora, motivações ou pensamentos maus, inconfessáveis. Sugere que aqueles que ele toma por alvo não estariam em seus devidos lugares no espaço social presente, mas seriam, ao contrário, usurpadores, ou teriam cometido atos repreensíveis dos quais seriam os únicos culpados. Pelo mesmo movimento, o atacante se outorga a autoridade e a competência de distinguir o joio do trigo, autorizando-se uma ordem superior e universal que não se submete a discussão alguma, que lhe permite que ele dissimule seu desejo e exima-se de culpa (Chasseguet-Smirgel, 2006). A estes que são assim mostrados como "outros" e separados totalmente do mundo dos cidadãos, notifica-se que perderam a dignidade por sua própria culpa, tendo eles próprios se desqualificado. Assim, logicamente não teriam direito à palavra, só lhes restando permanecer calados e obedientes.

Quando um indivíduo pessoalmente envolvido por esta problemática se serve da arte da *desqualificação perversa* (Eiguer, 1989; Racamier, 1992), persegue dois objetivos sem escrúpulo. Por um lado, quer interromper um fenômeno de ressonância por meio do qual se sente em grande perigo entre seu mundo interno e o mundo dos objetos externos atuais. Por outro lado, se consegue obter esta interrupção, modifica o quadro grupal, instalando concomitantemente um roteiro organizado só por ele. Na verdade, ao desqualificar o outro, desloca o centro da atenção para um alvo tomado como mau objeto, para que seus estratégias e suas fraquezas, ou os da instituição por ele representada, não sejam percebidos. E, ainda, ao desviar assim uma pessoa ou um grupo de sua tarefa básica, espera torná-los improdutivos, o que validaria sua desqualificação. Para isso, ele pode intervir com freqüência no espaço grupal para bloquear o pensamento e evitar que, durante este tempo, a instância reunida realize sua tarefa. Trata-se de um estratégia de esterilização que, ao impedir a ação, transforma a atividade de um grupo em agitação vã e a energia de seus membros em tensão negativa. Finalmente, ainda que este estratégia seja desvendado e que a operação de desvio venha a fracassar, o tempo consagrado a descrever as coisas e reajustar o grupo não deixa de ser tempo "ganho" para o atacante perverso, no sentido de que luta contra sua própria aniquilação.

Este quadro bastante sintético das condutas psicossociais perversas e de seus efeitos reúne diferentes traços que nem sempre estão simultaneamente presentes. Nem toda conduta perversa emana de um sujeito perverso. Não é perverso quem quer. Na situação relatada abaixo, não se pode qualificar de perverso o autor da desqualificação. Talvez esteja impregnado por uma cultura hierárquica que aprendeu a utilizar.

Primeiros dias de setembro em um colégio

Dos setenta professores, nove não compareceram ao início das aulas; dentre eles, cinco tinham sido designados professores coordenadores pelo diretor do colégio. O cargo de secretário não fora preenchido. Contavam-se quatro vigilantes para mil e cem alunos, em um estabelecimento que fora construído para oitocentos. A maioria das salas do primeiro andar dos edifícios não estava disponível; o fim das obras, iniciadas em agosto, fora anunciado para 10 de setembro. No dia do pré-reinício das aulas, o diretor entregou aos professores os horários que preparara no computador com um programa que não dominava. Esses horários comportavam um grande número de "janelas", ou seja, cada classe contava com muitas horas de permanência no estabelecimento. Para compor classes e equipes de professores, não foram levados em conta projetos pedagógicos que já existiam e que, portanto, não puderam ser implementados. Por exemplo, uma mesma equipe de professores não pôde acompanhar, como fora previsto, durante dois anos consecutivos, os alunos com dificuldade escolar.

Desde o final do ano letivo, em junho, pressentindo o que iria acontecer, os professores propuseram-se colaborar para estabelecer a grade de horários. O diretor declinou desta oferta, alegando suas prerrogativas. No decurso do ano anterior - seu primeiro ano neste colégio - havia multiplicado erros, por vezes com alguma violência para com os alunos, que não se sentiam seguros quando o viam. Professores, pais de alunos e representantes da comunidade foram confrontados com sua falta de cortesia elementar.

Diante da impossibilidade de comunicar-se com ele, o diretor adjunto precedente pediu insistentemente sua transferência. No meio do ano anterior a este começo de ano letivo, o adjunto foi transferido, mas não

substituído. O cargo continuou vago. Constatando a impossibilidade de que as aulas começassem na data normal, os professores tomaram a iniciativa de uma recomposição dos horários e pediram ao diretor que transferisse o início das aulas para alguns dias mais tarde. Já a partir da segunda-feira à noite, data do pré-reinício das aulas, os professores sugeriram aos pais de alunos que escrevessem ao diretor da delegacia de ensino para descrever a situação e pedir apoio. Tais são os elementos mais importantes que caracterizam este reinício das aulas.

Na quinta-feira pela manhã, aconteceu uma assembléia geral do conjunto dos funcionários do estabelecimento. Fui convidado a participar na qualidade de pai de aluno. Ao final desta reunião, pedi discretamente para falar com alguns professores, a fim de verificar a exatidão dos dados coletados por telefone e citados na carta que eu havia preparado para o diretor da delegacia de ensino. Ao invés de deixar que a assembléia se dispersasse, o professor, com um olhar, reteve os participantes. Fui, então, apresentado por ele como presidente da seção local da Liga dos Direitos do Homem, e não como pai de aluno. A seguir, convidou-me a proferir algumas palavras. Tomado de improviso, li o texto da carta redigida para o diretor da delegacia de ensino, pedindo aos membros desta assembléia que me corrigissem quanto aos fatos, mas informando-os que eu me reservaria a liberdade das análises.

Para minha surpresa, pois eu não estava de forma alguma mobilizado sobre as dimensões transferenciais da situação, o que eu li teve o efeito de interpretação do sofrimento deles e ressoou como uma marca de reconhecimento da situação impraticável deste reinício de ano letivo. Eles esperavam este reconhecimento por parte da delegacia de ensino, que não mostrava senão uma recusa da realidade. Com efeito, segundo o diretor, o inspetor de ensino encarregado da "vida escolar" teria declarado que "a coisa não ia tão mal assim" e anunciou que haveria cortes de salário caso as aulas não se iniciassem. Enquanto a reunião começava a se dispersar, ficou-se sabendo que este inspetor pedira ao conjunto dos funcionários para se reunirem na sexta-feira, dia seguinte, às nove horas. Conseguira liberar uma diretora adjunta proveniente de outro estabelecimento; queria alocá-la para este colégio, graças à reunião. Os professores me convidaram a tomar parte.

Quando cheguei, precisamente às nove horas, para a reunião da sexta-feira, a sala já estava repleta. Havia mais de noventa pessoas. Dirigi-me para um assento livre na primeira fila. Vendo-me pela primeira vez, o diretor veio imediatamente até mim e me perguntou o que eu representava lá. “Sou pai de um aluno”, respondi-lhe. Perguntou-me se fui eleito para o Conselho de Administração do Estabelecimento. Como este não era o caso, disse que não podia permanecer. Levantei-me e dirigi-me para a porta, mantendo-me alguns instantes em pé, em grande expectativa, entre a cadeira vazia e o limiar da porta. Durante este breve instante, ele se dirigiu ao inspetor e lhe pediu sua opinião. O inspetor concordou que eu permanecesse. Outros pais de alunos, eleitos ou não nas instâncias, estavam igualmente presentes na sala. Entretanto, tendo chegado bem antes do que eu e se instalado no fundo da sala, não podiam ser facilmente distinguidos. O inspetor abriu a reunião e disse o seguinte:

É uma situação excepcional esta aqui, um colégio que não começa as aulas no dia estabelecido para início do ano letivo, e que, três dias após esta data, não funciona ainda. Isto não é banal. Vocês entendem que considero esta situação de forma muito séria. ... Em resumo, vocês brincam de fazer greve. Esta situação não pode continuar. ... Vocês contestam. Recusaram os horários estabelecidos pelo diretor. As férias já acabaram neste momento. Vocês não estão mais na praia. ... Vocês refazem os horários. Vocês se divertem, é preciso acabar com este jogo, assegurar o reinício das aulas, e que cada qual retome seu lugar. Vocês não tinham diretor adjunto. Vim aqui para justamente instalar a Sra. N. em suas funções de adjunta. Não é comum que um inspetor se desloque para isto; esta situação se deve ao clima deste estabelecimento. Se o clima não estivesse como está, eu não estaria aqui. Se vocês não cooperarem de forma satisfatória com a Sra. N. e, em quinze dias, ela me disser que não pode trabalhar neste colégio e que quer voltar a seu antigo estabelecimento, não poderei me opor. Levando em conta sua carreira e experiência, a Sra. N. pode esperar conquistar um posto de direção em um grande estabelecimento parisiense no próximo ano letivo. Aqui ela está comissionada e guarda seu posto no estabelecimento do qual provém. Ela iniciará suas funções aqui na próxima

segunda-feira pela manhã. A Sra. N. será responsável pela distribuição dos horários. Nenhum horário poderá ser implantado sem que a Sra. N. o tenha revisto e validado. Após esta reunião, a Sra. N. poderá estar com vocês por algum tempo para que vocês lhe forneçam os documentos necessários. Enfim, quero precisar que a Sra. N. se encarregará da vida interior e será responsável pelas tarefas administrativas e pedagógicas do colégio e o Sr. X., diretor, encarregar-se-á das relações externas. Espero que vocês colaborem com a Sra. N. Se ela for embora, não encontrarei ninguém para substituí-la³.

Ao passo que cada idéia emitida soava como uma salva contra os professores, provocando clamores sucessivos de indignação, o inspetor continuava imperturbável sua admoestação, com suas numerosas redundâncias, fazendo-a durar vinte minutos. O que é que se pode fazer quando se é assim designado como irresponsável: calar-se, ir embora, revidar a humilhação?

Finalmente, o inspetor concluiu sua fala seguindo o protocolo: “Se vocês têm perguntas, podem fazê-las.”

Tal estratégia verbal (Sirota, 1998b) por parte de um membro elevado da hierarquia coloca a questão dos objetivos implícitos e explícitos deste tipo de reunião e das expectativas implicadas.

Durante diferentes trocas com os professores, estes se mostraram preocupados em assegurar um retorno às aulas organizado. Necessitavam que o inspetor reconhecesse a situação caótica do estabelecimento e compreendesse os motivos da dificuldade da volta às aulas, assumindo a parte de responsabilidade que cabia à instituição. Os professores esperavam do inspetor que este desse seu apoio ao trabalho de elaboração da grade de horários, que se engajasse em nomear professores em um prazo razoável para os postos que estavam livres, que levasse em conta os efetivos reais do estabelecimento e estudasse a possibilidade de que novos vigilantes fossem nomeados. É bom lembrar que este colégio, situado no subúrbio de Paris, experimentava a maioria dos problemas que hoje se tornaram ordinários. Enfim, os professores esperavam que seu inspetor tomasse atitudes específicas em relação ao diretor que ocupava este cargo, a fim de conter, na medida do

3 Esta abordagem do problema durou mais de vinte minutos, em uma reunião de menos de uma hora. Transcrevi-a quase textualmente, mas de forma condensada.

possível, seus comportamentos perturbadores. Este era, de fato, o ponto mais delicado da situação.

Quanto ao diretor, narcisicamente ferido e centrado na vigilância de seu recurso a prerrogativas, durante todo este período apareceu exclusivamente levado por uma necessidade de restauração. Não parava de repetir, como se estivesse traumatizado, a quem quisesse ouvi-lo: "Trata-se de manter a dignidade".

Um dos objetivos do inspetor era assegurar o início de um ano letivo nos melhores prazos, criando condições institucionais favoráveis à instauração de uma boa cooperação entre a nova diretora adjunta e o conjunto dos professores. Entretanto, sua forma de se dirigir aos professores mostrava que buscava, consciente ou inconscientemente, outro objetivo. Parecia querer ser "equitativamente" severo. Para contrabalançar o que acabara de dizer ao diretor, ou seja, que este deveria se ocupar no futuro somente de "coisas externas", quis humilhar os professores que, nos dias precedentes, recolocaram suas carências ao diretor. Ora, para tratar com consideração o diretor não seria necessário humilhar os professores. Para além destas circunstâncias, parece que o inspetor tinha outro alvo: o de dispersar um coletivo contestador, reinscrevendo os indivíduos em uma ordem e no ritual da tradição hierárquica, característica das esferas político-administrativas da educação nacional. Para reinstalar a autoridade, que julgava estar escarnecida, fez ameaças por alertas e ordens explícitas, tentando redirecionar cada qual a uma culpabilidade individual, sugerindo uma analogia entre a recomposição dos horários e as brincadeiras na praia das despreocupadas crianças no verão.

Assim que a fala do inspetor terminou, havia mãos levantadas para pedir a palavra, dentre as quais a minha e a do professor que eu conhecia. O inspetor passou-lhe a palavra e ele a transferiu imediatamente para mim, tão rapidamente quanto um esportista passa o bastão para seu colega no esporte.

Seguem minhas palavras:

Senhor inspetor da academia, eu agradeço por aceitar que eu participe desta reunião, embora eu não esteja engajado na vida do colégio. Aproveito esta posição de exterioridade para dizer algumas palavras sobre a noção de greve, de contestação, de férias e de clima que o senhor acabou de empregar. Da forma como compreendo a situação, estas noções não me parecem apropriadas para

caracterizá-la. Na verdade, estas noções, ao invés de descrever as dificuldades atuais, visam desqualificar uma categoria de atores, ou seja, os professores. O senhor os designa como culpados da situação caótica. Ameaças de abandoná-los caso persistam em suas criancices. Ora, aquilo que se passa em uma organização é o resultado complexo da ação e da inércia misturadas aos diferentes atores que a constituem. Fiquei surpreso com sua fala. O senhor me permita pensar que não é uma boa maneira de começar uma reunião, sobretudo quando esta deve desembocar em diálogos e permitir que se ultrapassem, através de um acordo, as dificuldades do início do ano letivo em um estabelecimento escolar.

A seguir, os professores tomaram a palavra. Uma professora levantou-se e disse dignamente:

Senhor inspetor, o senhor me humilhou pessoalmente falando da forma como o fez. Esta maneira de se dirigir a mim, certamente, da mesma forma que a todos professores aqui presentes, não se justifica. Eu me pergunto a quem o senhor pensava dirigir-se ao falar assim.

Muitos afirmaram então estar igualmente surpresos com a fala humilhante do inspetor, dizendo que ele estava enganado quanto ao lugar e ao público a quem se dirigia, que não se deve dirigir assim nem a crianças que cometeram erros. Durante esta fase, os professores retomaram palavra por palavra e em tom neutro certo número de expressões pronunciadas pelo inspetor ou pelo diretor nos dias anteriores, para fazê-lo sentir a responsabilidade pelos estratagemas que usara para desviar a atenção e o sentido. Face aos efeitos-bumerangue de suas palavras, o inspetor e o diretor não cessavam de responder "Eu não quis dizer isto" ou "Eu nunca disse isto."

Na seqüência, os professores disseram o quanto se rejubilavam pela chegada da Sra. N., que desejavam conhecer e com quem estavam prontos a cooperar imediatamente, assegurando que lhe forneceriam todas as informações necessárias assim que a reunião acabasse.

Um deles acrescentou, voltando-se para a nova diretora adjunta: "Pensamos, Sra. N, que a senhora sentirá interesse e prazer suficientes para desejar permanecer durante um bom tempo conosco".

Enfim, outros professores, funcionários e pais de alunos eleitos evocaram os diferentes problemas e falhas no funcionamento do estabelecimento, que estavam

desde o ano precedente sem solução ou sem resposta, após várias cartas ou tentativas de resolução.

Então, um professor disse, sem abandonar o bom humor:

Senhor inspetor. Noto que, ao terminar sua fala inicial, o senhor disse, com relação à divisão de responsabilidades entre o diretor e a diretora adjunta, que esta última se encarregaria dos assuntos internos e ele, dos assuntos externos. Observo que o senhor terminou muito bem sua introdução nesta reunião. Terminando-a como o fez, o senhor havia perfeitamente compreendido qual a causa de nosso sofrimento neste estabelecimento, e nós lhe agradecemos.

O inspetor não respondeu, mas as variações de sua fisionomia mostraram que se sensibilizou com o que ouviu. Ninguém riu, como se cada qual houvesse compreendido que não se deveria jogar simetricamente no terreno do jogo que o inspetor quisera instalar: ou seja, o do ataque desqualificador (Sirota, 1998a). Depois que todas as categorias de atores se expressaram, o inspetor transmitiu informações em resposta a certas dificuldades apontadas e orientou as demandas precisas para as instâncias competentes. Certificou que estaria atento à nomeação de professores que realmente pudessem assumir seus postos nos menores prazos possíveis. Às dez horas, encerrou a reunião.

Professores se reagruparam, uns próximos à diretora adjunta, outros em volta do inspetor. Durante uns quinze minutos, em uma sala em plena efervescência onde todo mundo falava em pequenos grupos, desloquei-me de um grupo a outro, olhos e ouvidos etnográficos. Alguns professores perguntaram ao inspetor porque ele havia se dirigido a eles daquela forma; e lá, em pequenos grupos, não negou que havia dito as coisas de que estava sendo acusado. Mudou seu sistema de defesa declarando ter optado por “palavras espirituosas”, ou invocando uma simples vontade de vê-los reagir. Alegou que o que dissera não correspondia ao que verdadeiramente pensava. Seu tom havia se tornando cordial.

O relativo distanciamento que o inspetor manteve em relação ao diretor, bem como a nomeação urgente de uma diretora adjunta experiente, satisfizeram os professores em diversos planos. Deste modo, poderiam trabalhar efetivamente. O diretor, limitado a funções secundárias, tornar-se-ia menos perturbador para a vida

do estabelecimento. Enfim, os professores sentiram-se confortados na legitimidade de sua ação coletiva. Conseqüentemente, passaram a ter motivos para experimentar um certo prazer, por terem tido coragem de se mobilizar, recusar condições inaceitáveis para o início de ano letivo e também por terem se mobilizado em prol de um projeto de ação em comum, o que não é tão freqüente. Durante uns bons quinze minutos, neste momento “pós-reunião”, todo mundo começou a falar com todo mundo, cada um circulou de grupo em grupo. As conversas ocorreram em uma atmosfera quase festiva. As colocações do inspetor poderiam ter agravado as tensões se, da parte do pessoal, dois perigos não tivessem sido evitados: o de se sentirem individual e coletivamente covardes e envergonhados, por nada terem dito para denunciar este ato de humilhação pública (Green, 1983; Kaës, 1976, 1996), ou o de caírem na provocação emocional, servindo-se, eles também, de palavras excessivas e desestabilizadoras, ou seja, o risco de se conduzirem para um contra-ataque perverso (Anzieu, 1975; Bion, 1961).

As últimas colocações da professora provocaram júbilo. Esta, entretanto, permaneceu discreta, como uma leve onda na superfície da água, imperceptivelmente perturbada. Os professores e os outros ouvintes presentes abstiveram-se de rir. Se o tivessem feito, teriam assim separado uma parte da assembléia da outra e comprometido o trabalho de restauração dos laços com a hierarquia. Como a manobra do inspetor foi denunciada e desmontada, o diálogo com ele foi mantido e a cooperação com a nova diretora adjunta foi melhor engajada.

Se fiz um julgamento de valor, foi baseado na observação de uma seqüência precisa de comportamentos, passível de ser observada no aqui e agora. Não coloquei em dúvida o sentido das responsabilidades deste inspetor, nem dos inspetores de forma geral, nem pronunciei asserção malévola. Não se pode, portanto, objetar que, por meu lado, desqualifiquei o inspetor. Não há homologia entre minhas colocações e as dele. Nem todo julgamento de valor constitui uma “*desqualificação perversa*”, felizmente - caso contrário, seria preciso concluir, por exemplo, que a escola é um espaço permanente de desqualificação perversa ou destrutiva dos alunos ou dos próprios professores, levando em conta o lugar da avaliação no sistema educativo e formativo.

Quando, na véspera, o professor que conheço apresentou-me a seus colegas como presidente da seção local da Liga dos Direitos do Homem, senti-me constrangido e surpreso. Por esta razão, procurei imediatamente afastar esta etiqueta, afirmando que estava lá na qualidade de pai de aluno. Ora, passado o primeiro momento, ficou bem claro que este professor fora levado por boa intuição. O título pelo qual me nomeou colocou-me em uma situação de terceiro, extrínseco ao grupo de professores, posição certamente mais favorável a eles do que a simples qualidade de pai de aluno.

Esta situação relança a reflexão sobre o que permite que um participante ou um psicossociólogo reconheça uma *desqualificação perversa* cometida por um ator e, a seguir, encontre uma forma correta de assinalar e frear os efeitos. Para que se possa dizer alguma coisa que tenha função *de interposição protetora* é preciso, sem nenhuma dúvida, não estar colado nem a um lado nem ao outro. Esta posição é difícil de ser mantida quando se é um participante comum do grupo, pois acirra processos de rivalidade, que são um dos nós da vida em grupo. Além disso, não é possível ocupar lugar de terceiro apenas por iniciativa própria, mesmo quando se está qualificado para tal em termos de formação e competência.

A posição de terceiro deve ser reconhecida e investida como tal por aqueles com quem colabora aquele que a ocupa. Para inspirar a confiança necessária e sustentar tal lugar aos olhos dos outros, um psicossociólogo deve-se mostrar vigilante, sobretudo com relação a tendências que podem seduzir e lisonjear as partes cínicas de cada um (Eiguer, 1995). Uma das responsabilidades profissionais essenciais de um consultor externo consiste, sem dúvida, em manter e exercer sua liberdade de pensar e de nomear, sem esperar qualquer desqualificação perversa, venha de onde vier, quer se apresente como uma simples tirada ou acondicionada em uma fórmula brilhante, já que o perverso social é, com muita frequência, inteligente e capaz de fazer bom uso da linguagem.

Humilhando os professores, o inspetor, enquanto membro de uma área cultural ou *sujeito social* (Barus-Michel, 1987) de uma comunidade hierárquica, foi movido por uma lógica institucional. Além disso, seguiu o objetivo inconsciente de privá-los do *prazer partilhado* que poderiam sentir face ao reconhecimento

implícito da legitimidade de suas análises e da ação coletiva (Sirota, 1998a). Se uma administração toma medidas pertinentes, sob efeito de certa relação de força, sua cultura o impede de reconhecer que tal movimento foi benéfico e até mesmo necessário. Ora, barrar o acesso ao prazer compartilhado, em conseqüência de uma ação coletiva e construtiva, é privar o ser humano de uma parte construtora de sua humanidade e de sua sociabilidade. É, portanto, atacar os sentimentos e os laços comunitários dos quais os chefes não poderiam se considerar isentos, ainda mais no âmbito de uma organização constitutiva de um sistema democrático, como o é a escola.

Entretanto, a cultura hierárquica repousa sobre o dogma da infalibilidade desta. Em suas bases coletivas inconscientes, o outro não é reconhecido como parceiro. Para seus depositários, esta cultura autoriza a idéia de que o poder institucional delegado a uma pessoa repousa sobre uma espécie de dignidade superior desta. A dignidade superior seria magicamente afetada pela simples nomeação em um estatuto de autoridade. Por esta razão, o poder institucional delegado a uma pessoa não se pode fiar no reconhecimento de saberes próprios a funções de direção, tampouco na capacidade de assumir papéis estruturantes necessários a uma organização educativa, por exemplo. Todos os membros da hierarquia podem ser instrumentos ou reféns e, por vezes, cúmplices desta cultura, sem que disso estejam conscientes, enquanto não se derem ao trabalho de refletir e se liberar. Ora, as condições desta cultura são, "por natureza", destrutivas, pois entretêm um processo coletivo de desqualificação perversa.

Superestimar o valor ou a competência dos titulares de cargos hierárquicos e da hierarquia em geral é fazer deste conjunto uma categoria superior em si, uma entidade perfeita, ou seja, não humana. Na verdade, suspeitar *a priori* que a hierarquia seja completamente má traduz um processo de idealização e a existência de uma espera inconsciente de perfeição e de uma espécie de impossibilidade de aceitar o outro ou a realidade exterior por aquilo que são. Este traço perverso, quando sustentado por uma cultura de organização, constitui uma característica estruturante que, todavia, não provoca efeitos sociopatológicos, na medida em que não é a lei que se faz como terceiro, mas sim a referência a uma dignidade mitologicamente superior, da qual alguns se

servem para aniquilar os outros. Pode-se considerar e mesmo temer que aí resida uma fonte importante da violência induzida pelas instituições escolares e educativas à custa de seus membros, que podem desposar pouco a pouco suas formas e com elas se identificar.

Não há lei suficiente na escola. A lei é o que constitui ligação com o outro. É também o outro, aquilo a que estamos todos submetidos contratualmente. Na vida cotidiana de uma escola, a lei se traduz por instituições concretas e meios sociais explícitos que organizam a distribuição dos lugares e dos papéis entre os adultos, os quadros educativos, as crianças e os jovens. A lei estipula aquilo a que cada um se obriga em relação ao outro. Levando em conta o lugar do indivíduo no sistema, ela sugere o que é esperado legitimamente dos papéis recíprocos. Quando a questão da lei e da relação com esta não é escamoteada, traduz-se por dispositivos, condutas de formação ou por instruções pedagógicas explícitas e praticáveis, instaurando relações de trabalho formativo entre professores e alunos.

Na realidade, o trabalho com professores e quadros educativos e de direção dos estabelecimentos escolares mostra, com freqüência, que a questão da inscrição institucional continua sendo um tabu. Por exemplo, o quadro que representa o projeto de estabelecimento é vago, o que permite aos atores apresentar belos envelopes vazios e facilita que a administração da educação nacional não se engaje realmente nas diretrizes por ela formuladas. Enquanto todo mundo se queixa das condutas das novas gerações, que não teriam mais valores nem pontos de referência, não existe regra que obrigue os diferentes quadros de professores a construir juntos as formas e condições coletivas e institucionais de se encarregarem da missão de socialização. Ora, sem uma participação dos atores na construção do quadro, o sentido do processo de socialização permanece insuficientemente elaborado, e a função de socialização não pode ser assegurada. A educação para a cidadania não pode ser promovida caso seja considerada um objeto de aprendizagem ou uma nova matéria no programa.

A postura acrítica no contexto institucional da escola pode ainda ser observada no momento em que o professor é recrutado. Para efetuar esta passagem, ele não assina nenhum contrato de trabalho com o Ministério da Educação Nacional no qual figure claramente o que o ministério espera dele, nem qual deve ser seu engajamento em termos de contrapartida. Entretanto, uma circular bastante interessante foi publicada no Boletim Oficial da Educação Nacional⁽⁴⁾. Trata-se de um texto de orientação consistente que reconhece e formula com precisão a existência das diferentes missões do professor do ensino fundamental, do colegial tradicional ou do colegial técnico ou profissional. É preciso reconhecer que as resistências à redefinição do posto de trabalho de um professor atravessam diferentes categorias de atores. As manifestações de professores contra a implantação de algumas das proposições emanam do "Rapport Meirieu" sob pretexto de preservar a cultura e a qualidade do ensino de que constituem prova. Enquanto, no plano individual, numerosos professores desenvolvem práticas inovadoras para se adaptar aos alunos reais, alguns deles resistem a oficializar seu novo trabalho, como se não pudessem mudar senão preservando no fundo deles mesmos a figura do bom professor de outrora.

Enfim, os regulamentos internos colocam com freqüência os alunos e mesmo suas famílias em uma posição de dignidade inferior, e dão impressão que somente eles é que são submetidos a regras e a leis. Ora, o regulamento interno de uma organização, particularmente quando ela se chama "comunidade educativa", deve ser redigido incluindo todos os membros.

Os professores têm um papel institucional ou de enquadramento, ou seja, uma função de suporte - eles representam e são fiadores da lei. Enquanto a instituição e o lugar necessário dos professores nesta não forem objeto de reflexão, os atores internos da escola permanecerão estruturados por um dos pilares da cultura da educação nacional: a avaliação com tendência desqualificante. Esta cultura, sustentada pela assimetria dos lugares com relação ao saber e à supervalorização do saber acadêmico, autoriza cada um a se valorizar

▼▼▼▼▼
⁴ Cf. a circular Boissinot-Forestier, nº 97-123 de 32 de maio de 1997, publicada no B.O. nº 22 de 29 de maio de 1997, * Missão do professor exercendo sua função no ensino fundamental, no colegial geral e tecnológico ou no colegial profissional*, pp.1571-1576.

rebaixando o outro, a descarregar no escalão hierárquico subordinado tensões e agressões sofridas na instância "superior". Rebaixar o outro a um lugar infantil permite manter para si a ilusão de ser maior e de estar acima da lei comum.

Referências

- Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod.
- Barus-Michel, J. (1987). *Le sujet social*. Paris: Dunod.
- Bion, W. R. (1961). *Recherches sur les petits groupes*. Paris: PUF.
- Chasseguet-Smirgel, J. (2006). *Éthique et estétique de la perversion*. Seyssel-sur-le Rhone: Champ Vallon.
- Eiguer, A. (1989). Le transferé pervers et la famille. *Revue de Psychotherapie Psychanalytique de Groupe*, 12, 93-97.
- Eiguer, A. (1995). *Le cynisme pervers*. Paris: L'Hartmann.
- Enriquez, E. (1992). *L'organisation en analyse*. Paris: PUF.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie. Narcissisme de mort*. Paris: Editions de Minuit.
- Kaes, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris: Dunod.
- Kaes, R. (1996). *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris: Dunod.
- Racamier, P. C. (1970). *Le Psychanalyste sans divan: la psychanalyse et les institutions de soin psychiatriques*. Paris: Payot.
- Racamier, P. C. (1992). *Psychanalyse de la psychose*. Paris: Payot.
- Sirota, A. (1995). Agressions perverses dans les groupes de formations. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 24, 157-169.
- Sirota, A. (1998a). *Le travail d'analyse en groupe institué: liaison, déliaison et figures perverses*. Thèse de doctorat d'état. Université de Paris 7; 1998.
- Sirota, A. (1998b). Des espaces culturels intermédiaires. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 5 (9), 91-107.
- Stoller, R. (1984). La perversion et le desir de faire mal. In J.-B., Pontales. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 29: *Le chose sexual* (pp.163-164). Paris: Gallimard.

Recebido em: 22/10/2007

Versão final reapresentada em: 5/12/2007

Aprovado em: 5/12/2007

Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência¹

Viktor Emil Frankl's contribution to the concept of resilience

Daniel Rocha **SILVEIRA**²

Miguel **MAHFOUD**²

Resumo

Trata-se de um estudo sobre resiliência-capacidade do ser humano de enfrentar, sobrepor-se e ser fortalecido por experiências de adversidade que tem por objetivo discuti-la de acordo com a visão de Viktor Emil Frankl: a logoteoria. Descrevem-se vários conceitos de resiliência e a questão dos fatores de risco e fatores protetores. Em seguida, faz-se um estudo da logoteoria destacando os conceitos que tornam possível a resiliência: a dimensão noética do homem, visto como unidade múltipla, do que decorre a força de resistência do espírito e a responsabilidade; a busca de sentido como motivação primária; a autotranscendência e o autodistanciamento propiciado pelo humor e pela autocompreensão. Conclui-se que a resiliência torna-se uma das consequências de se encontrar o sentido da vida e movimentar-se para realizá-lo, permitindo dizer um "sim" à vida apesar de tudo.

Uniterms: Auto-distanciamento. Auto-transcendência. Motivação. Psicologia. Resiliência. Resistência.

Abstract

This is a study about resilience - the human capacity to face, to overcome and to gain strength through experiences of adversity - which aims to discuss the issue according to the views of Viktor Emil Frankl: (logotherapy). Various concepts of resilience are described, as is the issue of risk factors and protective factors. There then follows a study on logotherapy, highlighting the concepts which make resilience possible: the human being's noetic dimension, man seen as a multiple unit, from which come strength of spirit and responsibility; the search for meaning as the primary motivation; self-transcendence; self-distancing - provided by humor and self-comprehension. In conclusion, resilience becomes one of the consequences of finding a meaning for life and moving towards its fulfillment, which makes it possible to say "yes" to life, despite everything.

Uniterms: Self-distancing. Self-transcendence. Motivation. Psychological. Resilience. Resistance.

O mundo da alta modernidade "está repleto de riscos e perigos, para os quais o termo 'crise' - não como mera interrupção, mas como um estado de coisas mais ou menos permanente - é particularmente adequado" (Giddens, 2002, p.19).

A crise e a dor, que perpassam a subjetividade, tornam-se foco de interesse das ciências, em especial a psicologia, que busca, por meio de estudos e pesquisas, compreender e dar respostas ao ser humano. Este reflete e se pergunta: por que existe a dor? Ela é meramente



¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de D.R. SILVEIRA, intitulada "O sentido da resiliência: a contribuição de Viktor E. Frankl". Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Curso Psicologia Social. Av. Antônio Carlos, 6627, 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: D.R. SILVEIRA. E-mail: <danielrosilveira@globo.com>.

destrutiva, ou é possível transformá-la em oportunidade de crescimento?

Olhando cuidadosamente ao redor, podem-se identificar pessoas e sociedades que superaram e superaram seus sofrimentos. Existem testemunhos que o atestam: comunidades e indivíduos que cresceram com experiências difíceis e superaram os obstáculos, alcançando realização com criatividade e esperança.

Uma população altamente vulnerável em situação de violência e pobreza foi acompanhada durante mais de trinta anos por pesquisadores, na ilha de Kauai, Hawaí. Surpreendentemente, um terço destas pessoas não sofreu danos psíquicos. Esses pesquisadores (Infante, 2002)³ imediatamente qualificaram-nas como “crianças invulneráveis” e buscaram um nome que melhor adjetivasse esta invulnerabilidade. Encontraram na física a palavra resiliência, que significa “propriedade que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após serem submetidos a uma deformação elástica” (Houaiss & Villar, 2001, p.2437). Aquelas crianças teriam voltado à forma original após serem submetidas à força das adversidades (Infante, 2002).

Logo a expressão “crianças invulneráveis” mostrou-se inadequada, já que havia vulnerabilidades. Os achados científicos mostraram que a resiliência não é um atributo fixo ou um traço de personalidade, mas sim algo que se constrói como um tecido no espaço entre o indivíduo e a sociedade. Não é somente individual, nem somente social. Envolve outras pessoas, é dinâmica e forma-se sempre com a presença de um outro humano que dê suporte à pessoa que sofre, oferecendo uma escuta compreensiva, uma presença motivadora (Canelas, 2004; Cyrulnik, 2001; Infante, 2002).

Surgiu na psicologia um novo campo de investigação, que voltou o olhar para as pessoas em adversidades, atentando para os recursos, as fontes de saúde e os processos motivadores de adaptação positiva, entendendo a adaptação não como conformidade social, mas como a transformação ativa da sociedade, de forma construtiva (Melillo, 2004b).

Na história da humanidade, os grandes resilientes foram justamente aqueles homens e mulheres que

se propuseram mudar a sociedade e a cultura em que viviam, assumindo em si mesmos a tarefa de plasmar na sociedade seus próprios valores e ambições de transformação. ... O sujeito resiliente é um sujeito crítico de sua situação existencial (Galende, 2004, p.60).

A resiliência passou a ser então uma nova lente, uma nova chave de compreensão da experiência humana que, intrinsecamente, vem marcada pelo sofrimento.

Uma metáfora que ilustra esta trajetória é o livro de Jó, da Bíblia, no qual um ser humano é provado até as últimas conseqüências, como ferro em brasa sofrendo as vigorosas marteladas do ferreiro para que daí surja uma ferramenta refinada, ou como o mármore que recebe os duros golpes de cinzel e martelo do escultor para ser transformado em uma bela escultura.

Este artigo tem como objetivo discorrer sobre o homem naquilo que tem de mais específico e que torna possível a resiliência. E, para isto, alude à visão teórica do psiquiatra Viktor Emil Frankl, sobrevivente de quatro campos de concentração, pessoa altamente resiliente, que traz uma contribuição relevante na compreensão do ser humano, cuja especificidade permite que surja a resiliência (Frankl, 1946/1989a, 1989b, 1990, 1991a, 1991b, 1948/1993, 1969/1998, 2006).

Quais são as características especificamente humanas que tornam possível a superação das adversidades?

A resiliência

As pesquisas sobre resiliência tiveram início no hemisfério norte, assumindo nos Estados Unidos e Inglaterra uma perspectiva comportamentalista, pragmática, centrada no indivíduo. Estendendo-se por toda a Europa, receberam enfoques psicanalíticos. E, chegando à América Latina, tornaram-se enfocadas na comunidade, como uma forma de reação aos problemas sociais. No início das pesquisas, em geral, havia uma ênfase na infância; depois se abrangeram outras etapas da vida, bem como problemas mais específicos, por exemplo, violência e incapacidade (Melillo, Ojeda & Rodríguez, 2004).

3 Citação de Infante (2002) do seguinte original: Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill Book.

Mas, o que é resiliência? Qual é precisamente a sua definição?

Conceito

No âmbito das Ciências Sociais, existem várias definições de resiliência. Seguem algumas delas:

A resiliência é uma habilidade para ressurgir diante das adversidades, adaptar-se, recuperar-se e aceder a uma vida significativa e produtiva (Kotliarenko, Fontecilla & Cáceres, 1997, p.5).

Resiliência é o enfrentamento efetivo de circunstâncias e eventos de vida severamente estressantes e acumulativos (Kotliarenko et al., 1997, p.5).

Boris Cyrulnik, psicanalista francês, visualiza a resiliência como um *oxímoron*, em que o sujeito é cindido por um trauma, mas se reconstrói e resiste; sofre, mas tem esperança apesar de tudo. Explica que *oxímoron* é uma figura de linguagem que “consiste em reunir dois termos antinômicos” (p.21). Por exemplo, a expressão: “a obscura claridade” (Cyrulnik, 2001, p.21).

Para Cyrulnik (2001), a resiliência é um processo íntimo que se integra a um processo social. É um tecido e pertence à família dos mecanismos de defesa; é controlável e traz esperança. O conceito de resiliência poderia ser resumido em “mola” e “tecido”. “Mola” porque, ao receber o impacto da adversidade, a pessoa sofre (de certa maneira “deforma-se”, como a mola ao receber uma força: quando a mola é presa a um peso, por exemplo, estica, mas depois volta) e depois supera o sofrimento, salta superando o fator que ameaça a pessoa. “Tecido” porque se configura no espaço entre a pessoa e seu entorno social (especialmente as pessoas significativas com quem é possível estabelecer uma relação de apego seguro), como um mosaico de pano que vai sendo tecido. Como mola e tecido, a cada impacto, é possível buscar a superação, ou seja, “apesar do sofrimento, buscamos a maravilha” (p.194).

Sintetizando, define-se aqui a resiliência como a capacidade de transformar uma situação de dor em possibilidade de crescimento, ou “capacidade humana para enfrentar, sobrepor-se e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade” (Grotberg, 2002, p.20). Para Melillo (2004b), é a “capacidade de enfrentar a adversidade e sair fortalecidos desta prova” (p.77).

Os fatores protetores

Desde a primeira geração de pesquisadores da resiliência, procura-se identificar os fatores de risco e os de proteção (Infante, 2002).

Fatores de risco são:

influências que ocorrem em qualquer nível sistêmico (família, indivíduo, comunidade, sociedade) que ameaçam os resultados de adaptação positivos. Os fatores de risco estão relacionados com toda sorte de eventos negativos de vida e operam de maneiras diferentes em diferentes períodos de desenvolvimento do indivíduo... Não constituem uma variável por si só, devendo ser pensados sempre como um processo (Canelas, 2004, p.49).

Por outro lado, “fatores ou mecanismos de proteção são condições do ambiente capazes de favorecer o indivíduo ou um grupo e de reduzir efeitos ou circunstâncias desfavoráveis” (Canelas, 2004, p.57).

Rutter considera “os mecanismos de proteção, entendendo por eles não a valência contrária aos fatores de risco, mas aquela dinâmica que permite ao indivíduo sair fortalecido da adversidade, em cada situação específica e respeitando as características pessoais” (Infante, 2002, p.34).

Canelas (2004) afirma que “uma perspectiva ecossistêmica sugere que influências protetivas podem ser introduzidas na vida de um indivíduo através de qualquer relação em qualquer parte do ecossistema” (p. 109). Vale ressaltar que se entende por ecossistema humano o sistema social em que está inserido o homem - incluindo família, indivíduo, comunidade e sociedade. Canelas (2004) acrescenta que a resiliência pode ser aprendida e desenvolvida por qualquer pessoa.

Cuestas, Estamatti e Melillo (2002) afirmam que as definições de resiliência enfatizam os seguintes fatores protetores do resiliente: “adaptabilidade, baixa suscetibilidade, enfrentamento efetivo, capacidade, resistência à destruição, condutas vitais positivas, temperamento especial e habilidades cognitivas” (p.86).

Sem dúvida, todas as pesquisas apontam que, entre os fatores protetores, o mais importante está em um relacionamento de apego seguro entre o sujeito resiliente e uma pessoa significativa (Canelas, 2004; Galende, 2004; Kotliarenko & Lecannelier, 2004; Melillo, 2004a).

Rodríguez (2002) afirma que para se compreender o resultado resiliente podem-se isolar fatores protetores que, interagindo, produzem a resiliência. Porém, esta interação em si não é suficiente para deslançar o processo de resiliência. Segundo ele, a resiliência, “como resultado tanto individual quanto grupal, como resposta criativa de superação de situações adversas, é algo mais que a soma dos fatores de resiliência que a promovem, e ... supõe a existência de um imponderável ..., que determinará o resultado final” (Imponderável, aqui, refere-se a um fator que não pode ser previsto) (Rodríguez, 2002, p.189).

Quem é o homem na visão de Viktor Frankl?

Para responder a esta questão, parte-se do referencial de Viktor Frankl, que criou a chamada análise existencial (*Existenzanalyse*), que tem como objetivo o esclarecimento da existência, enfatizando possibilidades de se realizar o sentido da vida. Essa análise difere da análise da existência (*Daseinanalyse*), que não enfoca especificamente o sentido da vida, e sim um “esclarecimento do ser” (Frankl, 1991a, p.61).

A obra de Viktor Frankl, fundador da terceira Escola Vienense de Psicoterapia (depois das de Freud e Adler), pode ser chamada também de Logoterapia (*Logosentido/Terapia: cura*) e baseia-se no conceito de que a vida tem sentido (Frankl, 1946/1989a; Xausa, 1988). A teoria formulada nesta obra é chamada de logoteoria.

Enquanto a psicanálise menciona a adaptação do homem-pulsional à realidade e a psicologia individual alude ao homem que se configura responsável e corajoso frente ao mundo, a logoteoria enfoca o noético (palavra que vem do grego “*noos*” que significa “mente”, e aqui é usada como “espiritual”: a dimensão dos fenômenos especificamente humanos, como a liberdade para descobrir o sentido da própria vida, a auto-transcendência, o autodistanciamento, a decisão, a capacidade de amar etc.) (Frankl, 1946/1989a).

A logoteoria afirma a “autonomia da existência espiritual” e disso decorre o “senso de responsabilidade”. O ser humano é, em essência, ser-responsável (Frankl, 1948/1993, p.15), e a responsabilidade está na ação no momento presente (“aqui e agora”), na “concretude de determinada pessoa numa determinada situação” (p.16).

Humano é, também, o “ser que decide” (Frankl, 1948/1993, p.26). Somente diante daquilo que é decisão sua a pessoa é responsável, e somente quando ela é responsável, pode-se dizer que está sendo “ela mesma”. “O ser humano propriamente dito começa onde deixa de ser impelido, e cessa quando deixa de ser responsável” (p.19).

A existência humana direciona-se sempre para “além de si mesma, indicando um sentido”. Então, o importante é primeiramente realizar um sentido, ou seja, é importante que a pessoa assuma atitudes que a aproximem da realização daquilo que tem sentido (Frankl, 1948/1993, p.61).

A existência em si é espiritual, enquanto a “facticidade” é formada “tanto de elementos psicológicos quanto fisiológicos; contém ‘fatos’ tanto psíquicos como corporais” (Frankl, 1948/1993, p.20). Há possibilidade de todo ser humano assumir uma atitude diante dos condicionamentos, diante da “facticidade”, atitude esta que pode configurar a chamada força de resistência do espírito (Frankl, 1946/1989a). Esta atitude decorre de a pessoa ter sua existência espiritual mobilizada no sentido de uma “responsabilidade livre, contrapondo-a aos condicionamentos da facticidade psicofísica, que o paciente tende a aceitar como seu destino” (Frankl, 1948/1993, p.20).

Em relação aos condicionamentos físicos, psicológicos e sociológicos, o homem pode sempre se posicionar. Sendo um ser histórico, ou seja, determinado por condições sociológicas e também por condições biológicas e psicológicas, o homem ainda assim é livre para buscar o sentido de sua vida (Frankl 1946/1989a).

Frankl descreve o ser humano como uma unidade múltipla. A pessoa é um ser “único e total” (Xausa, 1988, p.116) e nela estão integradas as dimensões psíquica (anímica), corporal (biológica) e noética (Frankl, 1991a; Peter, 1999).

O homem e sua motivação primária: a busca de sentido

Todo ser humano tem a vontade de buscar um sentido para a vida, e esta vontade é precisamente a principal força motivadora da pessoa. No momento em que a pessoa se pergunta sobre o sentido da vida, expressa o que há de mais humano em si (Frankl, 1946/1989a).

O sentido diz respeito à totalidade da vida de uma pessoa e também ao momento presente. Existe também um sentido último, mais amplo - o sentido da totalidade da vida de todos. Pode-se utilizar a seguinte metáfora: um filme é feito com milhares de fotos. Cada uma tem um sentido, mas o sentido do filme todo só será compreensível ao final da exibição. Então, só é possível compreender o sentido da vida de uma pessoa como um todo no encerramento desta vida, ou após o encerramento (Frankl, 1948/1993).

Cada pessoa é única e insubstituível, então, o sentido é exclusivo e específico de cada um. Frankl (1946/1989a) explicita o fato de que o sentido diz respeito àquilo que a pessoa é chamada a realizar em um determinado momento. O sentido a ser realizado no momento é transitório, ou seja, precisa ser cumprido naquele instante. Ademais, existe o caráter de autotranscendência do sentido, ou seja, diz respeito a algo ou a alguém que está fora da pessoa.

Quando a pessoa encontra o sentido de sua vida, encontra aquilo que pode fazer e que exprime sua unicidade, a sua missão diante da vida. E, ao desempenhar no cotidiano aquilo que é seu sentido, realiza-se plenamente como ser humano, atuando com suas possibilidades mais peculiares. A realização pessoal vem como consequência de se atingir o sentido (Frankl, 1946/1989a).

A pergunta sobre o sentido da vida deve ser feita de forma concreta, contextualizada, de acordo com a situação da pessoa, onde ela está e no momento em que ela está (Frankl, 1946/1989a). É a vida que interroga ao ser humano sobre o sentido de sua vida, e não o contrário (Frankl, 1948/1993).

Para Frankl (1946/1989a), a pessoa conhece a si mesma na medida em que vai cumprindo suas tarefas cotidianas e que vive o que tem sentido em cada situação. Em muitos casos, "a vida ter sentido" significa "na vida ter tarefas a cumprir" (Frankl, 1948/1993, p.70).

O sentido precisa ser encontrado, descoberto, e não criado (Frankl, 1946/1989a).

A percepção do sentido em um determinado momento assemelha-se à concepção de figura e fundo na psicologia da Gestalt e à experiência do "insight" (Frankl, 1993). O sentido é uma possibilidade que se destaca do pano de fundo da realidade. Em cada situação

há um "caráter de exigência" imanente para se descobrir o sentido (Frankl 1989, 1948/1993).

Além do sentido de situações únicas, existem os "universais de sentido", os valores (Frankl, 1946/1989a, p.79). Frankl classifica-os em três categorias: os valores criativos (pelos quais o homem dá algo ao mundo, por meio da ação concreta, da realização de algo - por exemplo, no trabalho); os valores vivenciais (pelos quais o homem recebe algo do mundo, frui do que há de belo, como uma paisagem natural, um pôr-do-sol, um filme, ou quando o sujeito se entrega à pessoa amada); e os valores de atitude (a pessoa pode se posicionar de forma digna frente ao sofrimento inevitável) (Frankl, 1946/1989a).

Ao olhar para o passado, a pessoa pode encontrar o sentido e a realização naqueles momentos que foram bem vividos (nos quais se realizou o sentido). O passado torna-se, então, um "celeiro" onde se armazenam momentos cheios de sentido e que não podem ser retirados da pessoa, pois já são realidade consumada (Frankl, 1948/1993).

A vida tem sentido como um todo, então o sofrimento inevitável tem também seu sentido. O sofrimento faz parte da vida. Deve-se ressaltar aqui que a dor que pode ser evitada deve ser evitada, do contrário seria masoquismo (Frankl, 1948/1993). O sentido é possível mesmo se há sofrimento. E, de fato, há situações - por exemplo, em estados de doença terminal - nas quais a única possibilidade que resta ao ser humano é a de se posicionar com dignidade (Frankl, 1946/1989a, 2006).

Em momentos de sofrimento inevitável extremo, o que se requer da pessoa é que suporte a incapacidade de compreender racionalmente que a vida tem um sentido incondicional, não obstante as circunstâncias. Este sentido incondicional é chamado de supra-sentido. Só é apreendido pela fé, pela confiança, pelo amor (Frankl, 1989a). Ou seja, o supra-sentido não pode ser compreendido pelo raciocínio que responde à pergunta do "por quê?" (por que aconteceu a doença terminal, a catástrofe natural, a situação inesperada?) (Frankl, 1948/1993).

Referente à dimensão do supra-sentido, a religião autêntica torna-se uma grande força de segurança para o homem: "a segurança e a ancoragem na transcendência, no Absoluto" (Frankl, 1946/1989a, p.297).

Para Viktor Frankl, o homem religioso é aquele que foi capaz de completar a sua dinâmica ontológica. É responsável e consciente, vive sua vida como uma missão a ser cumprida. Então, na busca de sentido, coloca-se a experiência religiosa (Coelho Junior & Mahfoud, 2001). A pessoa que busca uma religiosidade sadia encontra tradições e valores que a direcionam a um relacionamento com o que ela considera ser “o criador”, e isto, portanto, torna-a aberta ao outro e à transcendência. Com isto, realiza-se melhor o sentido de sua vida que, segundo esta concepção, apresenta uma missão para cada pessoa, que inclui esta abertura supracitada. Por isso, diz-se que o homem religioso foi capaz de completar a sua dinâmica ontológica.

O autodistanciamento e a autotranscendência

O autodistanciamento é uma característica especificamente humana. Diz respeito à “capacidade do homem de distanciar-se de si próprio” (Frankl, 1989b, p.43).

É possível ao ser humano distanciar-se de si, por exemplo, por meio do humor - a capacidade de rir ou sorrir apesar da tragédia. Quando o sujeito ri de seus problemas provoca uma distância entre o núcleo do seu “eu” e a situação problemática. O humor possibilita ao homem tornar-se “senhor de si” (Frankl, 1946/1989a, p.327). O homem coloca-se “acima de uma situação” para dominá-la (p.225).

O autodistanciamento ocorre também pela autocompreensão. À medida que a pessoa se compreende, torna-se capaz de distanciar-se de si mesma. Por exemplo, diante de impulsos agressivos, a pessoa pode se posicionar e escolher o que fazer, para depois agir (Frankl, 1989b).

A autotranscendência também faz parte da essência do ser humano - a pessoa é aberta ao mundo, coloca-se em relação, volta-se para algo ou alguém diferente de si. “Ser homem significa ... ser para além de si mesmo. ... Ser humano significa ordenar-se em direção a algo ou a alguém: entregar-se ... a uma obra a que se dedica, a uma pessoa que ama, ou a Deus, a quem serve” (Frankl, 1946/1989a, p.45).

Então, a autotranscendência mostra que o ser humano não se fecha em condicionamentos, mas transcende os condicionamentos psicofísicos.

“A existência vacila ou desmorona se não for vivida esta qualidade da auto-transcendência” (Frankl, 1989b, p.41). A experiência de Viktor Frankl como prisioneiro de campos de concentração atesta esta realidade (Frankl, 2006).

Experiências vividas em outros campos de prisioneiros, como os norte-vietnamitas, confirmam que a sobrevivência dependia da “capacidade de orientar a própria vida em direção a um ‘para que coisa’ ou um ‘para quem’” (Frankl, 1989b, p. 29).

O interesse mais profundo do ser humano não é olhar para si mesmo, mas volver o olhar para o mundo exterior, em busca de um sentido. A pessoa se auto-realiza justamente na proporção em que “esquece de si mesmo” enquanto se dedica a um trabalho ou a uma pessoa (Frankl, 1948/1993, p.78). Por exemplo, no encontro amoroso entre duas pessoas, o sujeito pode intuir a unicidade do outro (Frankl, 1989b).

A força desafiadora do espírito: o homem resiliente

Na explicação de Cyrulnik (2001) sobre a resiliência como *oximoron*, uma parte da pessoa, sofrendo um revés, produz necrose (degenera), enquanto outra parte “reúne, com a energia do desespero, tudo o que pode continuar dando um pouco de felicidade e de sentido à vida” (Cyrulnik, 2001, p.21).

Para Viktor Frankl, conforme já explicado, a principal força motivadora do ser humano é a busca por um sentido para a vida (Frankl, 1948/1993). Toda a dinâmica da vida de uma pessoa parte primordialmente da vontade de descobrir um sentido para a sua existência (Frankl, 1946/1989a, 1990).

Walsh (2004) afirma que o corpo e a alma da resiliência encontram-se no sistema de crenças pessoal e familiar, e deste sistema faz parte a atitude de dar sentido à adversidade - considerar a crise um desafio significativo, compreensivo e manejável. Desta forma, é preciso ter a percepção de que o sofrimento tem seu sentido. No caso de poder ser evitado, deve sê-lo. E quando é inevitável, deve-se aceitá-lo. Walsh (2004) escreve: “dominar o possível, aceitar o que não se pode mudar” (p.88). E tudo isto deve ocorrer mantendo-se o otimismo diante das dificuldades - o que está de acordo

com a visão de Frankl, pois o pressuposto da vida de uma pessoa é a questão do sentido (Frankl, 1948/1993).

Se a principal força motivadora do ser humano é a busca do sentido da vida (Frankl, 1948/1993), é a busca deste sentido a raiz da motivação para a pessoa construir resiliência. “Não se pode conceber algo que condicione o ser humano a ponto de deixá-lo sem a menor liberdade. ... O ser humano, em última análise, se determina a si mesmo. Aquilo que ele se torna - dentro dos limites dos seus dons e do meio ambiente - é ele que faz de si mesmo” (Frankl, 2006, pp.113).

Apesar dos condicionamentos, a pessoa sempre mantém a liberdade de se posicionar, a liberdade de escolher o que quer ser dentro das fronteiras que a vida impõe.

Na verdade, como escreve Rodríguez (2002), na medida em que os pesquisadores foram isolando os fatores promotores de resiliência encontraram fatores em si mesmos óbvios, quase de senso comum. Então, restou a pergunta: o que determina o resultado final da resiliência?

Na fórmula da resiliência proposta por este autor existe um fator que não pode ser definido: o imponderável. Este imponderável está exatamente na liberdade do ser humano para escolher encontrar ou não um sentido para a vida (Frankl, 1946/1989a, 1948/1993, 2006). O encontro deste sentido pode ser percebido fenomenologicamente (Frankl, 1998), ou alguns de seus atributos podem ser quantificados por meio de um teste desenvolvido para este propósito - o *Logotest* (Lukas, 1996).

Este sentido pode ser encontrado em três caminhos, como citado anteriormente: nos valores criativos, vivenciais e de atitude, que são realizados a cada momento presente, respondendo às situações que a vida apresenta (Frankl, 1946/1989a, 1948/1993).

A partir do *imponderável* (Rodríguez, 2002), que compreende a *liberdade humana, a busca de sentido, a força de resistência do espírito* (Frankl, 1946/1989a, 1990, 2006) encontra-se um sentido e, após isto, buscam-se os chamados pilares da resiliência - “atitudes que facilitam a resiliência” (Vanistendael & Lecomte, 2004, p.91).

A resiliência significa: “Comprometer-se em uma nova dinâmica de vida. ... Por isto, a noção de sentido

tem tanta importância, até o ponto de constituir, para muitos, uma necessidade quase vital. O vínculo e o sentido são os dois fundamentos básicos da resiliência” (Vanistendael & Lecomte, 2004, p.91).

Por outro lado, em todas as pesquisas feitas sobre resiliência sempre se encontrou a importância de existir a relação entre a pessoa resiliente e um outro - um amigo, um parente, um conhecido, enfim, alguém com quem se possa compartilhar vivências e em quem se possa confiar.

Frankl (1946/1989a, 1990), quando explicita os caminhos através dos quais se descobre e vivencia o sentido, reporta-se à vivência de amar e ser amado por alguém. Novamente, coloca-se a questão do sentido. Com isto, estão de acordo Vanistendael e Lecomte (2004) ao relatarem que o amor ao próximo pode conferir sentido à existência e que a fé e uma filosofia de vida, expressas em uma religiosidade sem sectarismos, bem como a “capacidade de situar o acidente em uma perspectiva ampla, filosófica”, ajudam a suportar e superar o sofrimento. “Uma pessoa resiliente descobre, por meio da fé, a possibilidade de ser aceita incondicionalmente” (Vanistendael & Lecomte, 2004, p.95).

Aqui se torna importante o conceito de *suprasentido* de Frankl (1946/1989a). Para ele, muitas vezes é difícil ao ser humano compreender o porquê de certas situações dolorosas, porém, a pessoa precisa acreditar por meio da fé e do amor que, se a vida tem sentido, o sofrimento inevitável também o tem. Mesmo que seja quase impossível que este sentido seja entendido racionalmente em uma situação extrema inevitável, ele existe.

Frankl (1946/1989a, 1948/1993) enfatiza que o ser humano é livre para realizar um sentido e escolher o que fazer de sua vida, e esta liberdade expressa-se a cada momento presente, a cada instante. Como os momentos são transitórios, precisa-se vivenciar a atitude mais sensata, sem perder a chance de concretizá-la. Então, construir resiliência é algo que se faz a cada momento, a cada escolha.

Cada momento bem vivido passa a ser uma realização armazenada no terreno do passado (Frankl, 1948/1993). Ou seja, aquilo que foi bem vivido, o que foi experienciado de forma positiva, não pode ser mudado. Todo o passado não pode ser mudado. Então o bem vivido fica guardado no passado, como uma realidade.

O sentido e realização no passado, lembrados, constituem forças para viver melhor o presente e suportar adversidades.

Resiliência e autotranscendência

Faz parte da existência humana olhar para fora de si, olhar para o outro, ou para um trabalho a ser realizado no mundo (Frankl, 1989b). A partir disto, como conseqüência, surge a força para resistir às adversidades.

Vanistendael e Lecomte (2004) afirmam que muitas pessoas, diante de um fato traumático, lançam-se para fora de si (autotranscendência) em direção ao altruísmo e ao testemunho. "O altruísmo não é só uma conseqüência, mas sim uma fonte de resiliência" (p.99).

Resiliência e autodistanciamento: o papel do humor

Diversos pesquisadores explicitaram a importância do humor como fator promotor de resiliência (Canelas, 2004; Job, 2000; Ojeda, 2002; Rodríguez, 2002; Walsh, 2004).

O humor permite uma descarga emocional que alivia a pessoa e permite enxergar a vida de forma otimista (Job, 2000). Produz um efeito tranqüilizante e prazeroso, permitindo que se aceite o que não se pode mudar. Toma-se distância do problema, libera-se o pensamento crítico, encontram-se respostas originais (Ojeda, 2002).

Rodríguez (2002) concorda com esta colocação quando explica que o humor sustenta a identidade grupal e liga-se a um raciocínio que "habilita uma visão alternativa que permita linhas de ação novas" (p.196). A criatividade envolvida no humor contribui para a resiliência.

O autodistanciamento envolve autocompreensão e, portanto, reflexão, inteligência, sabedoria e capacidade crítica. Estes elementos estão presentes na dinâmica da resiliência.

Resiliência e salutogênese

Nesse ponto, é importante ressaltar uma concepção teórica que dá suporte à visão de resiliência e pode ser tema de outro estudo em que também se

verifique a contribuição de Frankl: a salutogênese (Ganyane, 2005).

A salutogênese, assim como a resiliência, é um construto que enfatiza a origem da saúde e os processos geradores de bem-estar, ao invés de priorizar o enfoque na adversidade e na doença (Canelas, 2004; Cuestas, Estamatti & Melillo, 2002; Cyrulnik, 2001; Fontecilla & Cáceres, 1997; Galende, 2004; Ganyane, 2005; Grotberg, 2002; Infante, 2002; Job, 2000; Kotliarenko, Kotliarenko & Lecannelier, 2004; Melillo, Ojeda & Rodríguez, 2004).

Salutogênese é uma palavra que etimologicamente origina-se do latim (*salus*, saúde) e do grego (*genesis*, origem) (Ganyane, 2005). Segundo esta visão, os estressores estão sempre presentes, porém não são positivos ou negativos em si. Assumem seu valor salutogênico ou não de acordo com a resposta do indivíduo a eles. Torna-se importante entender como as pessoas permanecem saudáveis apesar deles - o que vai ao encontro dos estudos de resiliência.

Considerações Finais

O ser humano tem a capacidade de se perceber vivo. Quando começa a pensar criticamente, ou quando lança seu olhar ao mundo, ou ainda conforme vive e reflete, ele nasce existencialmente e faz questionamentos que expressam sua surpresa e perplexidade diante da vida: pergunta-se quem é, o que faz aqui, o que é viver, por que a vida é tão desafiadora, por que existem injustiças e sofrimento. Quer saber se a vida de que dispõe é tudo o que terá, qual o motivo de ter nascido em determinado tempo e lugar, filho de determinados pais. Enfim, pergunta-se se a própria vida faz sentido.

Ao formular respostas a estes questionamentos com base na reflexão e na ação, a pessoa vai configurando sua existência: o caminho se faz ao caminhar. O ser humano tem a particularidade de decidir o que vai se tornar, e a questão do sentido mostra-se essencial: é necessário encontrar um sentido para a vida, um sentido que faça valer a pena viver, um sentido que motive a pessoa a levantar-se de manhã e encarar o novo dia, com seus desafios.

Para compreender a realidade, muitas vezes, buscam-se modelos, espelha-se em exemplos vivenciais, principalmente de familiares e pessoas significa-

tivas, para começar a obter as pistas necessárias às respostas buscadas. Estas também vêm a partir das conseqüências das próprias escolhas e atos. Na medida em que o homem desempenha papéis sociais, na medida em que age e realiza suas tarefas, passa a conhecer-se, formando uma visão de mundo e encontrando um sentido para a vida.

O ser humano precisa encontrar coerência no mundo em que vive para se situar existencialmente. Vive em um mundo ordenado física e biologicamente; e sua mente, além de ordenada, é ordenadora. A confusão e a ambigüidade são vivenciadas como fontes de tensão e desprazer. Quando enfrenta estas angústias existenciais, pode fazer a grande descoberta: a de que este sentido só pode ser descoberto por ele mesmo e por mais ninguém. Cada um é responsável por descobrir o sentido de sua vida. E, na busca deste sentido, a angústia, o vazio e o tédio se dissipam.

Viktor Frankl, em sua obra, descreve as condições (pistas vivenciais) em que isto é possível. O conceito de resiliência mostra as conseqüências de se ter atingido tal objetivo. Compreender este conceito é compreender as condições pelas quais a pessoa pode vir a se tornar capaz de resistir às vicissitudes da vida, uma vez que esta, para a pessoa, é algo que faz sentido.

Em todo ser humano - uns mais, outros menos - o sofrimento atravessa o caminho da vida. Então, é preciso resistir ou, mais que isto, ser flexível como a árvore que se dobra pela pressão do vento e depois volta à posição original. Dobrar-se sem romper, aprender com a adversidade, dar a volta por cima, superar os traumas e dificuldades, encontrar alternativas. Crescer, renovar-se, reconstruir-se diante da dor. Encontrar recursos. Para tudo isso, surge a necessidade da resiliência. Todos precisam construir resiliência em certo grau.

A resiliência torna-se a operacionalização de algumas das conseqüências de se encontrar o sentido da vida.

Para ser resiliente é muito importante o suporte de pessoas (cuidadores) que transmitam apoio e confiança. Mas, mesmo na falta deste suporte, a forte crença em um sentido para a vida e o esforço para realizá-lo podem ser suficientes para superar a adversidade, com muito esforço. Com certeza, serão suficientes para que se assuma uma atitude corajosa diante do

desafio que se apresenta - o obstáculo, a adversidade. Tudo isso foi comprovado por Frankl na experiência em que ele se viu prisioneiro de campos de concentração, mas manteve sua firmeza e seus valores, testemunhando com sua vida a possibilidade de transcender o sofrimento, o que se configura como uma conquista interior.

Construir resiliência é fomentar processos de salutogênese. O trabalho de campo com estes construtos é um exercício de psicologia da saúde e dos recursos que existem nas pessoas e ao redor delas para lidar com a adversidade e, assim, viver com a melhor qualidade de vida possível, apesar dos fatores de risco.

O sentido da resiliência, então, é a busca de sentido da vida, que se traduz em criatividade, aprendizado, superação, crescimento. Dizer e viver um grande SIM à vida, apesar de tudo.

Referências

- Canelas, R. S. (2004). *A Resiliência de crianças em situação de risco em programas sócio-educativos de Belo Horizonte*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Celho Junior, A. G., & Mahfoud, M. (2001). As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. *Psicologia USP*, 12 (2), 95-103.
- Cuestas, A., Estamatti, M., & Melillo, A. (2002). Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda, (Orgs.), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (pp.83-102). Buenos Aires: Paidós.
- Cyrułnik, B. (2001). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*. Buenos Aires: Granica Editora.
- Frankl, V. E. (1989a). *Psicoterapia e sentido da vida*. São Paulo: Quadrante (Originalmente publicado em 1946).
- Frankl, V. E. (1989b). *Um sentido para a vida*. Aparecida: Santuário.
- Frankl, V. E. (1990). *A questão do sentido em psicoterapia*. Campinas: Papirus .
- Frankl, V. E. (1991a). *A psicoterapia na prática*. Campinas: Papirus.
- Frankl, V. E. (1991b). *Psicoterapia para todos: uma psicoterapia coletiva para contrapor-se à neurose coletiva*. Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (1993). *A presença ignorada de Deus*. Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1948).
- Frankl, V. E. (1998). *Senso e valori per l'esistenza: la risposta della logoterapia*. Roma: Città Nuova Editrice. (Originalmente publicado em 1969).

- Frankl, V. E. (2006). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Petrópolis: Vozes.
- Galende, E. (2004). Subjetividad y resiliencia: del azar y la complejidad. In A. Melillo, E. N. S. Ojeda & D. Rodríguez (Orgs.), *Resiliencia y subjetividad* (pp.23-61). Buenos Aires: Paidós.
- Ganyane, E. M. (2005). *Gender differences in salutogenic functioning in military deployment. Un-published master's degree*, University of South Africa, Pretoria, South Africa. Retrieved September 5, 2007, from: [http://etd.unisa.ac.za/ETD-db/theses/available/etd-11172005-114341/unrestricted/00 front.pdf](http://etd.unisa.ac.za/ETD-db/theses/available/etd-11172005-114341/unrestricted/00%20front.pdf).
- Giddens, A. (2002). *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Grotberg, E. H. (2002). Nuevas tendencias en resiliencia. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (pp.19-30). Buenos Aires: Paidós.
- Houaiss, A., & Villar, M. S. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Infante, F. (2002). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. (pp.31-53). Buenos Aires: Paidós.
- Job, J. R. P. P. (2000). *A escritura da resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida*. Tese de doutorado, não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Kotliarenko, M. A., Fontecilla, M., & Cáceres, I. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Kotliarenko, M. A., & Lecannelier, F. (2004). Resiliencia y coraje: el apego como mecanismo protector. In A. Melillo, E. N. S. Ojeda & D. Rodríguez (Orgs.), *Resiliencia y subjetividad* (pp.123-135). Buenos Aires: Paidós.
- Lukas, E. S. (1996). *Logo test: test para la medición de la "realización interior del sentido" y de la "frustración existencial"*. Buenos Aires: Editorial Almagesto.
- Melillo, A. (2004a). Realidad social, psicoanálisis y resiliencia. In A. Melillo, E. N. S. Ojeda & D. Rodríguez (Orgs.), *Resiliencia y subjetividad* (pp.63-76). Buenos Aires: Paidós.
- Melillo, A. (2004b). Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia. In A. Melillo, E. N. S. Ojeda & D. Rodríguez (Orgs.), *Resiliencia y subjetividad* (pp.77-90). Buenos Aires: Paidós.
- Melillo, A., Ojeda, E. N. S., & Rodríguez, D. (2004). *Resiliencia y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Ojeda, E. N. S. (2002). Una concepción latinoamericana: la resiliencia comunitaria. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (pp.67-82). Buenos Aires: Paidós.
- Peter, R. (1999). *Viktor Frankl: a antropologia como terapia*. São Paulo: Paulus.
- Rodríguez, D. (2002). El humor como indicador de resiliencia. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (pp.185-196). Buenos Aires: Paidós.
- Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2004). Resiliencia y sentido de vida. In A. Melillo, E. N. S. Ojeda & D. Rodríguez (Orgs.), *Resiliencia y subjetividad* (pp.91-101). Buenos Aires: Paidós.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: estratégias para su fortalecimiento*. Madrid: Amorrortu Editores.
- Xausa, I. A. M. (1988). *Apsicologia do sentido da vida*. Petrópolis: Vozes.

Recebido em: 31/10/2006
 Versão final reapresentada em: 26/10/2007
 Aprovado em: 26/11/2007

Psicologia da saúde e produção científica¹

Health psychology and scientific output

Geraldina Porto WITTER^{2,3}

Resumo

Este artigo é derivado de uma conferência que apresentou dois conceitos de saúde e algumas de suas implicações para a pesquisa e o trabalho de equipes de profissionais. Como exemplo, apresenta dados originais indicativos de que psicologia da saúde é uma área de pesquisa que apresenta bons indicadores de desenvolvimento nos estudos publicados, como título, autoria e volume de publicações em periódicos. Internacionalmente, não foram encontradas diferenças significativas entre estudos sobre saúde e sobre doença em uma amostra de 300 trabalhos publicados em revistas, livros e teses. No Brasil, a doença tende a ser o foco dos estudos. São também apresentadas considerações concernentes ao desenvolvimento da área e sobre a formação do psicólogo para atuar na área da saúde.

Unitermos: Cientometria. Formação profissional. Psicologia da saúde. Psicólogo.

Abstract

This paper derives from a conference that examined two concepts of health and some of its implications for research and the work of teams of professionals. As an example, it presents original data indicative of the fact that Health Psychology is an area of research that presents good indicators of development with the published studies, such as title, authorship, volume of publications in journals. Internationally, no significant differences between studies on health and disease were present in a sample of 300 papers published in journals, books and dissertations. In Brazil, the disease does tend to be the focus of studies. Considerations are also presented concerning the development of the area and about the professional training enabling the psychologist to work in the health area.

Uniterms: Scientometry. Professional development. Health psychology. Psychologist.

Há um contínuo no ciclo de vida que vai da concepção até a morte, embora em algumas áreas de conhecimento só se considere como ser o organismo nas etapas finais da gestação e, ainda assim, sob certas condições. Ao longo deste ciclo, a maioria dos seres humanos desfruta de saúde durante a maior parte do tempo, com episódios de doença. Alguns apresentam

doenças crônicas que os levam precocemente ao final do ciclo: a morte. Tradicionalmente, o psicólogo trabalha ao longo deste ciclo; alguns enfocam prioritariamente a saúde, e outros, a doença.

A questão enfocada neste texto é analisar como a psicologia da saúde, especialmente em termos de produção científica, está se desenvolvendo. O tema

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da conferência apresentada na III Jornada de Psicologia da Saúde, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, em 2/6/2006.

² Universidade Camilo Castelo Branco, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Coordenação da Pós-Graduação *Stricto Sensu*. R. Carolina Fonseca, 584, Itaquera, 08230-230, São Paulo, SP, Brasil. E-mails: <unicastelo@unicastelo.br>; <gwitter@uol.com.br>.

³ Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. São Paulo, SP, Brasil.

questões de saúde subjacente ao conceito A é distribuído ou partilhado por todos os envolvidos, e em B, esse poder está essencialmente nas mãos dos médicos e é influenciado por fatores econômicos e relações de custo-benefício.

Entretanto, pressões diversas têm atenuado um pouco a força do poder exclusivo do médico em questões de saúde. Há que se considerar o efeito do desenvolvimento técnico-científico de outras profissões que atuam na área da saúde e a conscientização da comunidade sobre a abertura trazida pela OMS na conceituação de saúde e dos direitos do consumidor em relação aos serviços. Não se pode esquecer que as questões de saúde tangem aspectos mais abrangentes do que as doenças e o aspecto financeiro. Como exemplo de resultados decorrentes das referidas pressões podem ser lembradas as preocupações mais recentes com as interações médico-paciente, a humanização da medicina e mesmo mudanças no código de ética desta área, para inserir aspectos pertinentes à matéria aqui enfocada (Epstein, 2005; Feitosa, 2001; Savioli, 2004).

No conceito A é a pessoa que constitui o foco da atenção, vista como um ser total e com suas relações sociais e culturais; no conceito B, a pessoa desaparece por trás do paciente, e a doença é que prevalece (Andrade, 1994).

Epstein (2005) lembra que ideários econômicos distintos estão subjacentes aos dois conceitos. No caso de A, a concepção econômica pode ser denominada como de saúde pública, caracterizada por busca de equidade e com uma perspectiva holística. Em B, o ideário denominado economia da saúde é mais pragmático e preocupado essencialmente com os custos. Um exemplo é a preocupação típica que aparece em Webster (2006) e trata da redução dos custos para assegurar a manutenção do grande negócio que se tornou a saúde.

As relações vida/saúde/doença/morte também divergem nos dois conceitos aqui considerados. Em A, trata-se de uma relação esperada. Embora a ênfase seja em vida-saúde, a morte é aceita como um fato natural e impossível de ser vencido. O que importa é a qualidade de vida, o quanto se sente bem a pessoa, o seu conforto biopsicológico. Nestas circunstâncias, a pessoa sem perspectiva de cura para sua doença, por exemplo, um

paciente terminal, deve ser atendido dentro da moderna concepção de medicina paliativa, podendo mesmo se sentir saudável em sua vida social, psicológica e íntima. Já no caso do conceito B, a tendência é a negação da morte e o isolamento do paciente terminal, mesmo em relação aos seus familiares mais próximos, e a rejeição da medicina paliativa.

Em psicologia também são encontrados os dois conceitos, embora em alguns modelos, por sua própria origem e ênfase nos distúrbios, patologias e no tipo de serviço em que se envolvem, a força do conceito B seja preponderante. A despeito do modelo assumido pelo profissional, parece haver um consenso sobre o fato de a psicologia ser prioridade para a saúde, como diz Arnett (2006). A forma como ela contribui para a saúde é que oscila: uns a restringem aos consultórios, clínicas e hospitais, outros dão a ela maior amplitude e apóiam-se mais nos modelos de desenvolvimento e de aprendizagem.

Produção científica em psicologia da saúde

Por séculos e, ainda hoje, a doença foi o foco da atenção dos pesquisadores (conceito B). Embora isto tenha sofrido algumas mudanças, esses pesquisadores ainda se concentram mais nos discursos do que na prática.

Parece oportuno lembrar que estudos com ênfase na saúde têm demonstrado, constantemente, os seus valores intrínsecos na busca do saber e como recurso para prever o futuro, como afirmam Hampson et al. (2006).

Na procura por uma perspectiva geral da relação pesquisa-saúde, foi feito pela autora um levantamento na base *SciELO* (16/3/2006). *SciELO* é uma base bibliográfica nacional, estatal, que cobre as publicações veiculadas nos principais periódicos brasileiros, incluindo todas as áreas do conhecimento. As próprias áreas por assunto disponíveis já evidenciam a tendência referida: foram encontrados 63 trabalhos, sendo mais freqüentes aqueles sobre psicopatologia (n=25) e psicologia clínica (n=15), e os demais, pouco freqüentes, conforme aparece na Tabela 1. Psicologia da saúde ficou em terceiro lugar, com o percentual de 11,11% da produção arrolada no *SciELO* sobre saúde. As demais áreas constantes na base tiveram percentuais mais baixos de ocorrência e, assim, pouco relevantes para se detectar tendências gerais. De

um modo geral, os dados por si só constituem uma evidência de que a preocupação predominante está voltada para a doença.

Como o foco deste trabalho foi a psicologia da saúde, destaca-se aqui toda a matéria levantada nesta área para uma síntese específica dos artigos registrados na SciELO.

Torres (2003) apresenta um trabalho teórico em que enfoca as relações entre psicologia da saúde e bioética, tendo por substrato as questões de vida e morte. Lembra a crescente preocupação com a ética para a qual contribuem as revoluções tecnológica e biológica e o desenvolvimento social. A psicologia da saúde, por atuar em um contexto multidisciplinar desde o seu início, esteve envolvida com a ética, que define limites para a sua ação no ciclo vida-morte. Já Yamamoto e Cunha (1998) fazem uma caracterização dos psicólogos que atuam em hospitais não psiquiátricos na cidade de Natal, que reclamam do “desvio clínico do curso de graduação” e a insuficiente base para trabalhar na área. Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) apresentam um trabalho sobre psicólogos em hospitais no Rio Grande do Norte; na graduação, a maioria dos psicólogos parece não ter usufruído de oportunidade de aprender ou estagiar na área, mas alguns buscaram uma formação em pós-graduação.

Seidl (2005) estudou o enfrentamento em pessoas portadoras de HIV/AIDS (n=241), levando em consi-

deração variáveis sociodemográficas, e encontrou variedade nas técnicas de enfrentamento, prevalecendo o foco na doença e não na saúde.

Miyazaki, Domingos, Valério, Santos e Rosa (2002) relatam o desenvolvimento do Serviço de Psicologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) que, além do atendimento, implica em oferta de estágio e cursos. Kerbaury (2002) lembra a variedade de conceitos e denominações para a área de comportamento e saúde, mas afirma haver quase um consenso de que se deve focar a prevenção, o tratamento e ser multidisciplinar. Já Souza e Carvalho (2003) analisam o Programa da Saúde da Família, em pesquisa participante, no qual são atendidas aproximadamente 200 pessoas.

Em todos, o enfoque predominante é a perda da saúde, a doença, mesmo quando se trata de discutir aspectos mais subjetivos, como qualidade de vida. Assim, para uma perspectiva mais abrangente, foi realizada pela autora uma busca no PsycINFO, cobrindo o período de janeiro a abril de 2006, utilizando-se o termo *Health Psychology* como critério de pesquisa. A PsycINFO é a principal base bibliográfica sobre psicologia no mundo, gerenciada pela *American Psychological Association*.

Os resultados encontrados aparecem na Tabela 2. Das 27 555 fontes registradas no período, 68,40% eram artigos, 17,86% teses, 9,97% livros ou capítulos de livros e 3,77% outros tipos de documentos. A alta concentração em periódicos ($\chi^2_o=105,83$, n.g.l=3, $p\leq 0,05$, $\chi^2_c=7,82$) está dentro do esperado cientometricamente, permitindo concluir que a distribuição encontrada é indício de área bem desenvolvida (Población, Witter & Silva, 2006).

Para verificar quais temas estão sendo enfocados pelos autores, optou-se por fazer uma amostra de cada tipo de suporte. Constituiu-se uma amostra sistemática de 100 referências de cada tipo, seguindo a ordem em que se apresentavam na base. Os resultados aparecem

Tabela 1. Temas abordados em psicologia da saúde no PsycINFO (janeiro-abril de 2006).

Área	F	%
Psicopatologia	25	39,68
Psicologia clínica	15	23,80
Psicologia da saúde	7	11,11
Pesquisa em saúde	4	6,35
Pesquisa social em saúde	2	3,17
Psicologia médica	2	3,17
Pesquisa em saúde e educação	1	1,59
Pesquisa em saúde coletiva	1	1,59
Pesquisa em serviços de saúde	1	1,59
Pesquisa epidemiológica	1	1,59
Psicologia hospitalar	1	1,59
Psiconeuroimunologia	1	1,59
Psiconeuroendocrinologia	1	1,59
Pesquisa em seres humanos	1	1,59
Total	63	100,00

Tabela 2. Psicologia da saúde no PsycINFO (Janeiro-abril de 2006).

Tipo de documento	F	%
Artigos	18,848	68,40
Teses	4,920	17,86
Livros/capítulos	2,747	9,97
Outros	1,040	3,77
Total	27,555	100,00

na Tabela 3, totalizando 300 referências, suficientes para detectar as tendências temáticas de forma nítida.

No conjunto dos textos (Tabela 3), prevalece a categoria doenças/problemas psicológicos e sociais, com 30,33%; a seguir, aparecem as práticas de saúde, com 24,00%, e metodologia, com 10%. Todavia, se aglutinadas algumas categorias, é a saúde (mais do que a doença) que prevalece: 6% dos trabalhos enfocaram a opinião de pessoas sobre o que é saúde, 2,67% trataram da religiosidade e seu impacto na preservação e recuperação da saúde e 1,33% estabeleceram condições para uma relação saudável entre sexualidade e saúde.

Vale destacar a preocupação com questões metodológicas. Guardadas as limitações da análise aqui realizada, o quadro internacional apresenta um equilíbrio entre o olhar prioritário à saúde, à doença e a aspectos mais neutros. Para testar esta possibilidade, foram recompostas as categorias e reagrupadas em: doença (n=91), saúde (opinião + práticas + religiosidade + sexualidade=102) e neutra (história + legislação + mídia + metodologia + negócios + profissionais + serviços e programas=107). O teste de χ^2 entre as três grandes categorias resultou em $\chi^2_o=29,57$ ($H_o: \chi^2=zero$, n.g.l=2, $p \leq 0,05$ e $\chi^2_c=5,99$) (Siegel, 1956), ou seja, doença ficou abaixo do esperado, enquanto saúde e trabalhos neutros ficaram com frequências superiores ao esperado, ocorrendo a rejeição de H_o . Para detalhar mais a análise, foi feito o teste de χ^2 comparando-se estritamente as categorias doenças/problemas psicológicos e sociais (n=91) com os totais das duas mais explicitamente associadas à saúde (práticas de saúde e

perspectiva/opinião sobre saúde), que alcançaram $F=90$. Neste caso, $\chi^2_o = zero$, portanto menor que $\chi^2_o=3,84$ (n.g.l=1, $p \leq 0,05$), permitindo concluir que a atenção dos autores da base PsycINFO está distribuída de forma relativamente homogênea entre saúde e doença, possivelmente refletindo um crescimento do conceito A de saúde. Aliás, este crescimento era esperado, face aos dados apresentados por Andrade (1994). Comparando com a base nacional, a situação é muito diferente; pode-se dizer que o conceito B ainda é mais forte no Brasil.

Um excelente exemplo desta perspectiva equilibrada de psicologia da saúde encontrada no exterior é o livro de Worell e Goodheart (2006), no qual saúde é o alicerce subjacente nos 50 capítulos, embora em vários deles a doença seja o foco principal, como no de Marsh (2006) sobre distúrbios emocionais e doenças mentais graves. A maioria trata mesmo é do desenvolvimento saudável e da preservação da saúde (Halper, 2006; Reynolds & Repetti, 2006).

Autoria é uma característica psicométrica que tem merecido a atenção dos avaliadores da ciência (Población et al., 2006), esperando-se equidade de participação por gênero e predomínio de trabalhos em equipe. A análise das cem teses destacadas para estudo, por sua natureza, só contempla estudos de autoria única, mas permite a avaliação por gênero. Foram definidas as categorias masculino, feminino e indeterminada (quando não foi possível definir o gênero apenas com base no nome da pessoa). Por exemplo, o trabalho de Martin (2006) sobre relações de adaptação, perfeccionismo,

Tabela 3. Amostras (n=100) de tipos de suporte da informação no PsycINFO (2006 até 19/5 (2006)): assuntos enfocados.

Assunto	Livros	Testes	Artigos	Total	%
Doenças/problemas psicológicos sociais	21	44	26	91	30,33
História	2		6	8	2,67
Legislação	8	4	1	13	4,33
Mídia e saúde			9	9	3,00
Metodologia	10	6	14	30	10,00
Negócios	2	1	3	6	2,00
Perspectiva/opinião sobre saúde	8	6	4	18	6,00
Práticas de saúde	25	29	18	72	24,00
Profissionais	14	5	3	22	7,33
Religiosidade	3	1	4	8	2,67
Serviços/programas	3	4	12	19	6,33
Sexualidade e saúde	4			4	1,33
Total	100	100	100	300	99,99

estresse e ajustamento psicológico registrou-se em masculino; a pesquisa de Helfritz (2006) sobre agressividade foi para a categoria feminina, e o trabalho de Abdullah-Al-Mamun (2006) sobre cigarro e adição, taxação e saúde foi marcado na categoria indeterminado. Verificou-se que 30% dos trabalhos eram de autoria masculina e 47% feminina, ficando os indeterminados com 23%. O teste χ^2 entre os gêneros masculino e feminino resultou em 3,75, portanto, inferior ao $\chi^2_c = 3,84$ ($p \leq 0,05$, n.g.l.=1). Pode-se inferir que embora mais mulheres tenham defendido teses do que o fizeram os homens, estatisticamente não houve diferença entre eles.

Outro indicador forte de desenvolvimento de uma área científica é o predomínio de trabalhos realizados em equipe, ou seja, publicações com autoria múltipla (dois ou mais autores) em lugar de trabalhos individuais. Para verificar este preditor de desenvolvimento na área, foi analisada a autoria nas cem referências de artigos de periódico do PsyclINFO. Encontrou-se 4% de trabalhos para os quais não constou autor (*No authorship indicated*), como no texto *One hundred years ago: asylum report* (2006). Foram assinados por mais de um autor 69% dos trabalhos. Um exemplo é o de Kashi e Ganesh (2006), que trata de uma questão cada vez mais presente na área: a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde. Os restantes (27%) foram assinados por uma única pessoa, como o trabalho de King (2006) sobre preparo de psicólogos e da psicologia para os novos tempos na área da saúde. Para verificar se havia diferença estatística entre a ocorrência de trabalhos de autoria múltipla e única foi feito o teste χ^2 , resultando em 18,36 ($\chi^2_c = 3,84$, $p \leq 0,05$), o que permite concluir que é estatisticamente significativa a diferença. Vale dizer que houve grande ocorrência de trabalhos em autoria múltipla, um forte indicador de bom desenvolvimento da área, mas a formação de equipes ainda precisa ser mais estimulada.

Outro aspecto importante de um trabalho científico é o seu título, já que é o primeiro contato do leitor com o texto e tem suas palavras substanciais usadas para registro nas bases de dados. Deve ser claro, preciso e sucinto. Espera-se que tenha até 12 vocábulos, embora às vezes as bases, periódicos e eventos restrinjam até 10. Também é considerado um dado que serve de indicador de desenvolvimento científico da área respeitar estes limites (Población et al., 2006). No caso das

teses aqui enfocadas, o registro foi de 42% com os títulos dentro das dimensões esperadas, e 58% as que excederam. O teste de significância resultou em $\chi^2_c = 2,56$, inferior ao valor crítico ($\chi^2_c = 3,84$, $p \leq 0,05$, n.g.l.=1). Vale dizer que há equidade estatística entre o número de trabalhos dentro e fora do esperado. Pode-se dizer que há necessidade de maior criticidade, criatividade e cuidado na elaboração dos títulos dos trabalhos na área de psicologia da saúde para que alcancem padrões já atingidos em outras áreas da psicologia (Buriti, 2003; Carelli, 2002; Pacheco, 2003).

Os dados apresentados mostram desenvolvimento diferenciado no Brasil e no exterior, mas as perspectivas gerais são positivas. Parece oportuno tecer algumas considerações sobre o futuro na área, o que é feito a seguir.

A psicologia da saúde é uma área que vem crescendo rapidamente em nível nacional e internacional, como se pode deduzir do número de trabalhos indexados na base PsyclINFO. Entretanto, há necessidade de muitas melhorias no setor, tanto técnico-científicas quanto culturais, sendo as últimas mais lentas e difíceis de conseguir.

O primeiro aspecto trata da concepção de saúde mantida pela população em geral e pelos profissionais da área, pelos governos e mesmo pelos sistemas de saúde e empresas de seguro-saúde, como aparece em Romanow (2006). Há necessidade de mais pesquisas na área, de um amplo debate e busca de bases consensuais mais válidas para definir os vários aspectos envolvidos.

O segundo aspecto diz respeito às mudanças nos sistemas de saúde-doença, seja na dimensão econômica, na inserção dos vários tipos de profissionais da área ou na ênfase em tópicos diversos. Mudanças na área são prementes e envolvem muitas questões além da financeira. Há um certo comodismo na manutenção do estado vigente, embora as críticas sejam freqüentes.

O terceiro aspecto enfoca as mudanças na própria psicologia, desde a sua concepção, passando por uma revisão de sua estruturação em áreas, particularmente da saúde. Há necessidade de rever suas ênfases temáticas, de olhar o ser humano globalmente e não apenas como portador de problemas biopsicossociais. Ao homem devem-se oferecer programas de prevenção, além dos de remediação. No Brasil tem-se privilegiado o segundo caso, o que requer correção. Essas mudanças

precisam ser objeto de consideração e discussão no âmbito das universidades.

O quarto aspecto decorre do anterior e é básico para qualquer mudança. Considerando que muitas das mudanças precisam primeiramente ocorrer na universidade, quer em termos de pesquisas, quer de formação de recursos humanos, é preciso que essas instituições revejam o que estão oferecendo em termos de saúde, como bem lembra McDermott (2005).

No Brasil, há premente necessidade de mudanças curriculares de cunho técnico-científico na formação do psicólogo, para que este profissional possa construir seus planos de ação junto a colegas de outras áreas. Como lembra Johnson (2003), há necessidade de o psicólogo desenvolver competências para atuar em saúde com pessoas que se consideram saudáveis. Também precisa saber trabalhar com pessoas com doenças diversas. O treino para atuação clínica psicológica é insuficiente, com sérios conflitos decorrentes, quando esta atuação é transportada para setores como hospitais, atendimento a doentes crônicos, empresas etc. Deve haver equilíbrio na formação entre saúde e doença (Yamamoto & Cunha, 1998; Yamamoto et al., 2002), com ensino eficiente e atual (Hill IV, 2006).

Precisa ser revista também a formação oferecida pelos cursos de doutorado (Arnett, 2006) que, muitas vezes, acabam por hiperdimensionar a doença, sem dar relevância ao conhecimento do que seja o "normal". O autor refere-se à formação no Canadá, que ele considera relativamente limitada em questões de saúde, sofrendo de formação em decorrência da ênfase clínica de muitos programas que refletem o predomínio do regime de privilegiar a doença sobre o desenvolvimento de um real sistema de saúde, mantendo a fragmentação dos serviços de saúde física e mental. Além disso, tanto na graduação como na pós-graduação, a prática da interdisciplinaridade deve ser uma constante, segundo Kerbaury (2002).

O quinto aspecto diz respeito às prioridades de pesquisa. Tendo por base alguns autores já referidos, é prioritário conhecer a saúde e o que caracteriza as pessoas saudáveis. Arnett (2006) considera que o fato de o governo canadense encaixar a psicologia como disciplina da saúde não está correto, pois a maioria dos profissionais da área pouco sabe sobre saúde e sistema de saúde. Pouco podem contribuir, devido à sua forma-

ção de olhar essencialmente clínico, para melhorar o sistema de saúde. Para serem efetivos, precisariam pesquisar mais sobre saúde, novas tecnologias e desenvolver "uma vasta gama de atividades ligadas ao domínio da saúde" (p.32).

Podem-se acrescentar aqui as considerações de Chalitzk (2006), que afirma que para haver progresso substancial na área é necessário capacidade para saber usar as evidências empíricas, com base em dados estatísticos, para sustentar a prática. Além de novas pesquisas, é necessário fazer revisões usando a metodologia da meta-análise. Entretanto, é preciso lembrar que, como diz Ockene (2006), ao se referir especificamente à medicina comportamental, não basta para desenvolver a saúde contar com uma contribuição científica persistente, se não houver grande efeito desta na saúde pública.

Considerações Finais

Convivem na atualidade dois conceitos de saúde, embora a mistura de partes deles possa ocorrer. Isto se reflete no atendimento, nos programas e nas pesquisas, já que eles estão explícita ou implicitamente presentes na ação e no direcionamento da busca de conhecimentos na área. Embora a produção no exterior seja rica e enfoque tanto saúde como doença, no Brasil ela ainda é tímida e tende a olhar mais para a doença.

De um modo geral, pode-se dizer que a área está em desenvolvimento, com alguns indicadores promissores, mas há muito por fazer para que alcance patamares mais elevados. Isto requer que sejam revistos seus objetivos, conceitos, referenciais conceituais, a formação do psicólogo e a reestruturação da própria psicologia em termos de áreas e sub-áreas. Há muito por pesquisar e discutir para que os avanços científicos realmente contribuam para mudar a realidade. Os psicólogos podem fazer muito no setor e devem fazê-lo baseados em uma visão multidisciplinar.

Referências

- Andrade, C. R. F. (1994). *Fonoaudiologia preventiva: discursos científico-pedagógico, modelo teórico e vocabulário técnico-científico*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo.
- Abdullah-Al-Mamun, K. S. (2006). Three essays on cigaret addiction, taxation and health. *Dissertation Abstract*

International: section A. Humanities and Social Sciences, 66 (7A), 2654.

- Arnett, J. L. (2006). La psychologie et la santé. *Canadian Psychology*, 47 (1), 33-35.
- Buriti, M. S. L. (2003). *Psicologia do esporte: análise da produção científica via periódicos*. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Carelli, A. E. (2002). *Produção científica em leitura: dissertações e teses (1990-1999)*. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Epstein, T. (Org.). (2005). *A comunicação também cura na relação entre médico e paciente*. São Paulo: Angellara.
- Feitosa, L. (2001). *Humanização nos hospitais*. Fortaleza: Premius.
- Halpen, D. F. (2006). *Girls and academic success: changing patterns of academic achievement*. In J. Worrell & C. D. Good Heart (Orgs.), *Handbook of girls' and women's psychological health* (pp.272-282). London: Oxford University Press.
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T., & Dubanoski, J. P. (2006). Forty years on: teacher's assessments of children's personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes in middle life. *Health Psychology*, 25 (1), 57-64.
- Helfritz, L. E. (2006). Looking for trouble? Processing of threat in impulsive and premeditated aggression: an event-related potential study. *Dissertations Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66 (7B), 3990.
- Hill IV, G. W. (2006). The society for the teaching of psychology: a psychology teacher's best friend. In W. Buskit & S. F. Davis (Orgs.), *Handbook of the teaching of psychology* (pp.23-28). Malden: Blackwell.
- Johson, N. G. (2003). A step in the right direction: comment on Belar et al (2001) Prevention and treatment. Retrieved October 22, 2005, available from http://journals.apa.org/prevention/volume_6/pre00628c.html
- Kashi, K., & Ganesh, L. S. (2006). Spirituality in health care organizations. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32 (2), 159-167.
- Kerbaury, R. R. (2002). Comportamento e saúde: doenças e desafios. *Psicologia USP*, 13 (1), 11-28.
- King, M. C. (2006). Preparing psychology and psychologists for new health care markets. *Canadian Psychology*, 47 (1), 51-56.
- Marsh, D. T. (2006). Serious emotional disturbance and serious mental illness. In J. Worell & C. D. Good Heart, (Orgs.), *Handbook of girls' and women's psychological health*. Oxford: Oxford University Press.
- Martin, J. L. (2006). Relations between adaptive and maladaptive perfectionism, stress, and psychological adjustment. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66 (7B), 3.989.
- McDermott, R. J. (2005). Inside the academy. *American Journal of Health Behavior*, 30 (2), 221-222.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valério, N. I., Santos, A. R. R., & Rosa, L. T. B. (2002). Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13 (1), 29-53.
- Ockene, J. K. (2006). Fulfilling our assignment to improve the health of all: good science just isn't enough. *Annals of Behavior Medicine*, 31 (1), 14-20.
- One hundred years ago: asylum report (2006). *British Journal of Psychiatry*, 188 (1), 90.
- Pacheco, E. M. C. (2003). *Avaliação psicológica: avaliação de periódicos*. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Poblacion, D. A., Witter, G. P., & Silva, J. F. M. (Orgs.) (2006). *Comunicação & produção científica: contexto, indicadores e avaliação*. São Paulo: Angellara.
- Reynolds, B. M., & Repetti, R. L. (2006). Adolescent girls' health in the context of peer and community relationships. In J. Worell & C. D. Good Heart (Orgs.), *Handbook of girls' and women's psychological health* (pp.292-300). Oxford: Oxford University Press.
- Romanow, R. J. (2006). Le régime d'assurance-maladie du Canada-Arrive-t-il à un tournant? *Canadian Psychology*, 47 (1), 9-18.
- Savioli, R. M. (2004). *Milagres que a medicina não contou*. São Paulo: Gaia.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 421-429.
- Siegel, S. (1956). *Non parametric statistics for the behavioral Sciences*. New York: McGraw Hill Book Co.
- Souza, R. A. & Carvalho, A. M. (2003). Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 515-523.
- Torres, W. C. (2003). A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (3), 475-482.
- Webster, P. (2006). US big businesses struggle to cope with health-care costs. *Lancet*, 367 (9505), 101-102.
- Yamamoto, O. H., & Cunha, I. M. F. F. O. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11 (2), 345-362.
- Yamamoto, O. H., Trindade L. C. B. O., & Oliveira T. S. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia-USP*, 13 (1), 217-246.
- Webster, P. (2006). US big businesses struggle to cope with health: care costs. *Lancet*, 365 (9505), 101-102.
- Worell, J., & Goodheart, C. D. (Orgs.). (2006). *Handbook of girls' and women's psychological health*. Oxford: Oxford University Press.

Recebido em: 23/10/2006

Versão final reapresentada em: 13/4/2007

Aprovado em: 22/5/2007

O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais

The process of aging in today's world: chronological, biological, psychological and social aspects

Rodolfo Herberto **SCHNEIDER**¹

Tatiana Quarti **IRIGARAY**¹

Resumo

O objetivo deste artigo é indicar aspectos que configuram o processo de envelhecimento na sociedade atual, especificamente as diferentes conceituações utilizadas para definir este processo em relação aos aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais envolvidos. A partir desta revisão da literatura, conclui-se que a idade cronológica não é a única forma de mensurar o processo de envelhecimento, sendo este uma interação de fatores complexos que apresentam uma influência variável sobre o indivíduo e que podem contribuir para a variação das intempéries da passagem do tempo. Biologicamente, os eventos ocorrem ao longo de certo período, mas não necessariamente o tempo é a causa destes eventos.

Unitermos: Crenças em relação à velhice. Fases de ciclo da vida. Idoso.

Abstract

The aim of this study is to indicate aspects that characterize the aging process in today's society, specifically the different conceptualizations used to define this process with regard to the chronological, biological, psychological and social aspects involved. Through this review of the literature, it may be concluded that chronological age is not the only way of measuring the aging process, this being an interaction of complex factors which have a variable influence on the individual and which may contribute to the inconstant inclemency of the passage of time. Thus, biologically, events occur over a certain period of time, but time is not necessarily the cause of these events.

Uniterms: Beliefs toward aging. Life cycle stages. Aged.

A etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais

produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo.

O pressuposto deste estudo é analisar os aspectos envolvidos no processo de envelhecimento, enfocando a importância do contexto social na

♦♦♦♦♦

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia. Av. Ipiranga, 6690, 3º andar, Jardim Botânico, 90610-000, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: T.Q. IRIGARAY. E-mail: <tati.irigaray@ig.com.br>.

determinação da idade da velhice, pois indivíduo e sociedade estão relacionados diretamente. A relação entre os aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e culturais é fundamental na categorização de um indivíduo como velho ou não. A pessoa mais velha, na maioria das vezes, é definida como idosa quando chega aos 60 anos, independentemente de seu estado biológico, psicológico e social. Entretanto, o conceito de idade é multidimensional e não é uma boa medida do desenvolvimento humano. A idade e o processo de envelhecimento possuem outras dimensões e significados que extrapolam as dimensões da idade cronológica.

Em todo o mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária em todo o mundo. A população de idosos, pessoas com 60 anos ou mais, cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O Brasil, até 2025, será o sexto país em número de idosos (World Health Organization - WHO, 2005).

O aumento do número de anos é decorrente da redução nas taxas de fertilidade e do acréscimo da longevidade nas últimas décadas. Em todo o mundo, observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade. Além disso, estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher). Atualmente, 70 países já possuem taxa de fertilidade menor que o nível de reposição, sendo que em 1975 apenas 22 países possuíam esse índice (WHO, 2005).

Atualmente, os especialistas no estudo do envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os *idosos jovens*, os *idosos velhos* e os *idosos mais velhos*. O termo *idosos jovens* geralmente se refere a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os *idosos velhos*, de 75 a 84 anos, e os *idosos mais velhos*, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Embora esta categorização seja bastante usual, cada vez mais as pesquisas revelam que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea, vivida como uma experiência individual. Algumas pessoas, aos 60 anos, já apresentam alguma

incapacidade; outras estão cheias de vida e energia aos 85 anos (Bee, 1997).

Outra classificação muito usada é por idade funcional, isto é, o quão bem uma pessoa funciona em um ambiente físico e social em comparação a outras de mesma idade cronológica. Por exemplo, uma pessoa de 90 anos com boa saúde física pode ser funcionalmente mais jovem do que uma de 65 anos que não está (Papalia et al., 2006). A distinção entre *idosos jovens*, *idosos velhos* e *idosos mais velhos* pode auxiliar no entendimento de que o envelhecimento não é algo determinado pela idade cronológica, mas é consequência das experiências passadas, da forma como se vive e se administra a própria vida no presente e de expectativas futuras; é, portanto, uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época, e nele estão envolvidos diferentes aspectos: biológico, cronológico, psicológico e social.

Imagens da velhice

Mesmo nos dias atuais, o envelhecimento aparece associado a doenças e perdas, e é na maioria das vezes entendido como apenas um problema médico. Para Neri e Freire (2000), o envelhecimento ainda está ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade. "Na base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência" (Neri & Freire, 2000, p. 8). A velhice começou a ser tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais a partir da segunda metade do século XIX. O avanço da idade dar-se-ia como um processo contínuo de perdas e de dependência, que daria uma identidade de falta de condições aos idosos e seria responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice (Debert, 1999).

As associações negativas relacionadas à velhice atravessaram os séculos e, ainda hoje, mesmo com tantos recursos para prevenir doenças e retardá-la, é temida por muitas pessoas e vista como uma etapa detestável. A célebre frase de uma artista brasileira idosa famosa, "o envelhecimento é a prova de que o inferno existe" (grifo nosso), demonstra o quanto a velhice é uma

experiência individual que pode ser vivenciada de forma positiva ou negativa, em consonância com a história de vida da pessoa e da representação de velhice que está enraizada na sociedade em que vive. Assim, pode-se inferir que não importa a quantidade de anos que o indivíduo tem, mas sim, o que ele fez com os anos vividos, e como a sociedade trata alguém com aquela idade.

Estudos realizados em sociedades não ocidentais apresentam imagens positivas da velhice e do envelhecimento, ensinando que a representação de velhice enraizada nas idéias de deterioração e perda não é universal. À medida que o envelhecimento é documentado em outros povos, constata-se que ele é um fenômeno profundamente influenciado pela cultura (Uchôa, 2003).

As concepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias. Na época contemporânea, florescer do século XXI, ao mesmo tempo em que a sociedade potencializa a longevidade, ela nega aos velhos o seu valor e sua importância social. Vive-se em uma sociedade de consumo na qual apenas o novo pode ser valorizado, caso contrário, não existe produção e acumulação de capital. Nesta dura realidade, o velho passa a ser ultrapassado, descartado, ou já está fora de moda. Pode-se entender um pouco mais a dinâmica da sociedade atual nas palavras de Pacheco (2005), que toma como exemplo o fenômeno dos aparelhos celulares:

Em poucos anos, eles se modificaram centenas de vezes. Desenhos modernos, bonitos e funcionais são criados para que as pessoas pareçam antenadas, jovens e bem-sucedidas. O medo da transformação que surge com a velhice assemelha-se um pouco ao fenômeno dos celulares. Tem-se medo de envelhecer como se tem receio de ser ridicularizado ao usar o aparelho antigo de dez anos, como os tijolões dos 'tiozinhos'. O ser humano envelhecido é-nos apresentado, pela ideologia dominante, como o aparelho ultrapassado. Fala, mas ninguém quer! (p. 65).

O *status* reduzido das pessoas idosas é também devido à ênfase contemporânea na juventude, beleza, autonomia, independência e na habilidade de ser produtivo ou reprodutivo. Assim, "ser velho" assume

uma conotação negativa, remetendo à perda de atributos tão valorizados pelo meio social e, simultaneamente, pelo próprio idoso. Para Jones (2006), o significado social relacionado às pessoas mais velhas é amplamente negativo, embora não seja exclusivamente assim. Os estereótipos negativos são atribuídos principalmente pelos próprios idosos, que não se reconhecem como tal e falam da categoria "velho" como se não fizessem parte da mesma. Tal atitude seria uma falsa consciência ou uma atitude preconceituosa?

Por que a percepção da maioria das pessoas sobre os idosos é pior do que a realidade? Por que muitos têm preconceito contra os idosos e a velhice? Uma das razões, segundo Berger (1994), é que a cultura nos Estados Unidos enfatiza o crescimento, a força e o progresso, com uma exagerada veneração aos jovens. Outra explicação dada por ele é que, para muitas pessoas, interagir com velhos é lembrar-se da proximidade com a morte. Assim, o preconceito serviria como fator protetor porque manteria afastadas as idéias de declínio e de morte. De acordo com Papalia et al. (2006), o envelhecimento é visto em diversas culturas como indesejável. Os estereótipos refletem idéias errôneas comuns, como: as pessoas idosas são doentes, são rabugentas e excêntricas. Esses estereótipos são prejudiciais e geram uma imagem distorcida da velhice, pois se sabe que a maioria dos idosos não é doente, além de apresentarem dimensões de personalidade que teceram ao longo de toda a vida.

Para Helman (2005), na sociedade moderna as pessoas idosas tendem a ter um *status* muito mais baixo, pois, atualmente, é o jovem que freqüentemente tem maiores habilidades e um conhecimento mais amplo em determinadas áreas da vida. Os jovens são mais hábeis para absorver e compreender as últimas inovações tecnológicas, e em uma velocidade muito mais rápida. Eles têm acesso a muito mais fontes exteriores de conhecimento do que tiveram seus pais e avós pelos meios de comunicação, livros e internet.

Embora a velhice seja nada além do que um construto social, o preconceito continua florescendo. A idade é uma categoria embutida dentro dela mesma, é discutível e obsoleta. Enquanto todos os outros estágios da vida são planejados e construídos social e culturalmente e não existem conflitos para eliminar a infância, a adolescência e a idade adulta do panorama do

desenvolvimento humano, a velhice é colocada à margem (Andrews, 1999), pois ao mesmo tempo em que as pessoas querem viver muito, não querem ficar velhas nem se parecer com velhos.

Qual o nome da velhice?

Atualmente, percebe-se uma proliferação dos termos utilizados para se referir às pessoas que já viveram mais tempo ou à fase da vida anteriormente chamada apenas de velhice. Entre os termos mais comuns estão: terceira idade, melhor idade, adulto maduro, idoso, velho, meia-idade, maturidade, idade maior e idade madura (Neri & Freire, 2000).

Ainda é comum que a maioria das pessoas mais velhas resista a ser chamada de velha. Segundo Ferreira (2000), a palavra “velho” significa muito idoso, antigo, gasto pelo tempo, experimentado, veterano, que há muito tempo exerce uma profissão ou tem certa qualidade, desusado, obsoleto. Nesta breve definição, percebem-se os vários sentidos negativos da palavra velho como algo já ultrapassado, descartado e fora de moda. De acordo com Gibson (2000), atitudes preconceituosas e estereótipos sociais estão também incorporados na linguagem e, provavelmente, levarão muitos anos para ocorrerem mudanças nesse sentido. Para ele, a palavra velho não significa decrepitude, desgaste, fora de moda, mas simplesmente se refere ao número de anos que a pessoa viveu.

A palavra terceira idade, atualmente tão usada, teve sua origem na França, na década de 1960, e era utilizada para descrever a idade em que a pessoa se aposentava. A primeira idade seria a infância, que traduziria uma idéia de improdutividade, mas com possibilidade de crescimento. Já a segunda idade seria a vida adulta, etapa produtiva. Na época em que a expressão terceira idade foi criada, procurou-se garantir a atividade das pessoas depois da aposentadoria, que ocorria na França por volta dos 45 anos. Com o avanço contínuo da esperança de vida, a expressão “terceira idade” passou a designar a faixa etária intermediária, entre a vida adulta e a velhice (Neri & Freire, 2000). Desta forma, o uso do termo terceira idade torna-se inadequado para descrever o grupo de indivíduos com 60 anos ou mais, e traz ainda uma conotação negativa ao termo velhice, porque se compreende que quem está na terceira idade ainda

não é velho (Araújo & Carvalho, 2005). Para Prado (2002), terceira idade é uma criação recente no mundo ocidental. “O fenômeno do envelhecimento populacional, marcante no século XX, empurrou a velhice para idades mais avançadas” (p. 12).

Os termos “amadurecer” e “idade madura” também são muito utilizados e significam a sucessão de mudanças ocorridas no organismo e a conquista de papéis sociais e de comportamentos considerados próprios ao adulto mais velho (Neri & Freire, 2000). “A preferência por termos como terceira idade ou idade madura pode parecer um eufemismo, palavra de origem grega que significa soar bem” (p.14). O uso de tantos termos e expressões tem por objetivo “soar bem, mascarando o preconceito e negando a realidade. Se não houvesse preconceito, não seria necessário disfarçar nada por meio de palavras” (p.18). Segundo as mesmas autoras, as pessoas que viveram mais tempo devem ser chamadas simplesmente de velhas ou idosas.

As palavras, na maioria das vezes, trazem consigo uma forte associação. O termo pensionista, no Reino Unido, é muitas vezes usado como sinônimo de pessoa velha. Lá, é esperado que as avós sejam, por excelência, pessoas velhas. Assim, há uma estreita relação entre ser pensionista, ser avó e ser uma pessoa velha (Bytheway, 1995).

Palavras como *old*, *older*, *elderly* e referências de idade cronológica podem posicionar alguém como velho, mas cada caso precisa ser visto individualmente dentro de realidades próprias (Bytheway, 2000). Posicionar alguém como velho requer atenção a cada detalhe. O posicionamento de alguém como idoso não pode ser simplesmente respondido pela ocorrência de palavras como “avó” ou referência de idade cronológica. Muitas frases que deveriam ser esperadas para posicionar alguém como velho não fazem sentido dentro de todas as circunstâncias. Por exemplo, em algumas situações particulares, tais como um encontro de centenários, ser descrito com 90 anos posiciona alguém como relativamente jovem. As palavras “avó”, “aposentado” e “pensionista” suscitam controvérsias na realidade brasileira porque elas não são sinônimas de “ser velho”. Avó pode ser alguém aos 30 anos ou até um milionário que pode ter se aposentado aos 35 anos (Jones, 2006).

A existência de múltiplas palavras para nomear a velhice revela o quanto o processo de envelhecimento

é complexo, negado, evitado ou mesmo temido. Evidencia claramente a existência de preconceitos, tanto por parte da pessoa idosa quanto da sociedade. As pessoas idosas e a sociedade em geral precisam se reeducar quanto à superação de idéias preconceituosas, pois se tornar velho é aceitar a velhice e ser orgulhoso dos muitos anos que conferem experiência, sabedoria e liberdade.

As idades da velhice

Determinar o início da velhice é uma tarefa complexa porque é difícil a generalização em relação à velhice, e há distinções significativas entre diferentes tipos de idosos e velhices. A idade é um fato pré-determinado, mas o tratamento dado aos anos depende das características da pessoa. Assim, torna-se difícil saber que critérios utilizar para se definir o início da velhice, pois os aspectos que caracterizam este período são questões ainda controversas que provocam inúmeras discussões entre os profissionais, atraindo a atenção de estudiosos.

Na realidade, existem diferentes formas de se definir e conceituar a velhice. Uma delas é a definição preconizada pela Organização Mundial da Saúde, que é baseada na idade cronológica, na qual a definição de idoso inicia aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são reconhecidas como idosas. Entretanto, alguns direitos como a gratuidade no transporte coletivo público urbano e semi-urbano só é concedida aos maiores de 65 anos.

O envelhecimento humano, cada vez mais, é entendido como um processo influenciado por diversos fatores, como gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individuais e coletivos da sociedade, entre outros.

Para San Martín e Pastor (1996), não existe um consenso sobre o que se nomeia velhice porque as divisões cronológicas da vida do ser humano não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural. A velhice não é definida por simples cronologia, mas pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas, o que equivale a afirmar que podem ser observadas dife-

rentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica.

Assim, a idade cronológica deixa de ser um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, passando a ser apenas uma forma padronizada de contagem dos anos vividos, uma vez que existem variações de diferentes intensidades relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade. Segundo alguns estudos, outros eventos, relacionados à vida pessoal, familiar e profissional servem de pontos de referência para mudanças. Desta forma, o envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo complexo e composto pelas diferentes idades: cronológica, biológica, psicológica e social.

Idade cronológica

A idade cronológica, que mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento, é um dos meios mais usuais e simples de se obter informações sobre uma pessoa. Porém, o conceito de idade é multidimensional e, por isso, a idade cronológica não se torna uma boa medida da função desenvolvimental (Hoyer & Roodin, 2003).

Para Schroots e Birren (1990), a idade cronológica pode ser entendida como algo absoluto e nela são fixadas propriedades que podem ser medidas. Ela é medida pelo tempo, empregando-se um padrão absoluto ou escalas de medida. Dada a comparação do tempo com medida, esta definição tende a obscurecer o fato de que o tempo não é fundamentalmente absoluto ou objetivo, mas relativo e subjetivo. Diferentes variáveis de tempo, como tempo histórico, idade (nascimento), coorte podem reduzir o mesmo conceito de tempo físico clássico. Entretanto, este modelo não apresenta necessariamente concomitância com a idade biológica no processo de envelhecimento. Andrews (2000) afirma que é absurdo insistir que a idade cronológica deve fazer parte da identidade. Ela, assim como outros aspectos de identidade, compreende dimensões objetivas e subjetivas.

A idade cronológica refere-se somente ao número de anos que tem decorrido desde o nascimento

da pessoa, portanto não é um índice de desenvolvimento biológico, psicológico e social, pois ela por si só não causa o desenvolvimento. Segundo Hoyer e Roodin (2003), a idade é meramente um marcador aproximado do processo que influencia o comportamento ao longo do tempo.

Idade biológica

A idade biológica é definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana.

As mudanças e as perdas fazem parte do envelhecimento. A partir dos 40 anos, a estatura do indivíduo diminui cerca de um centímetro por década, principalmente devido à diminuição da altura vertebral ocasionada pela redução da massa óssea e outras alterações degenerativas da coluna vertebral. A pele fica mais fina e frável, menos elástica e com menos oleosidade. A visão também declina, principalmente para objetos próximos. A audição diminui ao longo dos anos, porém normalmente não interfere no dia-a-dia. Com o envelhecimento, o peso e o volume do encéfalo diminuem por perda de neurônios, mas, apesar desta redução, as funções mentais permanecem preservadas até o final da vida (Costa & Pereira, 2005).

Idade social

A idade social é definida pela obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social. Um indivíduo pode ser mais velho ou mais jovem dependendo de como ele se comporta dentro de uma classificação esperada para sua idade em uma sociedade ou cultura particular. A medida da idade social é composta por performances individuais de papéis sociais e envolve características como tipo de vestimenta, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança. Ela também se relaciona com as idades cronológica e psicológica (Schroots & Birren, 1990). Para

Neri (2005), "a idade social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade".

Por outro lado, o envelhecimento social deve ser entendido como um processo de mudanças de papéis sociais, no qual são esperados dos idosos comportamentos que correspondam aos papéis determinados para eles. Há papéis que são graduados por idade e que são típicos desta parte da vida. Diferentes padrões de vestir e falar são esperados de pessoas em diferentes idades, e o *status* social varia de acordo com as diferenças e de acordo com a idade (Schroots & Birren, 1990).

A experiência de envelhecimento e velhice pode variar no tempo histórico de uma sociedade, pois o início dela é demarcado em cada época por critérios estabelecidos para agrupar categorias etárias (Neri & Freire, 2000). "A sociedade não o faz com base em pura invenção, mas como resposta a mudanças evolutivas compartilhadas pela maioria das pessoas dos vários grupos etários, seja em virtude de determinação biológica, seja em virtude de determinação histórica e social" (p.14). A idade social corresponde, assim, aos comportamentos atribuídos aos papéis etários que a sociedade determina para os seus membros. Ela é composta por atributos que caracterizam as pessoas e que variam de acordo com a cultura, o gênero, a classe social, o transcorrer das gerações e das condições de vida e de trabalho, sendo que as desigualdades destas condições levam a desigualdades no processo de envelhecer. A cultura tem um importante papel nesse aspecto, pois define como uma sociedade vê os idosos e o processo de envelhecimento. Neri (2001a) afirma que a idade social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis sociais e dos comportamentos esperados para as pessoas da sua idade em um dado momento da história de cada sociedade.

Socialmente, pode-se inferir que a pessoa é definida como idosa a partir do momento em que deixa o mercado de trabalho, isto é, quando se aposenta e deixa de ser economicamente ativa. A sociedade atribui aos aposentados o rótulo de improdutivos e inativos. Com a aposentadoria, muitas vezes se percebe um

rompimento abrupto das relações sociais com outras pessoas com as quais o indivíduo conviveu durante muitos anos. Ocorre, ainda, uma redução salarial considerável e a falta de atividades alternativas fora do ambiente de trabalho.

Pacheco (2005) considera a aposentadoria “um rito de passagem para a velhice, ela acentua sua vinculação à terceira idade, numa sociedade de consumo na qual apenas o novo é cultuado como fonte da renovação, do desejo, da posse” (p. 65). Debert (1999) possui outro entendimento à medida que não considera a aposentadoria uma passagem para a velhice. Para essa autora, a aposentadoria deixou de ser um momento de descanso e recolhimento e tornou-se um período de atividade e lazer. Mais uma vez, percebe-se o quanto a velhice é uma experiência heterogênea e complexa, pois para alguns a aposentadoria pode significar o desengajamento da vida social e, para outros, o início de uma vida social prazerosa, composta por atividades e lazer.

Idade psicológica

O conceito de idade psicológica pode ser usado em dois sentidos. Um se refere à relação que existe entre a idade cronológica e às capacidades psicológicas, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo (Neri, 2005).

Hoyer e Roodin (2003) definem a idade psicológica como as habilidades adaptativas dos indivíduos para se adequarem às exigências do meio. As pessoas se adaptam ao meio pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, estratégias de *coping* etc. Há adultos que possuem tais características psicológicas com graus maiores que outros e, por isso, são considerados “jovens psicologicamente”, e outros que possuem tais traços em graus menores e são considerados “velhos psicologicamente”.

Em parte, a caracterização do indivíduo como velho é dada quando ele começa a ter lapsos de memória, dificuldade de aprendizado e falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com suas capacidades cognitivas anteriores. Sabe-se que mesmo durante o processo de envelhecimento normal,

algumas capacidades cognitivas como a rapidez de aprendizagem e a memória diminuem naturalmente com a idade. No entanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência. Felizmente, na maioria das vezes, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas) e fatores sociais (como a solidão e o isolamento), mais do que o envelhecimento em si (WHO, 2005).

Estudo realizado por Argimon e Stein (2005) revela que o envelhecimento em si não ocasiona mudanças significativas nas habilidades cognitivas: “os idosos, apesar da idade avançada, apresentaram um desenvolvimento de habilidades cognitivas cujo declínio é de intensidade leve, não sendo suficiente para acarretar mudanças significativas no seu padrão cognitivo” (p. 71). Para essas autoras, um dos aspectos que poderia atuar como fator de proteção do declínio cognitivo é a escolaridade, já que “os idosos que tinham mais escolaridade conservaram um melhor resultado no período de três anos em muitas funções cognitivas examinadas” (p.70). Vê-se, também, que a senilidade não é um componente normal do envelhecimento. Desta forma, o idoso não perde a capacidade de raciocínio e a idade não leva ao declínio das funções intelectuais, uma vez que a presença de patologias, e não a idade em si, está envolvida na maior parte dos problemas que interferem nas habilidades cognitivas dos idosos.

Outro conceito de idade psicológica tem relação com o senso subjetivo de idade. Este conceito depende de como cada pessoa avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento com outras pessoas de sua idade (Neri, 2005). O julgamento subjetivo, a estimativa da duração de eventos ou a quantia de tempo decorrida compõem este conceito de idade psicológica, que se correlaciona diretamente com a idade cronológica e o meio.

A idade psicológica pode também ser definida pelos padrões de comportamento adquiridos e mantidos ao longo da vida e tem uma influência direta na forma como as pessoas envelhecem. O envelhecimento é resultado de uma construção que o indivíduo fez durante toda a vida. A auto-eficácia, que é a crença do

indivíduo na capacidade de exercer controle sobre a própria vida, está relacionada às escolhas pessoais de comportamento durante o processo de envelhecimento e à preparação para a aposentadoria. Saber superar as adversidades determina o nível de adaptação a mudanças e a crises próprias do processo de envelhecimento (WHO, 2005). "Homens e mulheres que se preparam para a velhice e se adaptam a mudanças fazem um melhor ajuste em sua vida depois dos 60 anos" (p.27).

Estudos atuais sugerem que os idosos podem apresentar uma imensa capacidade de se adaptar a novas situações e de pensar estratégias que sirvam como fatores protetores. O conceito de resiliência, que pode ser definido como a capacidade de recuperação e manutenção do comportamento adaptativo mesmo quando ameaçado por um evento estressante, e o de plasticidade, caracterizado como o potencial para mudança, são vividos pelos idosos e constituem fatores indispensáveis para um envelhecimento bem-sucedido.

Neri (2001a) define a idade psicológica como "a maneira como cada indivíduo avalia em si mesmo a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos da idade, com base em mecanismos de comparação social mediados por normas etárias" (p.43).

Considerações Finais

Dadas as diferentes dimensões de idade que compõem o processo de envelhecimento, pode-se desenvolver um perfil de idade compreensivo para qualquer indivíduo. Por exemplo, uma mulher de 70 anos pode ter uma boa saúde (idade biológica), mas ter problemas de atenção (idade psicológica). Essa mesma mulher pode se considerar uma excelente professora de línguas, mais do que uma avó. As medidas de idade cronológica, biológica, psicológica e social são relevantes e importantes para a compreensão do processo de envelhecimento, mas não para a sua determinação, pois a velhice é apenas uma fase da vida, como todas as outras, e não existem marcadores do seu começo e do seu fim.

Quando se leva em consideração somente a idade cronológica, está-se falando apenas da passagem do tempo sob o aspecto numérico, ao invés de consi-

derar o envelhecimento como um fenômeno mais amplo no qual outros fatores participam e podem contribuir na variação das intempéries da passagem do tempo. Desta forma, biologicamente, os eventos ocorrem em um período de tempo, mas não por causa dele.

O envelhecimento é um processo complexo e multifatorial. A variabilidade de cada pessoa (genética e ambiental) acaba impedindo o estabelecimento de parâmetros. Por isso, o uso somente do tempo (idade cronológica) como medida esconde um amplo conjunto de variáveis. A idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo.

Os termos criança, adolescente e adulto são usados na vida diária sem nenhum questionamento, no entanto, o termo velho suscita desgostos, e algumas pessoas até mesmo exigem que se deixe de usá-lo. Quando uma criança se torna adolescente, quando um adolescente se torna adulto e quando um adulto de torna idoso? Devido à falta de precisão entre o início e o fim de cada fase do desenvolvimento, estes são agrupamentos úteis, embora limitantes.

Na sociedade atual convive-se com diferentes tempos: o tempo do indivíduo e o tempo social. As regras sociais determinam o tempo para ir à escola, começar uma carreira, casar, ter filhos, ter netos e se aposentar. As pessoas procuram estar dentro do tempo social, sentindo-se mal quando estão atrasadas ou adiantadas. O tempo social é imposto às crianças, adolescentes, adultos e idosos e é um modelo linear de desenvolvimento do qual não se pode fugir. Ele define também em que momento as pessoas são consideradas velhas. Desta forma, a velhice é uma construção social e cultural, sustentada pelo preconceito de uma sociedade que quer viver muito, mas não quer envelhecer.

O uso de inúmeros termos e expressões para se referir às pessoas mais velhas e à velhice revela a existência de preconceitos sociais por parte da sociedade e do próprio indivíduo que envelhece. Ao longo das últimas décadas, cada vez mais os indivíduos envelhecem, mas não querem parecer velhos, pois na sociedade brasileira o idoso carece de maior valorização.

Como o Brasil não é mais um país de jovens, mas sim um país que está envelhecendo, com mais de

15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, estima-se que a maior valorização do idoso possa se concretizar em um futuro próximo, no qual a tendência seria rever os estereótipos associados à velhice. A visão do envelhecimento como sinônimo de doença e perdas evoluiria para a concepção de que esta fase do ciclo vital é um momento propício para novas conquistas e para a continuidade do desenvolvimento e produção social, cognitiva e cultural. As experiências e os saberes acumulados ao longo da vida seriam vistos como ganhos que podem ser otimizados e utilizados em prol do próprio indivíduo e da sociedade. Dentro desta perspectiva, a velhice passaria a ser considerada uma fase boa da vida, não rotulada apenas pelas perdas, mas também reconhecida pelos ganhos e pela administração das transformações, cabendo ao idoso potencializar os próprios recursos e atuar na autoconstrução da subjetividade e da identidade.

Quais serão os efeitos culturais e sociais do número crescente de pessoas idosas na população? As pessoas idosas serão consideradas por suas famílias e comunidades como pessoas respeitáveis ou como pessoas não produtivas?

Referências

- Andrews, M. (1999). The seductiveness of agelessness. *Ageing and Society*, 19 (3), 301-318.
- Andrews, M. (2000). Ageful ans proud. *Ageing and Society*, 20 (6), 791-795.
- Araújo, L. F., & Carvalho, V. A. M. L. (2005). Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Revista de Humanidades*, 6 (3), 1-9.
- Argimon, I. L., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (1), 64-72.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berger, K. S. (1994). *The developing person through the life span*. New York: Worth Publishers.
- Bytheway, B. (1995). *Agism*. Buckingham: Open University Press.
- Bytheway, B. (2000). Youthfulness and agelessness: a comment. *Ageing and Society*, 20 (6), 781-789.
- Costa, E. F. A., & Pereira, S. R. M. (2005). Meu corpo está mudando o que fazer? In J. L. Pacheco, J. L. M. Sá, L. Py & S. N. Goldman (Orgs.), *Tempo rio que arrebat* (pp.13-25). Holambra: Setembro.
- Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Universidade de São Paulo/Fapesp.
- Estatuto do Idoso: (2003). Lei nº10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e das outras providências. Brasília: Senado Federal.
- Ferreira, A. B. H. (2000). *Miniaturélio século XXI escolar: o minidicionário da Língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Gibson, H. B. (2000). It keeps us young. *Ageing and Society*, 20 (6), 773-339.
- Helman, C. G. (2005). Cultural aspects of time and ageing: time is not the same in every culture and every circumstance; our views of ageing also differ [Special Issue]. *European Molecular Biology Organization*, 6 (S1), S54-S58 .
- Hoyer, W. J., & Roodin, P. A. (2003). *Adult development and aging*. New York: The McGraw-Hill.
- Jones, R. L. (2006). 'Older people' talking as if they are not older people: positioning theory as an explanation. *Journal of Aging Studies*, 20 (1), 79-91.
- Neri, A. L. (2001a). O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In A. L. Neri (Org.), *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais* (pp.11-52). Campinas: Papyrus.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Neri, A. L., & Freire, S. A. (Orgs.). (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus.
- Pacheco, J. L. (2005). Sobre a aposentadoria e envelhecimento. In J. L. Pacheco, J. L. M. Sá, L. Py & S. N. Goldman (Orgs.), *Tempo rio que arrebat* (pp.59-73). Holambra: Setembro.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Prado, S. D. (2002). O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro. *Textos Envelhecimento*, 4 (8), 1-12.
- San Martín, H., & Pastor, V. (1996). *La epidemiologia de la vejez*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Schroots, J. J., & Birren, J. E. (1990). Concepts of Time and Aging in Science. In I. Birren, J. E. II. Schaie & K. Warner (Orgs.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp.45-64). London: Academic Press.
- Uchôa, E. (2003). Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 849-853.
- World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Recebido em: 12/9/2006
Aprovado em: 9/11/2006

Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência

Understanding the mothers of children who are victims of sexual abuse: cycles of violence

Samara Silva dos **SANTOS**¹

Débora Dalbosco **DELL'AGLIO**¹

Resumo

O objetivo deste artigo é discutir as características de mães de crianças vítimas de abuso sexual, considerando aspectos como ajustamento emocional, multigeracionalidade e reações maternas frente à revelação. O abuso sexual infantil é considerado um problema de saúde pública e suas conseqüências têm sido foco de interesse de pesquisadores. Entretanto, poucos estudos têm se dedicado a explorar as características maternas envolvidas nesse complexo ciclo de violência. De modo geral, mães de crianças abusadas sexualmente não se configuram como as perpetradoras do abuso, mas de alguma forma encontram-se envolvidas, seja como vítimas ou testemunhas desta situação. Por outro lado, vários fatores influenciam as reações maternas frente à revelação do abuso, tais como a percepção de rede de apoio social e as características de personalidade da mãe, entre outros. Pesquisas têm demonstrado a continuidade da violência entre as gerações, apontando a necessidade de estudos longitudinais sobre o abuso sexual infantil.

Unitermos: Abuso de criança. Mães. Traços de personalidades. Violência sexual.

Abstract

The objective of this article is to discuss the characteristics of mothers of children who are victims of sexual abuse, covering aspects such as emotional reconciliation, multigenerational characteristics and maternal reactions to the disclosure. Child sexual abuse is considered to be a public health problem and its consequences have been a focus of interest of many researchers. However, few studies have been devoted to exploring the maternal characteristics involved in this complex cycle of violence. In general, mothers of sexually abused children are not depicted as perpetrators of the abuse, but in some way they find themselves involved, either as victims of or witnesses to this situation. On the other hand, many factors influence the mothers' reactions when faced with the revelation of the abuse, such as the perceptions of the social support service and the mothers' personality traits, amongst others. Research has demonstrated the continuity of violence from generation to generation, pointing to the need for longitudinal studies on child sexual abuse.

Uniterms: Child abuse. Mothers. Personality traits. Sexual abuse.

O objetivo deste artigo é discutir as características de mães de crianças vítimas de abuso sexual e suas reações frente à revelação. O abuso sexual contra

crianças e adolescentes é considerado um problema de saúde pública devido à sua crescente identificação e conseqüente notificação aos órgãos responsáveis



¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. R. Ramiro Barcelos, 2600, Sala 115, Santa Cecília, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: D.D. DELL'AGLIO. E-mails: <dalbosco@cpovo.net>; <samarass@terra.com.br>.

(Gonçalves & Ferreira, 2002; Pfeiffer & Salvagni, 2005). Segundo a definição de alguns estudos (Azevedo & Guerra, 1989; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001), o abuso sexual consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor encontra-se em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança ou o adolescente. O abusador tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sob forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaça ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração.

O abuso sexual pode envolver situações de estupro ou ainda exploração sexual e pornografia, visando lucro. Alguns estudos têm definido o abuso sexual infantil como qualquer toque genital ou comportamento sexual forçado ou imposto, por ameaça ou força física, a uma criança ou adolescente, no qual o perpetrador tenha pelo menos cinco anos a mais do que a vítima (Alexander, Teti & Anderson, 2000; Leifer, Kilbane & Kalick, 2004). Esse critério de diferença de idade entre o abusador e a vítima está relacionado a aspectos do desenvolvimento. A criança ou adolescente é envolvida em atividades sexuais que não compreende em sua totalidade e, conseqüentemente, com as quais não está apta a concordar. Segundo Faleiros (2000), sobre a questão do consentimento da vítima, deve-se ter claro que situações de abuso sexual envolvem uma relação de dominação, na qual a criança apresenta poucas condições de reagir porque se encontra sob domínio do abusador. Há um processo de dominação psicológica, e a vítima não pode ser responsabilizada por atos dos quais participa enquanto dominado (Faleiros, 2000). O abusador garante sua posição de poder e dominação por meio de um mecanismo de controle baseado em hostilidade e agressividade (Koller & De Antoni, 2004).

Uma característica singular do abuso sexual refere-se ao fato de que é realizado, freqüentemente, sem o uso de força física, pelo poder, coação e/ou sedução, e por isso não deixa marcas físicas nas vítimas, dificultando a sua identificação. Geralmente, o abuso sexual apresenta uma dinâmica de funcionamento

específica. Inicia-se sutilmente e, conforme o abusador adquire a confiança da vítima, os contatos sexualizados tornam-se gradualmente mais íntimos, podendo variar desde um afago até relação sexual genital, oral ou anal (De Antoni & Koller, 2002; Pires, 2000). A criança pode perceber esses contatos e aproximações como um privilégio, já que uma atenção diferenciada lhe é dispensada (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Para isso, o perpetrador utiliza seu poder e força física, colocando a criança ou adolescente em situações para as quais não está preparada física nem emocionalmente (Caminha, 2000a, 2000b).

O abuso sexual, para Habigzang e Caminha (2004), pode ser classificado como extrafamiliar ou intrafamiliar, tendo em vista o contexto em que ocorre. Por abuso sexual extrafamiliar compreende-se situações em que a violência ocorre fora do ambiente familiar, envolvendo geralmente pessoas desconhecidas. O abuso sexual intrafamiliar ou incesto ocorre dentro da própria família e, algumas vezes, na própria casa da criança. Além disso, essa violência geralmente ocorre mais de uma vez, podendo se estender por anos, e é cometida por uma pessoa próxima, que assume em alguma medida a responsabilidade pelo cuidado da criança (Caminha, 2000b; Habigzang & Caminha, 2004).

O abuso sexual intrafamiliar torna-se prejudicial à criança vitimada porque envolve uma quebra de confiança com as figuras parentais e/ou de cuidado que, a princípio, deveriam promover segurança, conforto e bem-estar psicológico (De Antoni & Koller, 2002). Quanto mais próximo for o relacionamento entre ela e o abusador, maior será o sentimento de traição (Sanderson, 2005). Essa quebra de confiança pode não envolver apenas a relação com o abusador, mas afetar também a relação com outros membros da família. Enquanto algumas vítimas encontram estratégias para evitar ou resistir à violência, outras apresentam um padrão de funcionamento caracterizado pelo desamparo aprendido como resposta à exposição continuada de violência. A experiência de violência observada ou vivida na infância passa a ser compreendida como algo incontrolável ou, ainda, natural (Renner & Slack, 2006).

O abuso sexual tem sido compreendido como uma conseqüência de um ciclo evolutivo de conflitos e agressões entre pais e filhos em que os limites e papéis familiares encontram-se fragilizados e invertidos (Belsky, 1980; Cohen, 2000; Forward & Buck, 1989). Em uma visão

sistêmica, o abuso também pode ser considerado um sintoma da crise familiar (Cohen, 2000), que reflete uma incoerência em sua estrutura e um rompimento na integridade das relações familiares (Brendler, Silver, Haber & Sargent, 1994). Nesse sentido, esses estudos indicaram que há uma dinâmica específica no funcionamento familiar, na qual crianças são vítimas de abuso sexual perpetrados pelos próprios membros ou por pessoas muito próximas. A mãe, assim como os demais envolvidos, pode ser uma pessoa que também precise de ajuda (Cohen & Mannarino, 2000; Hiebert-Murphy, 1998), pois diante da suspeita ou constatação do abuso de sua filha pode manifestar confusão e ambigüidade (Araújo, 2002).

O incesto, segundo Forward e Buck (1989), pode ser definido legalmente ou psicologicamente. A definição legal considera apenas as relações sexuais entre indivíduos com graus próximos de parentesco. A definição psicológica é mais abrangente, pois considera qualquer contato abertamente sexual entre pessoas que tenham ou acreditem ter algum grau de parentesco. Nessa perspectiva, o incesto pode ser cometido por padrastos, madrastas, meio-irmãos, avós por afinidade, namorados ou companheiros que morem junto com a mãe ou pai e que exercem o papel de cuidador. Entre as principais características do incesto está o abuso sexual e o vínculo familiar. O incesto entre pai e filha é uma das formas mais frequentes (Cohen, 2000).

Conseqüências do abuso sexual ao longo de desenvolvimento

Uma pessoa pode experienciar a violência de três formas: como vítima, como testemunha ou como perpetrador (De Antoni & Koller, 2002; Koller, 2000). Qualquer uma destas formas pode levar a conseqüências negativas no desenvolvimento, cessando, impedindo, detendo ou retardando-o (Koller, 2000). Diversos estudos têm investigado a problemática do abuso sexual infantil, não somente quanto às repercussões psicopatológicas, mas também quanto aos vários aspectos envolvidos no tratamento de crianças e suas famílias (Cohen & Mannarino, 2000; Garbarino, Kostelny & Dubrow, 1991). Este tema também é de interesse de muitos pesquisadores nacionais (Araújo, 2002; Azevedo & Guerra, 1989; Caminha, 2000a, 2000b; De Antoni & Koller, 2002; Habigzang & Caminha, 2004).

Tanto o abuso físico como o sexual são fatores de risco para o desenvolvimento de respostas desadaptativas, não somente na infância e/ou na adolescência, mas também na fase adulta (Reppold, Pacheco, Bardagi & Hutz, 2002). Entre as conseqüências que o abuso sexual pode acarretar às crianças e adolescentes vitimadas estão o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtorno Dissociativo, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtornos Alimentares (Belsky, 1993; Caminha, 2000a; Garbarino, et al., 1991). Além disso, crianças e adolescentes expostos à violência sexual podem apresentar ainda comportamentos como sentimentos de culpa e de diferença em relação aos pares, baixa autoestima, timidez, agressividade, medo, embotamento afetivo, isolamento, dificuldade em confiar nos outros, alterações no sono, dores abdominais, fugas de casa, mentiras, sexualidade exacerbada e desesperança em relação ao futuro (Cohen, 2000; De Antoni & Koller, 2002; Flores & Caminha, 1994; Habigzang & Caminha, 2004; Sanderson, 2005).

A literatura tem relacionado história de abuso sexual na infância ao desenvolvimento de psicopatologias na vida adulta (Green, Coupe, Fernandez & Stevens, 1995; Oates, Tebbutt, Swanston, Lynch & O'Toole, 1998; Steel, Sanna, Hammond, Whipple & Cross, 2004). As seqüelas do abuso sexual podem persistir ao longo da vida adulta e estar relacionadas a um padrão de adaptação e ajustamento caracterizados por problemas emocionais, de comportamento e nas relações interpessoais (Bolger & Patterson, 2003). Além disso, pode afetar diferentemente para alguns indivíduos o conjunto de valores e crenças sobre ser pai ou mãe na vida adulta (Banyard, 1997; Kreklewetz & Piotrowski, 1998).

Além das seqüelas emocionais do abuso sexual, alguns estudos têm verificado a influência de fatores familiares como mediadores na manifestação dos sintomas na criança. Cohen e Mannarino (2000) concluíram que os sintomas psicológicos de crianças que sofreram abuso sexual são afetados pela cognição individual sobre o evento, mas também por fatores familiares que envolvem a estabilidade do funcionamento familiar. Manifestações de apoio, principalmente por parte da mãe, como acreditar no relato da criança ou adolescente, podem funcionar como mediadoras do impacto negativo do abuso sexual (Forward & Buck, 1989).

Elliot e Carnes (2001), em uma revisão da literatura, discutiram os resultados de várias pesquisas sobre reações e interações parentais frente ao abuso sexual infantil. Uma das questões discutidas diz respeito ao fato de a maioria das mães acreditar, pelo menos em parte, nas alegações da criança. Entretanto, mesmo manifestando algum crédito frente à revelação da criança, as mães podem não emitir respostas de apoio e proteção, evidenciando ambivalência ou inconsistência. Esses autores observaram de forma freqüente nos resultados das pesquisas que as interações da mãe com a criança eram baseadas em extremos que variavam da indulgência à punição física. Destacaram, ainda, que o apoio e a proteção dos cuidadores primários estavam associados ao ajustamento emocional e comportamental das crianças abusadas sexualmente.

Pesquisas recentes apontam uma associação entre a capacidade de as crianças lidarem com a experiência de abuso sexual e o fato de as mães acreditarem em seus relatos, e também de darem apoio (Leifer, Kilbane & Grossman, 2001; Pintello & Zuravin, 2001). Nesse sentido, o apoio materno recebido pode diminuir a sintomatologia da criança vitimada, pois tem sido apontado como um mediador ou amortecedor frente aos eventos estressores, incluindo o abuso sexual (Steel et al., 2004). Por outro lado, situações de não revelação do abuso por parte da criança, remoção desta para instituições de proteção à infância e adolescência, continuidade do contato da mãe com o abusador após a revelação da criança e, ainda, dependência financeira do companheiro abusador têm sido associadas à falta de apoio materno (Leifer et al., 2001).

Os preditores das crenças e ações de proteção maternas após a revelação de abuso sexual intrafamiliar de suas crianças foram investigados por Pintello e Zuravin (2001). As autoras destacaram quatro preditores: 1) idade materna quando do nascimento do primeiro filho, pois o fato de terem tido filhos na idade adulta e não na adolescência contribuiu para um maior engajamento em ações protetivas e para que acreditassem no relato de abuso; 2) relacionamento e contato entre a mãe e o abusador, sendo que as mães que acreditaram e protegeram suas crianças não tinham contato ou relacionamento com o responsável pelo abuso; 3) conhecimento ou desconfiança prévia à revelação de que algo de estranho estava acontecendo com suas

crianças; 4) não emissão de comportamentos sexuais explícitos por parte da criança, pois as mães tendem a acreditar e proteger mais as crianças que não exibem comportamentos sexualizados.

O estudo de Deblinger, Steer e Lippmann (1999) examinou a relação entre fatores maternos, como o estilo parental, e algumas medidas do ajustamento psicossocial de crianças abusadas sexualmente, por exemplo, sintomas de TEPT e depressão. Os resultados demonstraram que crianças que percebiam o comportamento de suas mães como rejeição relataram mais sintomas de depressão do que crianças que percebiam o comportamento materno como cuidadoso e afetuoso. Crianças que percebiam o comportamento de suas mães baseado em culpa e ansiedade apresentaram escores maiores nos sintomas de TEPT e comportamentos externalizantes. Além disso, sintomas de depressão materna foram positivamente associados a sintomas de TEPT nas crianças. Dessa forma, pais deprimidos podem apresentar energia e tolerância diminuída para lidar com seus filhos e também podem experimentar o comportamento de suas crianças como mais sintomáticos do que pais que não se apresentam deprimidos.

Leifer et al. (2001) investigaram o apoio materno em três gerações de famílias de mães que apoiavam e de mães que não apoiavam suas crianças frente à revelação do abuso. Os resultados deste estudo indicaram que um relacionamento familiar intergeracional conturbado ou sem apoio aumentava a vulnerabilidade da criança em situações de abuso, podendo exacerbar os efeitos deste.

No Brasil, Narvaz (2005) realizou um estudo de caso qualitativo com uma mãe vítima de abuso sexual na infância, cujas duas filhas também foram vítimas de abuso sexual. A análise da entrevista indicou que essa mãe manifestou diferentes reações frente à revelação de abuso sexual. Neste caso analisado, a mãe evidenciou descrédito ao tomar conhecimento da situação abusiva de sua filha mais velha. Entretanto, anos mais tarde, quando ocorreu o abuso da segunda filha, manifestou apoio e crédito. Esses resultados evidenciam a complexidade dos fatores envolvidos na dinâmica familiar em situações abusivas, indicando a necessidade de uma visão contextualizada e histórica da realidade da vítima (Koller & De Antoni, 2004).

Estudos indicam que mães de crianças abusadas sexualmente geralmente não se configuram como as perpetradoras do abuso (Kreklewetz & Piotrowski, 1998; Leifer et al., 2004). No entanto, principalmente em situações de abuso sexual intrafamiliar, as mães estão envolvidas de alguma forma, ou por expor suas crianças a companheiros molestadores, ou por não oferecer cuidados básicos em relação a seus filhos, ou ainda por passar juntamente pela situação estressora do abuso. Enquanto algumas mães vítimas de abuso sexual na infância não apresentam dificuldade em proteger suas crianças, para outras essa experiência abusiva na própria infância parece interferir em sua capacidade de evitar situações potencialmente perigosas (Kreklewetz & Piotrowski, 1998).

Mães de crianças vítimas de abuso sexual

Pesquisas têm explorado a questão das características e reações maternas em situações de abuso sexual (Alexander et al., 2000; Leifer et al., 2001; Leifer et al., 2004), sendo que alguns estudos enfocam aspectos do relacionamento mãe-criança (Kreklewetz & Piotrowski, 1998; Leifer et al., 2001; Lewin & Bergin, 2001), e outros, manifestações de sintomatologia (Green et al., 1995; Steel et al., 2004). No entanto, existem poucos estudos nacionais sobre a temática do abuso sexual que investigam características maternas (Amendola, 2004; Araújo, 2002; Farinati, Biazus & Leite, 1993; Narvaz, 2005).

Para compreender quem são as mães das meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar é importante resgatar a trajetória de vida dessas mulheres. A literatura as tem descrito como mães com histórias de vida caóticas, com abandonos e violência (Farinati et al., 1993; Padilha & Gomide, 2004), marcadas por carências afetivas, instabilidade em relação aos cuidadores primários e pouca provisão de apoio mútuo (Amendola, 2004; Farinati et al., 1993; Leifer et al., 2001; Leifer et al., 2004).

Estudos apontam que em famílias abusivas é freqüente a presença de conflitos sexuais no casal (Amendola, 2004; Araújo, 2002; Leifer et al., 2001). As mães, de certa forma, afastam-se da função materna e delegam à filha o papel de mulher da casa (Farinati et al., 1993; Pfeiffer & Salvagni, 2005). Pesquisas sugerem que o próprio despreparo e desconhecimento dessas mães, no que se refere à educação sexual, propiciam uma

tolerância exagerada a atos considerados bizarros e/ou violentos (Amendola, 2004; Flores & Caminha, 1994). Para Amendola (2004), a relação conjugal dessas mulheres é cercada de cuidados, tanto oferecendo atenção ao companheiro como prevenindo agressões. Além disso, essas mulheres apresentam medo, dependência afetiva e financeira de seus companheiros, e são submissas às ordens da família de origem, demonstrando obediência aos pais e reproduzindo esse comportamento na relação conjugal, ao evitar confrontos.

O relacionamento com o companheiro também foi verificado no estudo de Leifer et al. (2004). Mulheres com história de abuso sexual na infância relataram mais resultado negativo no relacionamento com o companheiro do que as que não apresentavam relato de violência sexual. Mulheres que mencionaram uma maior satisfação no relacionamento com seus companheiros também relataram menos estresse parental (Alexander et al., 2000). Além disso, entre as mulheres com história de abuso sexual na infância e que apresentavam insatisfação conjugal, foi observada maior dependência emocional no relacionamento com suas crianças, demonstrando uma inversão de papéis (Alexander et al., 2000).

Segundo Araújo (2002), no que diz respeito à experiência de atendimento a casos de abuso sexual intrafamiliar, o fato de muitas mães não acreditarem ou mesmo punirem suas filhas pelo acontecido pode ser visto como uma forma de suportar o desmantelamento da unidade familiar e conjugal. A negação das mães pode denunciar uma postura de cumplicidade silenciosa com o agressor, freqüentemente encontrada em casais com conflitos sexuais. Entretanto, cabe ressaltar que, na maioria dos casos de abuso sexual intrafamiliar, as denúncias são efetuadas pelas próprias mães (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005), que atribuem a demora ou a postergação da denúncia a sentimentos de vergonha (Kreklewetz & Piotrowski, 1998). O relatório do sistema nacional de combate à exploração sexual infanto-juvenil (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, 2003) refere que, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2003, foram realizadas 1 547 denúncias sobre abuso sexual. Do total de denúncias realizadas, 54,0% representavam casos de abusos intrafamiliares, sendo que em 42,0% dos casos o pai era o principal suspeito. Em relação

ao perfil das vítimas, a maioria das denúncias envolveu o sexo feminino (76,0%) na faixa etária entre 12 e 18 anos (47,0%). Uma análise realizada em processos jurídicos do Ministério Público do Rio Grande do Sul por violência sexual, no período de 1992 a 1998, verificou que a denúncia do abuso sexual foi realizada pela mãe da vítima em 37,6% dos casos, pela própria vítima em 29,0% dos casos, por outros parentes em 15,1% e, por instituições, em 6,5% dos casos. Entretanto, um dado que chama a atenção é que em 61,7% dos casos alguém informou que já tinha conhecimento da situação abusiva e não denunciou. Em 55,2% desses casos a mãe era a pessoa que tinha conhecimento da violência sexual (Habigzang et al., 2005).

O estudo de Leifer et al. (2004) teve como objetivo explorar as diferenças entre quatro grupos de mães quanto a algumas áreas do funcionamento materno, por exemplo, continuidade do relacionamento de apego na infância com cuidadores primários, percepção do relacionamento na infância com sua mãe, estilo de apego adulto, consistência e estabilidade do relacionamento adulto heterossexual, experiência adulta de vitimização sexual e/ou física, abuso de substância e sintomatologia relacionada ao trauma. As mães e suas crianças foram divididas em quatro grupos, a saber: a) mães abusadas sexualmente na infância, de crianças que não foram vítimas de abuso sexual; b) mães abusadas sexualmente na infância, de crianças que foram vítimas de abuso sexual; c) mães sem história de abuso sexual na infância, de crianças que não foram vítimas de abuso sexual e d) mães sem história de abuso sexual na infância, de crianças que foram vítimas de abuso sexual. Os resultados indicaram que mães abusadas sexualmente durante a infância apresentaram um rompimento maior com seus cuidadores primários do que aquelas que não tinham história de abuso sexual. As autoras observaram, ainda, que mães com história de abuso sexual na infância cujos filhos também foram abusados sexualmente relataram um tempo menor de convivência com suas próprias mães, do que aquelas sem história de abuso sexual cujos filhos sofreram o abuso. Esses resultados confirmaram os encontrados em estudo anterior (Leifer et al., 2001).

Em relação à percepção do relacionamento na infância com suas próprias mães, a pesquisa de Leifer et al. (2004) verificou que 63% do grupo de mães

abusadas sexualmente na infância, cujos filhos não foram vítimas de abuso sexual, e 43% do grupo de mães abusadas sexualmente na infância, cujos filhos foram vítimas de abuso sexual, relataram um relacionamento negativo ou inconsistente com sua própria mãe durante a infância, significativamente mais freqüente do que os outros dois grupos de mães. Sobre o estilo de apego adulto, mães com história de abuso sexual na infância relataram mais apego inseguro do que seguro, quando comparadas a mães sem história de violência sexual. Além disso, mães com história de abuso sexual na infância cujos filhos foram abusados sexualmente relataram menos apego seguro e mais apego evitativo, quando comparadas ao grupo de mães sem episódio de abuso sexual na infância.

Estudos apontam que essas mães vivem uma situação de confusão e ambigüidade diante da situação de extrema violência à qual suas crianças foram submetidas, sendo que, muitas vezes, preferem "fechar seus olhos" ao que está sendo explicitado (Amendola, 2004; Farinati et al., 1993). Os sentimentos em relação à filha mostram-se ambivalentes: ao mesmo tempo sentem raiva e ciúmes, e sentem-se culpadas por não tê-las protegido (Araújo, 2002). As interações afetivas com as crianças, nesse contexto, podem acontecer de forma distante e ambivalente (Padilha & Gomide, 2004).

Mães com história de abuso sexual na infância podem re-experienciar sua própria vivência passada quando tomam conhecimento sobre o abuso sexual de suas crianças (Green et al., 1995; Hiebert-Murphy, 1998; Leifer et al., 2004). O maior sofrimento emocional apresentado por essas mães pode ser um reflexo do efeito do abuso por longo prazo, ou também dos sentimentos de culpa por não terem conseguido proteger seus filhos (Oates et al., 1998). Além disso, questões que envolvem todos os aspectos da revelação do abuso - por exemplo: se houve revelação para a família ou não, se as pessoas para as quais o abuso foi revelado acreditaram ou não, e se houve apoio por parte da família - são importantes para entender todo o contexto do abuso sexual vivido pela mãe e sua conseqüente manifestação de sofrimento emocional ao tomar conhecimento do abuso sexual de sua criança (Hiebert-Murphy, 1998).

Poucos estudos têm investigado aspectos específicos relacionados às características ou ao ajustamento emocional em mães de meninas abusadas sexualmente

(Amendola, 2004; Oates et al., 1998). Ao analisarem a dinâmica das relações no abuso intrafamiliar, Forward e Buck (1989) descreveram a figura materna como uma cúmplice silenciosa ou como uma pessoa ativamente envolvida. Com relação às mães que silenciam diante dos pequenos sinais e comunicações do abuso sexual de suas filhas, os autores destacaram o abandono emocional da família. Esse abandono ocorre de forma sutil, na medida em que gradualmente a filha assume a responsabilidade pela manutenção da casa, sendo que a transferência de papéis sexuais surge como consequência dessa dinâmica. As mães que se encontravam envolvidas de forma ativa no incesto de suas filhas demonstraram ser dependentes, além de apresentarem hostilidade em relação à filha. Para Forward e Buck (1989), há algumas situações em que as mães são forçadas a participar do ato abusivo, sendo ameaçadas de violência ou de abandono. Os autores observaram, nesses casos, a dependência e passividade da mãe, e uma capacidade para tolerar qualquer abuso praticado contra ela e contra seus filhos.

Entre as características de personalidade de mães de crianças abusadas sexualmente apontadas no estudo de Amendola (2004), estavam presentes: permissão para outros tomarem a maioria das importantes decisões, subordinação de suas necessidades às dos outros, relutância em fazer exigências às pessoas das quais dependem, medo exagerado da solidão e de ser abandonada, capacidade limitada de tomar decisões e percepção de desamparo e de incompetência. Essas características sugerem uma dependência emocional evidenciada pela necessidade de estar ligada a determinada pessoa. Assim, situações de violência, como conviver com companheiros agressivos ou abusivos, podem ser toleradas por um longo período de tempo, tendo em vista a necessidade de manter essa ligação.

Muitas das características que mães de meninas abusadas sexualmente apresentam podem também estar associadas a aspectos depressivos. A depressão materna tem sido foco de muitos estudos, não somente pelo fácil acesso dos pesquisadores a essa população, seja na clínica ou na comunidade, como também porque são as mulheres que geralmente assumem os cuidados primários das crianças (Hammen, 2003).

Lewin e Bergin (2001), ao comparar história de abuso sexual, níveis de depressão e ansiedade em mães

com crianças vítimas de abuso sexual, não encontraram diferença significativa quanto aos dois grupos: mães com e sem história de abuso sexual na infância. Os resultados indicaram que ambos os grupos apresentaram elevados níveis de depressão e ansiedade. Uma das justificativas apontadas consiste no impacto do processo de investigação do abuso de suas crianças. Ou seja, a intensidade emocional de uma ameaça iminente às suas crianças pode ter sido forte o suficiente para elevar os escores de depressão e ansiedade até mesmo nas mães que não tinham histórias de violência sexual na infância. Entretanto, quando os dados foram comparados a um outro grupo de mães, cujos filhos não haviam sido abusados sexualmente, os resultados em relação aos escores de depressão e ansiedade foram significativamente diferentes. Mães de crianças abusadas sexualmente apresentaram níveis mais altos de depressão e ansiedade e uma diminuição na sensibilidade, na cooperação, na aceitação e na acessibilidade durante a interação com suas crianças.

A depressão materna, portanto, pode diminuir a energia física necessária para manter atenção ou supervisão na interação com a criança (Lewin & Bergin, 2001). Hiebert-Murphy (1998) também comparou a presença de história de abuso sexual na infância em mães com filhos abusados sexualmente, e os resultados apontaram que as mães que experienciaram abuso sexual durante a infância relataram maior sofrimento emocional do que aquelas que não tinham relatado história de abuso sexual. A depressão materna comumente ocorre associada a variáveis pessoais e ambientais que podem atuar como mediadoras ou moderadoras do impacto da depressão, ou ainda podem ser consideradas fatores causais de respostas desadaptativas nas crianças (Hammen, 2003). É importante destacar que a ocorrência de depressão está relacionada a um modelo multicausal, dentro de um contexto de fatores de risco correlacionados.

Algumas mães podem apresentar sintomas de TEPT, como memórias intrusivas de sua própria experiência de abuso sexual na infância, sintomas de depressão e ansiedade após a revelação de abuso sexual de suas filhas (Green et al., 1995). Esses resultados também são compartilhados pela pesquisa de Leifer et al. (2004), na qual mulheres com história de abuso sexual na infância e com crianças abusadas apresentaram um

resultado maior na escala de sintomatologia que avaliava dissociação, ansiedade, depressão, trauma do abuso sexual, distúrbio de sono e problemas sexuais. Além disso, também verificaram que essas mães relataram maior uso de drogas do que mães com crianças sem história de abuso sexual.

Para Amendola (2004), mães que experienciaram o abuso sexual intrafamiliar podem se apresentar dependentes, deprimidas ou, ainda, manifestar TEPT como resposta à situação de estresse. Essa resposta pode ocorrer de forma aguda ou crônica frente à situação de testemunhar ou ser informada sobre o abuso sexual de sua criança. Entre os sintomas típicos que podem se manifestar, destacam-se: a revivência da situação traumática, a sensação de entorpecimento, o medo e a evitação de atividades que recordem essa experiência.

Uma pesquisa qualitativa, baseada em estudo de caso, realizada por Green et al. (1995) com mães de meninas abusadas sexualmente, verificou que as quatro entrevistadas desenvolveram sintomas de TEPT após a revelação de abuso sexual de suas filhas, apresentando ainda comorbidades, como sintomas de depressão. Todas as mães relataram experiência de abuso sexual intrafamiliar, sendo que duas engravidaram e nenhuma revelou à família suas experiências de abuso. Algumas dessas mães re-experienciaram a própria vivência passada quando tomaram conhecimento sobre o abuso sexual de suas crianças (Green et al., 1995).

Estudos apontam sintomas psicológicos em mães que tomaram conhecimento do abuso sexual de suas crianças, como, por exemplo, sintomas de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (Green et al., 1995; Hiebert-Murphy 1998; Lewin & Bergin, 2001). Nesse sentido, um aspecto que pode atuar como um moderador frente à situação de ter uma criança vítima de abuso sexual é a rede de apoio. A rede de apoio social e afetiva proporciona reforço a estratégias de enfrentamento e um ambiente acolhedor (Brito & Koller, 1999). Além disso, tem sido mencionada como um mediador (amortecedor) frente aos eventos estressores, incluindo o abuso sexual na infância (Steel et al., 2004).

Mulheres que tiveram experiência de abuso sexual na infância apresentaram maiores níveis de insa-

tisfação com elas mesmas enquanto mães, e também maior uso de estratégias físicas para resolver conflitos com as crianças (Banyard, 1997). Segundo os resultados da pesquisa de Cohen (1995), que comparou habilidades parentais em mães com e sem história de abuso sexual na infância, foi observado que o abuso influenciou, em certa medida, a percepção de habilidades relacionadas à maternidade. Os resultados sugerem uma dificuldade das mães em manter uma comunicação livre e aberta com suas crianças. Entretanto, há mães que, mesmo tendo sido abusadas sexualmente na infância, conseguem romper esse ciclo de violência, protegendo suas crianças e apresentando resiliência (Leifer et al., 2004). Para Pintello e Zuravin (2001), a concepção de que as mães de crianças abusadas sexualmente são resistentes, culpadas e despreocupadas não pode ser generalizada. Pelo contrário, os resultados da pesquisa que realizaram indicam que a maioria das mães entrevistadas acreditou e providenciou ações de proteção a suas crianças.

O conhecimento sobre o ajustamento emocional de mães de crianças vítimas de abuso sexual é de grande importância para a formação de profissionais que atuam diretamente em ações de acolhimento e intervenção nestas situações. No entanto, estudos empíricos nessa área têm recebido críticas relacionadas aos aspectos metodológicos. Entre elas, pode-se destacar a utilização de amostras muito reduzidas, o que exige precauções quanto à generalização dos resultados (Cohen, 1995; Krekewetz & Piotrowski, 1998; Leifer et al., 2001; Pintello & Zuravin, 2001). Além disso, o grande número de variáveis envolvidas nesses casos dificulta a determinação dos fatores preditores do abuso sexual. Para um maior controle desses aspectos, Cohen (1995) destaca que, para estudos futuros, devem ser investigados grupos clínicos e não clínicos de mulheres com e sem história de abuso sexual na infância, selecionadas aleatoriamente na comunidade. Krekewetz e Piotrowski (1998) também apontam a importância de estudos que focalizem a confiança e a percepção das crianças quanto às práticas educativas maternas e à flexibilidade no estabelecimento de limites durante a adolescência. Leifer et al. (2001) chamam atenção, ainda, para o cuidado com a validade das informações em pesquisas com auto-relatos retrospectivos, tendo em vista que, muitas vezes, a veracidade das informações não pode ser garantida.

Multigeracionalidade

Várias pesquisas, ao investigarem a questão da multigeracionalidade em mães de crianças vítimas de abuso sexual, indicaram que freqüentemente as mães relataram histórias de abuso na infância (Hiebert-Murphy, 1998; Oates et al., 1998). Noventa mulheres com crianças entre cinco e oito anos foram entrevistadas sobre história de abuso sexual na infância, e 22,0% responderam que sofreram algum tipo de abuso sexual nesta fase do desenvolvimento. A ocorrência de abuso físico por parte do pai também foi investigada, e foi observado que as mulheres com experiência de abuso sexual na infância relataram significativamente mais abuso físico do que aquelas sem história de abuso sexual. O abuso sexual foi cometido em 25,0% dos casos pela figura paterna, em 12,5% por um irmão, em 25,0% por algum parente, em 25,0% por algum amigo da família e, em 12,5%, por um estranho. Esses resultados indicaram uma ocorrência maior, nesta amostra, de abuso sexual intrafamiliar (Alexander et al., 2000).

Em um estudo com 102 mulheres atendidas em uma clínica de atendimento a situações de violência que tinham filhos com revelação de abuso sexual nos últimos doze meses, Hiebert-Murphy (1998) identificou que 74% destas mães revelaram ter, pelo menos, uma experiência de abuso sexual durante a infância e adolescência. Destas, 22% experienciaram abuso na infância, 22% na adolescência e 30% tanto durante a infância quanto na adolescência. Esses resultados podem ser comparados com os do estudo de Oates et al. (1998), realizado na Austrália, no qual 34% das mães de crianças abusadas sexualmente relataram história de abuso sexual na própria infância, e 12% das mães de crianças que não haviam sido abusadas sexualmente relataram abuso sexual na própria infância. Dessa forma, foi observada a presença da multigeracionalidade da violência, em especial do abuso sexual, e uma tendência para a ocorrência de abuso sexual na próxima geração. Ou seja, mães que foram abusadas sexualmente em sua própria infância podem apresentar um fator de risco maior para o envolvimento com companheiros abusivos, mantendo, portanto, o ciclo da violência (Flores & Caminha, 1994; Oates et al., 1998). Além disso, mulheres que sofreram abuso sexual durante a infância podem se tornar mais vulneráveis a estabelecer relações conjugais abusivas, comprometendo de certa forma a capa-

cidade de protegerem a si próprias e às suas filhas do abuso sexual (Narvaz, 2005).

Entretanto, ressalta-se que tais estudos verificaram a incidência de história materna de abuso sexual, mas não investigaram questões específicas da manutenção do ciclo de violência. De modo geral, a multigeracionalidade pode ser compreendida como a possibilidade de o adulto reproduzir com crianças da família as experiências de violência vividas em sua própria infância. Nesses casos, as experiências de violência abrangem também o abuso físico, emocional, negligência e abandono (Newcomb & Locke, 2001). Embora algumas pesquisas evidenciem a repetição de um padrão de relacionamento entre gerações, é necessário destacar que não se trata de um padrão de relacionamento determinista ou universal. Ou seja, o fato de uma criança ser vítima de maus-tratos não significa que, quando adulta, irá repetir tal comportamento com seus filhos, no entanto, existe a possibilidade de esse comportamento aprendido na infância ser repetido com as próximas gerações.

Segundo Kreklewetz e Piotrowski (1998), poucas pesquisas têm enfatizado os fatores que contribuem para a recorrência ou para o rompimento do sistema de abuso. O estudo dos efeitos do incesto sobre a maternidade, especialmente considerando os comportamentos protetivos com relação às suas crianças, é uma importante área de estudo, pois contribui para uma compreensão sobre o rompimento desse ciclo de abusos. Uma forma de examinar o ciclo intergeracional de maus-tratos na infância é estudar as experiências de abuso sobre as práticas parentais (Newcomb & Locke, 2001). Para que se interrompa a revitimização ou a continuidade do abuso, as distorções de relacionamento familiar necessitam ser avaliadas e tratadas (Pfeiffer & Salvagni, 2005).

O impacto do abuso sexual na infância sobre vários indicadores do funcionamento do papel parental em adultos foi examinado no estudo de Banyard (1997). Foi observado que o abuso sexual na infância estava relacionado a resultados parentais negativos em termos de sentimento sobre si mesmo como pais, e ao uso de estratégias físicas para resolver conflitos com as crianças.

Newcomb e Locke (2001) investigaram a associação entre maus-tratos na infância e práticas parentais em adultos. Os resultados indicaram que, para as mães,

a experiência de abuso sexual na infância conduziu a um estilo parental caracterizado pela agressividade. Para os autores, a modelação e o reforço são aspectos importantes na internalização dos comportamentos parentais e no ciclo de transmissão intergeracional da violência.

De acordo com alguns estudos apresentados, tanto nacionais (Amendola, 2004; Araújo, 2002; Farinati et al., 1993; Narvaz, 2005) quanto internacionais (Leifer et al., 2001; Leifer et al., 2004), muitas destas mães viveram a violência quando crianças, na forma de negligência, abandono, abuso físico ou até mesmo sexual. Observa-se a continuidade de um padrão de relacionamento que, de alguma forma, é transmitido e repetido no relacionamento conjugal e nas interações com as crianças (Alexander et al., 2000; Banyard, 1997).

Considerações Finais

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é considerado um fenômeno multicausal com repercussões significativas ao longo da vida. A revelação do abuso, geralmente, envolve alterações na dinâmica familiar e provoca uma quebra de confiança da criança para com as figuras parentais. Assim, a situação familiar precisa ser bem investigada, procurando-se esclarecer a participação de outros membros na manutenção do abuso, assim como a presença de conivência e negligência. É importante que, ao se analisar tal situação, todos os aspectos sejam considerados, para uma melhor compreensão da dinâmica do abuso. Essa compreensão pode evitar rotulações *a priori* de qualquer membro da família, especialmente da mãe, que muitas vezes é acusada de cumplicidade, permitindo entendê-la como parte desse fenômeno e como alguém que também precisa de ajuda. Em casos de abuso sexual intrafamiliar, os procedimentos de avaliação e terapêuticos devem ser ampliados aos demais membros da família.

A partir dos estudos revisados, pode-se observar que, a respeito das características maternas de crianças abusadas sexualmente, são apresentadas duas posições: uma na qual a mãe é vista como cúmplice, e outra na qual é percebida como protetora, na medida em que denuncia e mantém-se ao lado da criança. No entanto, essas duas posições e atitudes maternas podem estar presentes em alguns casos: uma mesma mãe pode estar em uma ou em outra posição em diferentes momentos de sua vida.

Também se observou que vários são os fatores que contribuem para as reações maternas diante da revelação do abuso sexual de suas crianças, tanto do ponto de vista negativo como positivo. Entre os fatores que podem contribuir para uma minimização do abuso e, conseqüentemente, para uma atitude não apoiadora, podem ser citadas as vivências de violência na família de origem, a re-vivência do abuso sexual sofrido na infância, a falta de modelos de família protetiva e apoio familiar, o desejo de ter uma família e mantê-la unida e a dependência emocional e financeira do companheiro. Dessa forma, entende-se que a postura adotada por uma mãe diante dessa situação revela aspectos de sua própria história de vida, assim como as representações que tem sobre família.

Para compreender melhor esse fenômeno, é necessário reconhecer que mães de crianças vítimas de abuso sexual, com ou sem história de abuso na infância, estão freqüentemente lidando com um contexto social caracterizado por pobreza, violência familiar e falta de recursos e apoio. A situação de pobreza, que inclui condições de moradia e de alimentação precárias, bem como a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, expõe estas famílias a uma situação de maior vulnerabilidade. Entretanto, a vulnerabilidade social, como a situação de pobreza, não está necessariamente atrelada ao desenvolvimento de comportamentos vulneráveis nas interações familiares, como a violência intrafamiliar e o abuso sexual. Sabe-se que a violência está presente em diferentes contextos socioeconômicos, mas muitas vezes as famílias encontram recursos internos e externos para modificar esta realidade e apresentar respostas mais adaptativas, superando as desvantagens impostas pela sua situação socioeconômica.

Para uma análise de pesquisas sobre o abuso sexual infantil é importante, portanto, que muitos aspectos sejam considerados, em uma visão mais sistêmica, incluindo desde o contexto social de inserção destas famílias, suas relações com a comunidade, as características das pessoas envolvidas e suas vivências anteriores, entre outras, de forma mais integrada. Estudos específicos sobre as mães de vítimas de abuso são necessários, considerando-se a importância de seu papel na dinâmica familiar e no bem-estar das crianças, na medida em que representam a principal rede de apoio para seus filhos. Dessa forma, destaca-se a necessidade de estudos longitudinais que enfoquem a

trajetória de vida das mães de crianças abusadas sexualmente e a dinâmica de funcionamento destas famílias, observando as relações entre as diferentes gerações. Este conhecimento pode contribuir para a implementação de trabalhos preventivos que possam ajudar as pessoas a sair ou interromper esses ciclos de violência nos quais estão inseridas e, assim, diminuir os efeitos psicossociais que a violência sexual traz às crianças e suas famílias.

Referências

- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (2003). *Relatório anual do sistema nacional de combate à exploração sexual infanto-juvenil*. Rio de Janeiro: ABRAPIA.
- Alexander, P. C., Teti, L., & Anderson, C. L. (2000). Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting. *Child Abuse & Neglect*, 24 (6), 829-838.
- Amendola, M. F. (2004). Mães que choram: avaliação psicodiagnóstica de mães de crianças vítimas de abuso sexual. In M. C. A. Prado (Org.), *O mosaico da violência: a perversão na vida cotidiana* (pp.103-169). São Paulo: Vetor.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7 (2), 3-11.
- Azevedo, M. A., & Guerra, V. N. A. (1989). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: IGLU.
- Banyard, V. L. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child Abuse & Neglect*, 21 (11), 1095-1107.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35 (4), 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (3), 413-434.
- Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2003). Sequelae of child maltreatment: vulnerability and resilience. In S. S. Luthar (Org.), *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities* (pp.156-181). New York: Cambridge University Press.
- Brendler, J., Silver, M., Haber, M., & Sargent, J. (1994). *Doença mental, caos e violência: terapia com famílias à beira da ruptura*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brito, R. C., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In A. M. Carvalho (Org.), *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação* (pp.115-129). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caminha, R. M. (2000a). A violência e seus danos à criança e ao adolescente. In Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente (AMENCAR) (Org.), *Violência doméstica* (pp.43-60). Brasília: UNICEF.
- Caminha, R. M. (2000b). Maus-tratos: o flagelo da violência. In V. L. Bemvenuti (Org.), *Cadernos de extensão II* (pp.37-53). São Leopoldo: Unisinos.
- Cohen, C. (2000). O incesto. In M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra (Orgs.), *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento* (pp.211-225). São Paulo: Cortez.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24 (7), 983-994.
- Cohen, T. (1995). Motherhood among incest survivor. *Child Abuse & Neglect*, 19 (2), 1423-1429.
- De Antoni, C., & Koller, S. H. (2002). Violência doméstica e comunitária. In M. L. J. Contini, S. H. Koller & M. N. S. Barros (Orgs.), *Adolescência & psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas* (pp.85-91). Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment*, 4 (1), 13-20.
- Elliot, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature. *Child Maltreatment*, 6 (4), 314-331.
- Faleiros, E. T. S. (2000). *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes*. Brasília: Unicef.
- Farinati, F., Biazus, D. B., & Leite, M. B. (1993). *Pediatria social: a criança maltratada*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Flores, R. Z., & Caminha, R. M. (1994). Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. *Revista de Psiquiatria do RS*, 16 (2), 158-167.
- Forward, S., & Buck, C. (1989). *A traição da inocência: o incesto e sua devastação*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Garbarino, J., Kostelny, K., & Dubrow, N. (1991). What children can tell us about living in danger? *American Psychologist*, 46 (4), 376-383.
- Gonçalves, H. S., & Ferreira, H. L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1), 315-319.
- Green, A. H., Coupe, P., Fernandez, R., & Stevens, B. (1995). Incest revisited: delayed post-traumatic stress disorder in mothers following the sexual abuse of their children. *Child Abuse & Neglect*, 19 (10), 1275-1282.
- Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (3), 341-348.
- Hammen, C. (2003). Risk and protective factors for children of depressed parents. In S. S. Luthar (Org.), *Resilience and vulnerability: adaptation in context of childhood adversities* (pp.50-75). New York: Cambridge University Press.

- Hiebert-Murphy, D. (1998). Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: the role of a history of child sexual abuse, social support, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 22 (5), 423-435.
- Koller, S. H. (2000). Violência doméstica: uma visão ecológica. In Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente (Amencar) (Org.), *Violência doméstica* (pp.32-42). Brasília: Unicef.
- Koller, S. H., & De Antoni, C. (2004). Violência intrafamiliar: uma visão ecológica. In S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano* (pp.293-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kreklewetz, C. M., & Piotrowski, C. C. (1998). Incest survivor mothers: protecting the next generation. *Child Abuse & Neglect*, 22 (12), 1305-1312.
- Leifer, M., Kilbane, T., & Grossman, G. (2001). A three-generational study comparing the families of supportive and unsupportive mothers of sexually abused children. *Child Maltreatment*, 6 (4), 353-364.
- Leifer, M., Kilbane, T., & Kalick, S. (2004). Vulnerability or resilience to intergeneration sexual abuse: the role of maternal factors. *Child Maltreatment*, 9 (1), 78-91.
- Lewin, L., & Bergin, C. (2001). Attachment behaviors, depression, and anxiety in nonoffending mothers of child sexual abuse victims. *Child Maltreatment*, 6 (4), 365-375.
- Narvaz, M. G. (2005). *Submissão e resistência: explodindo o discurso patriarcal da dominação feminina*. Dissertação de mestrado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Newcomb, M. D., & Locke, T. F. (2001). Intergenerational cycle of maltreatment: a popular concept obscured by methodological limitations. *Child Abuse & Neglect*, 25 (9), 1219-1240.
- Oates, R. K., Tebbutt, J., Swanston, H., Lynch, D., & O'Toole, B. (1998). Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abuse children. *Child Abuse & Neglect*, 22 (11), 1113-1118.
- Padilha, M. G. S., & Gomide, P. I. C. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos em Psicologia*, 9 (1), 53-61.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81 (Supl. 5), 197-204.
- Pintello, D., & Zuravin, S. (2001). Intrafamiliar child sexual abuse: Predictors of postdisclosure maternal belief and protective action. *Child Maltreatment*, 6 (4), 344-352.
- Pires, J.M. (2000). Violência na infância: Aspectos clínicos. In Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente (Amencar) (Org.), *Violência doméstica* (pp.32-42). Brasília: Unicef.
- Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In C. S. Hutz (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp.7-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Renner, L. M., & Slack, K. S. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30 (6), 599-617.
- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e profissionais para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2001). *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência* (2a. ed.). Rio de Janeiro.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28 (7), 785-801.

Recebido em: 10/10/2006
 Versão final reapresentada em: 26/3/2007
 Aprovado em: 3/7/2007

Prevenção às drogas nas escolas: uma experiência pensada a partir dos modelos de atenção em saúde

Drug prevention in the school environment: an experience considered through the use of health care models

Ana Cláudia **MÜLLER**¹

Cátia Lucila **PAUL**²

Nair Iracema Silveira dos **SANTOS**³

Resumo

Ao longo da história da saúde pública, vários modelos de atenção foram construídos para orientar ações nessa área, destacando-se o modelo biomédico, o da medicina comunitária e o em defesa da vida. Este artigo trata da análise de um projeto de prevenção às drogas no ambiente escolar realizado em Santa Maria (RS) e discute a relação desta proposta com os modelos de atenção em saúde. A partir da experiência, conclui-se ser necessário romper com o paradigma hegemônico e estruturar as ações de prevenção às drogas conforme modelos alternativos, permitindo que alunos, professores e comunidade assumam o papel de promotores de sua própria saúde.

Unitermos: Abuso de drogas. Política de saúde. Prevenção.

Abstract

Throughout the history of the public health system, several care models have been constructed to guide actions in this field, with particular emphasis on the biomedical model, the community medicine model and the "in defense of life" model. This article deals with the analysis of a drug prevention project in the school environment, conducted in Santa Maria (Rio Grande do Sul), and discusses the relationship of this proposal with the models of health care. From this experiment, we were able to observe that it is necessary to break with the hegemonic paradigm and to structure drug prevention activity in accordance with alternative models, thereby permitting students, teachers and community to partake on the role of promoters of their own health.

Uniterms: Drug abuse. Health care policy. Prevention.

Os serviços de saúde do Brasil e de outros países têm sido orientados por diferentes paradigmas ao longo da história, e as ações nesse campo têm se desenvolvido de acordo com diversos modelos de atenção. Dentre

estes, destacam-se o modelo hegemônico - também denominado biomédico ou de medicina científica - e os modelos alternativos, tais como o da medicina comunitária e o *em defesa da vida* (Silva Júnior, 1998).

▼▼▼▼

¹ Clínica Valéria Colomé. Santa Maria, RS, Brasil.

² Prefeitura Municipal. Bom Retiro do Sul, RS, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. R. Ramiro Barcelos, 2600, Santa Cecília, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: N.I.S. SANTOS. E-mail: <niss@terra.com.br>.

A psicologia também tem acompanhado esse processo de remodelação da atenção à saúde. No presente artigo, propõe-se o debate de uma experiência de intervenção preventiva, problematizando-a a partir dos modelos tecnoassistenciais empregados nesse campo. Tal experiência foi realizada em uma escola pública de Santa Maria (RS), no ano de 2002, abordando o tema drogas com alunos de duas turmas de 5ª série.

Inicialmente, apresenta-se uma síntese sobre os modelos de atenção em saúde e seus princípios, assim como algumas referências acerca da prevenção às drogas nas escolas; em seguida, faz-se uma descrição das atividades realizadas no projeto de extensão e discute-se a relação da proposta de intervenção com os modelos tecnoassistenciais.

Os modelos de atenção em saúde

Os modelos de atenção em saúde são definidos pela organização do serviço a partir de arranjos de saberes da área e da construção de ações sociais específicas. Ou seja, eles se organizam conforme a tecnologia utilizada na assistência, o contexto social, econômico e político em que se inserem (Franco & Merhy, 2004).

Como menciona Silva Júnior (1998), o modelo hegemônico da medicina científica - também chamado de Flexneriano - tem sua gênese histórica a partir das descobertas de Pasteur e Koch no ramo da biologia nos séculos XVIII e XIX, as quais provocaram o redimensionamento das funções das instituições hospitalares: de lugares de *morredouro* passaram a ser locais de trabalho da medicina científica. Esse modelo também foi impulsionado a partir do Relatório Flexner, organizado em 1910, no qual Abraham Flexner reavaliou a educação médica, o que resultou em grandes mudanças nessa área, tais como: a introdução do ensino laboratorial; a expansão do ensino clínico, principalmente em hospitais; a ênfase dada à pesquisa biológica e a especialização profissional.

O modelo hegemônico foi estruturado a partir de alguns princípios norteadores, destacando-se entre eles: o biologismo, o mecanicismo (corpo visto como uma máquina), individualismo (sujeitos e suas histórias tidos como alienados de seus aspectos sociais, psíquicos e políticos; causas das doenças consideradas como exclusivas das práticas de cada sujeito) e a dicotomia

mente-corpo. Além desses, outros elementos estruturais também se salientaram: a exclusão das práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa, a concentração de recursos - os equipamentos e os serviços especializados restringiam-se a determinados espaços físicos, especialmente em hospitais das cidades mais populosas (Silva Júnior, 1998). Esse modelo de atenção focou-se na questão da doença e não explorou a prevenção, as potencialidades e possibilidades de saúde dos sujeitos. Enfim, foram utilizadas intervenções exclusivamente técnicas como forma de alcançar a cura.

A ineficiência, ineficácia e desigualdades na distribuição de seus progressos levaram a medicina científica a uma crise (Silva Júnior, 1998). Os resultados esperados na melhoria da saúde da população - como a redução nas taxas de mortalidade geral populacional e a melhora na expectativa e qualidade de vida - não foram proporcionais aos altos investimentos em serviços e profissionais.

Em consequência às críticas impostas ao modelo anterior, a partir da década de 40 surgiram outros modelos, dentre os quais se destaca o da medicina comunitária, que se orientou a partir da medicina simplificada enfatizando os cuidados primários em saúde, os programas de extensão de cobertura urbana e rural, assim como o incentivo à adesão e participação popular no planejamento em saúde. Esse modelo foi impulsionado por dois movimentos: o primeiro marcou a reestruturação dos serviços de saúde ingleses baseada em reflexões do médico Bertrand Dawson que, em 1920, propôs princípios distintos ao modelo flexneriano; o segundo, que ocorreu em 1978, foi a Conferência Internacional de Alma Ata (URSS), na qual as propostas da medicina comunitária foram repensadas e passaram a ter novas bases (Silva Júnior, 1998).

O relatório feito por Dawson indicava o Estado como o controlador das políticas de saúde, responsabilizando os serviços sanitários pelas ações preventivas e terapêuticas, regionalização das estruturas, bem como pelo provimento de médicos generalistas que pudessem cuidar dos sujeitos e das comunidades (Franco & Merhy, 2004). Na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata (URSS), assinalaram-se as grandes desigualdades sociais existentes entre os países e salientou-se a importância da promoção e

proteção da saúde das populações para uma melhoria na qualidade de vida.

Após o desenvolvimento da medicina comunitária, outro modelo alternativo à medicina científica surgiu por volta da década de 80: o modelo nomeado em defesa da vida. Este se estruturou a partir de idéias e trabalhos de um grupo de profissionais de saúde do Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (Lapa), criado no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que também estava vinculado ao Movimento Sanitário Nacional. Silva Júnior (1998) caracteriza tal modelo technoassistencial pelos seguintes princípios: gestão democrática, saúde como direito de cidadania, serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

Vários autores (Foucault, Guattari, Deleuze, Testa, Matus, Baremblyt, entre outros) tiveram suas produções teóricas utilizadas na construção da *caixa-de-ferramentas*: recurso metodológico de caráter flexível e que melhor se adaptava à problematização, discussão e construção de intervenções em saúde, de acordo com os precursores do modelo *em defesa da vida*. Também se propôs repensar os conceitos de saúde, doença e clínica - sendo a última vista como uma forma complementar à epidemiologia, que visa preservar a vida e a autonomia dos pacientes. Sugeriu também a desospitalização, ou seja, a descentralização de algumas ações para a rede básica de saúde, que deveria estar amparada por estabelecimentos de outros níveis de assistência (Silva Júnior, 1998).

Campos (2003), nessa linha de pensamento, também menciona alguns modos de intervenção clínica em saúde. Ele diferencia a clínica oficial (a degradada) e a ampliada. A primeira desresponsabiliza-se pela integralidade da saúde do indivíduo, prioriza a enfermidade nos atendimentos e focaliza o fator biológico, escamoteando as dimensões subjetiva e social das pessoas. Já a clínica ampliada prioriza o sujeito, sua doença e o contexto no qual se insere, objetivando com isso:

superar a alienação e a fragmentação e o tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo de reconstituição de vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela. Superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade operando-se com Projetos Terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e

técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o ex-paciente, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada com a saúde de outros (Campos, 2003, p.63).

Pode-se observar que na história da psicologia ocorreu o mesmo processo de mudança de paradigmas e de modelos de atenção. A partir da regulamentação de sua profissão, o psicólogo passou a atuar em quatro áreas principais: clínica, escolar, industrial e ensino. Mas, nas últimas décadas, essas se ampliaram, impulsionando os profissionais pra outros campos de intervenção, entre eles, o de saúde coletiva e pública. Esse movimento exigiu a construção de novas formas de ação e a crítica aos paradigmas teóricos até então empregados.

De acordo com Dimenstein (1998), o atendimento à saúde caracterizava-se pela naturalização do modelo biomédico assistencial privatista, orientado para a obtenção de lucro do setor privado de prestação de serviços. No setor de saúde mental, no qual os primeiros psicólogos inseriram-se, a realidade não era diferente: a atuação era hospitalocêntrica e visava à mercantilização da loucura. Entretanto, nos anos 70 do século passado, alguns movimentos sociais deram início à construção de outros paradigmas de atenção à saúde. A saúde mental começou, então, um processo de transformação e crítica ao asilo e à instituição psiquiátrica clássica, que culminaria posteriormente na concretização de uma nova forma de assistência em psiquiatria que preconizava a desospitalização e o investimento em serviços extra-hospitalares.

Nesse mesmo período, ganhou força a Reforma Sanitária, movimento que integrou intelectuais progressistas e trabalhadores da saúde, universidades e centros acadêmicos e organizações da sociedade civil. Esse processo reformista alcançou seu auge em 1986 - ano em que se realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde - e em 1988, quando foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Nas últimas quatro décadas, observou-se uma crescente expansão na contratação de psicólogos em instituições públicas de saúde. No entanto, de acordo com alguns autores, não têm sido constatadas grandes mudanças nos paradigmas que orientam as intervenções do campo de atuação de tais profissionais. Mejias (1984), Dimenstein (2000) e Traverso-Yépez (2001) afirmam que houve na psicologia uma concepção de indivíduo psicológico cuja subjetividade

é individualizada, particularizada, singular e constituída pela história pessoal de cada um, visão esta ainda predominante na área. Tal concepção tem orientado a formação de novos profissionais nas instituições de graduação e, por consequência, a atuação dos psicólogos na saúde pública.

De acordo com pesquisas realizadas nos estados do Rio Grande do Norte (Dimenstein, 2001; Oliveira et al., 2004) e no Distrito Federal (Seidl & Costa Júnior, 1999), observou-se que as intervenções dos psicólogos ainda estão pautadas no modelo clínico, em detrimento do modelo de atenção integral à saúde. Esse contexto decorre do fato de que:

O modelo clínico de atuação privada hegemônico entre os psicólogos - a psicoterapia individual de base psicanalítica - é geralmente transposto para o setor público, tanto para posto, centros e ambulatorios de saúde, independentemente dos objetivos dos mesmos e da população neles atendidas, tendo algumas consequências importantes, entre as quais destaco:

- a) Conflito com as representações de pessoa, saúde e doença, corpo, próprias aos usuários das instituições públicas de saúde;
- b) Baixa eficácia das terapêuticas e alto índice de abandono dos tratamentos;
- c) Seleção e hierarquização da clientela;
- d) Psicologização de problemas sociais" (Dimenstein, 2000, p.107).

Prevenção às drogas na escola

O diálogo interdisciplinar e intersetorial nas intervenções em saúde tem permitido atualmente a construção de novas perspectivas de atuação em diversas áreas, entre elas, a prevenção na adolescência. Dessa forma, destaca-se a importância de se trabalhar conjuntamente com a escola e a família (Jeolás & Ferrari, 2003).

A partir da década de 70 do século passado, quando surgiu a estratégia de diminuir o uso indevido de drogas, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) passou a enfatizar a abordagem preventiva ao abuso de drogas, tendo a escola como o espaço principal para este processo, pois parte significativa da população passa

por esta instituição. Neste caso, a Unesco enfatizou a abordagem preventiva como educação para a saúde (Moreira, Silveira & Andreoli, 2006).

A noção de escola como promotora de saúde surge a partir da aplicação dos princípios da Carta de Ottawa endossados pela OMS. Essas escolas promotoras de saúde abordam "a natureza integral da saúde, equidade de gênero, envolvimento de toda a comunidade escolar, processo decisório participativo, sustentabilidade, adaptação cultural e inclusão de medidas que ampliem habilidades cognitivas e sociais" (Moreira, Silveira & Andreoli, 2006, p.811).

Soares e Jacobi (2000) destacam a importância da escola como local privilegiado para trabalhar prevenção às drogas pela possibilidade de acesso aos jovens e pela natureza educacional de seu trabalho. Ressaltam, ainda, o despreparo para trabalhar com as dificuldades sociais e com as transformações culturais. Para estes autores, as instituições educacionais devem se afastar de cânones inflexíveis e passar a ver estas questões como os alunos as percebem, adicionando as necessidades e a demanda que surge no cotidiano escolar às práticas preventivas. Nesse sentido, os professores têm sido alvo dos programas de qualificação para ações de educação preventiva na linha participativo-construtivista, em defesa da reflexão crítica e do envolvimento de todos os segmentos participantes das instituições educacionais - pais, comunidade, corpo docente e discente.

Moreira et al. (2006) salientam duas maneiras de enfrentar o uso e abuso de drogas: a primeira que estimula a proibição, pela diminuição da oferta, com informações que se caracterizam pelo apelo moral e produção de medos, persuadindo as pessoas à abstinência; a segunda é a redução de danos, com propostas como: oferecimento de alternativas, educação para a saúde e modificações das condições de ensino.

A utilização do discurso *Não às Drogas*, que enfatizava os distúrbios e o adoecimento, negligenciava o outro lado do uso de tais substâncias: o prazer que elas proporcionam aos jovens. De que adianta dizer *Não* e ficar de costas aos sentimentos dos adolescentes? O que fazer quando o narcotráfico cresce em proporções maiores que as campanhas? O que pode fazer a escola diante desse panorama?

Aratangy (1998) refere que metodologias preventivas que se utilizam somente de uma abordagem mais racional, que enfatiza o saber científico dos efeitos químicos das drogas, ou uma metodologia moralista e de enfoque religioso sobre esse tema, que busca definir as drogas em termos de bem ou mal, também não obtêm resultados preventivos adequados. Do mesmo modo, palestras proferidas por ex-usuários podem ser contraproducentes, pois podem alimentar a sensação de onipotência, tão característica da fase da adolescência, e provocar nos alunos um sentimento de que é possível experimentar, fazer uso e sair facilmente da drogadição.

A mesma autora menciona que encontros pontuais com especialistas externos à escola ajudam a aplacar a ansiedade da instituição, eximindo-a muitas vezes de se comprometer com um projeto mais amplo e consistente. Essas intervenções podem ser úteis quando fazem parte de um planejamento maior, que contemple outras atividades de interesse dos estudantes e da escola.

Aratangy (1998) sugere que o caminho para a prevenção do consumo de drogas passa pela exploração das questões emocionais dos adolescentes, e isso se dá por meio da abertura de canais de comunicação e participação, com atividades alternativas e não avaliativas pela escola, tais como as artísticas e esportivas. Considera-se que, muito mais importante do que alardear sobre proibições, ou seja, utilizar o discurso *Não às Drogas*, é importante criar espaços em que os jovens possam vivenciar experiências significativas e compartilhá-las em grupo. Além disso, mostra-se imprescindível a organização de atividades que envolvam o jovem na comunidade, assim como abrir espaços para orientação aos pais, para que estes não se sintam tão despreparados para lidar com os desafios da adolescência.

Carlini-Cotrim (1998) refere uma forma de prevenção ancorada na perspectiva de redução dos danos associados ao uso de drogas. A autora apresenta dois argumentos utilizados por defensores de tal modelo. O primeiro sustenta que o discurso do "mundo livre de drogas" fere os princípios éticos e direitos civis, uma vez que ditar regras de uso e normas de comportamento, além de ser medida insuficiente para o problema de usuários dependentes, priva os sujeitos de seu livre arbítrio e da autonomia em suas escolhas.

O segundo argumento afirma que a postura de guerra às drogas é irrealista, pois sua erradicação em nossa sociedade seria inviável pelas dificuldades de financiamento e execução. As sociedades humanas, conforme Salles (1998), sempre conviveram com algum tipo de substância psicoativa e fizeram uso desta para modificar seu estado de ânimo, ter acesso a algum tipo de conhecimento, estimular ou evitar algum tipo de sofrimento. Entretanto, a sociedade fazia uso das drogas de forma restrita, em rituais ou cerimoniais religiosos. Como havia certo controle, não se observava tão frequentemente casos de abuso e dependência. As ações preventivas baseadas na postura de redução de danos não visam resultar, obrigatoriamente, em rejeição a qualquer contato com drogas. Acredita-se, somente, que quanto mais realizado e consciente estiver, menores são as chances de o jovem se envolver patologicamente com drogas (Carlini-Cotrim, 1998, p.29).

Nessa perspectiva, há uma preocupação com a diminuição dos danos causados à saúde e ao bem-estar daqueles que usam drogas, mas também com a educação daqueles sujeitos que consideram que a opção mais segura é não usá-las. Evidências epidemiológicas mostram que as drogas lícitas são causa de problemas tanto quanto as ilícitas, o que faz com que esse modelo alternativo de prevenção enfoque em especial o álcool e o fumo. Na prática, o modelo visa articular ações que envolvam o conhecimento científico, educação afetiva, oferecimento de alternativas, educação para a saúde e modificação das condições do sistema de ensino.

Os programas de prevenção do Ministério da Saúde (Bucher, 1995) têm se caracterizado pela mudança no discurso em relação às drogas. Até recentemente as campanhas ganhavam espaço na mídia enfatizando os danos causados na relação com as drogas, especialmente aquelas ilícitas. Na atualidade, os grandes chamamentos têm sido direcionados para a valorização da vida e para a expansão de atividades que favoreçam a melhoria da qualidade de vida, acompanhando as novas propostas de atenção à saúde e a problematização do conceito de saúde centrado na idéia de ausência de doença. Moreira et al. (2006) afirmam que as intervenções preventivas sobre as drogas mais prósperas são as que se ampliam para o espaço físico e social, dando ênfase à saúde como um todo e aproximando-se do conceito de promoção de saúde. A experiência relatada a seguir apóia-se nesta perspectiva.

Método

A experiência da qual trata este artigo refere-se a um projeto de extensão universitária desenvolvido por acadêmicos do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, no ano de 2002. O projeto teve como principal objetivo abrir espaços de discussão na escola sobre um tema de grande relevância, principalmente quando se considera a realidade do município, com seus altos índices de consumo de drogas e o fato de ser alvo de organizações do tráfico, pela localização geográfica de referência para rota. Também não se pode esquecer que Santa Maria é um pólo educacional, com uma população significativa de jovens estudantes nos diversos níveis de ensino (Saldanha, 1999).

A proposta para tal intervenção surgiu a partir do pedido do corpo docente de uma escola pública da cidade, na expectativa da abordagem de um polêmico tema transversal proposto nos parâmetros curriculares nacionais: as drogas. Esta demanda surgiu em turmas de 5^{as} e 6^{as} séries, em uma aula de Português, quando a professora dessa disciplina fez o levantamento de temas sobre os quais os alunos tinham interesse. A surpresa e preocupação dos professores com tal escolha, e as dúvidas sobre como trabalhar com esta questão, direcionaram o pedido de apoio à universidade.

O projeto pode ser dividido em duas fases. Na primeira etapa, visando à familiarização com as turmas de 5^{as} séries escolhidas para se iniciar as atividades, realizou-se seis encontros com duas turmas em separado, reunindo-as em alguns momentos. Vários recursos foram empregados nesses encontros, tais como confecção de painéis contando a história da turma, utilizando para isso diversos materiais; representação de cenas sobre o cotidiano escolar em pequenos grupos; jogos de futebol e vôlei no pátio; perguntas distribuídas em dois encontros focando temas como drogas, família, escola e juventude. Os elementos utilizados tiveram como objetivo proporcionar integração entre os alunos, e destes com os acadêmicos, e criar um ambiente propício à expressão de idéias e sentimentos de uma forma dinâmica.

Ainda na primeira fase, procurou-se iniciar a discussão com a família e com os professores. Foi elaborado um anteprojeto para a análise com os segmentos citados, visando à criação de um planejamento coletivo

da escola. Os acadêmicos de psicologia e alguns professores da escola em questão participaram de encontros no Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN/SM), discutindo propostas de prevenção na escola.

Na reunião com os pais, explorou-se o que era pensado sobre as drogas, como essa questão era tratada em casa, quais as drogas conhecidas e o que achavam sobre a proposta do projeto de prevenção ao uso de tais substâncias. Apesar de um número reduzido, os pais e responsáveis presentes na reunião falaram de idéias, dúvidas, questionamentos e dificuldades com os filhos. Posteriormente, algumas mães participaram de visitas a setores da comunidade para entrevistas - estas fizeram parte da segunda etapa do projeto de extensão. Com os professores, obteve-se a aprovação das idéias propostas, mas não se conseguiu que inserissem a discussão do tema nas respectivas disciplinas. Apenas a professora de Artes procurou desenvolver *slogans* para o projeto, aos quais só se teve acesso no final das atividades por conta das dificuldades de contato com o corpo docente.

Na segunda fase do projeto, a idéia construída e compartilhada com pais e professores consistia na elaboração de um documentário abordando o tema drogas. Para isso, houve a colaboração de uma professora do curso de Comunicação Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que realizou uma exposição teórica sobre o que era um documentário e sugeriu outra definição para o que se daria conta nesse estágio do trabalho: um vídeo com uma edição curta.

Iniciou-se a elaboração do vídeo com a realização de entrevistas na própria comunidade - no posto de saúde, no bar, no posto da Brigada Militar e nas famílias -, objetivando com isso contextualizar o tema drogas de acordo com a realidade dos escolares. Em pequenos grupos, os alunos debateram acerca do tema e formularam perguntas a serem utilizadas nas entrevistas, o que os mobilizou bastante, permitindo a troca de idéias, experiências, curiosidades e medos. Algumas dessas entrevistas foram filmadas ou gravadas em áudio. Posteriormente, a partir dos temas discutidos, os mesmos grupos construíram cenas para dramatização, abordando diversas situações: a influência das drogas lícitas e ilícitas na família, na escola, entre os amigos, no namoro e no trabalho. Estas cenas foram gravadas em vídeo.

Parte desse material foi aproveitada em uma edição amadora organizada para apresentação pelos próprios alunos nas atividades de encerramento do ano letivo na escola. Concomitantemente ao processo de filmagem das dramatizações, um grupo se organizou com atividades orientadas à composição e apresentação de músicas relacionadas ao assunto trabalhado. A organização deste grupo foi espontânea. As atividades propostas buscaram romper com posturas rígidas e preconceituosas, por meio de uma metodologia participativa e favorável às discussões.

Paralelamente à execução do projeto de extensão universitária na escola, os graduandos de psicologia criaram um espaço para discutir suas vivências, valores, pensamentos e implicações com o tema abordado nas salas de aula. Nesses momentos de reflexão crítica, algumas inquietações e questionamentos foram levantados: afinal, qual é o papel da psicologia na saúde? Quais as intervenções possíveis na área de saúde do escolar? Qual postura deve ser adotada diante de um tema tão polêmico? Como ir além de palestras, da simples (in)formação e da repressão moral? Que modelo de atenção à saúde adotar?

Resultados e Discussão

Pensando a intervenção a partir dos modelos de atenção

Analisando as discussões e as atividades de integração com os grupos de alunos, percebeu-se que no ambiente socioeconômico em que viviam a exposição às drogas lícitas era maior. As primeiras experiências com as bebidas alcoólicas e o fumo se davam em idade muito precoce e no seio familiar ou na comunidade. Muitos relatos indicaram que os alunos, familiares e até mesmo os professores, em algum momento, haviam feito uso de alguma droga lícita, o que tornava os participantes do projeto familiarizados com o tema trabalhado e portadores de uma bagagem de vivências diretas e indiretas com esse tema.

De posse dessas informações e conscientes de que as drogas permeavam o cotidiano dos adolescentes, os acadêmicos de psicologia questionaram-se sobre a perspectiva a partir da qual se deveria abordar esse assunto tão polêmico. A partir disso, constataram

que adotar uma postura repressora e moralista, realizando tentativas de intimidação dos jovens, não seria o caminho mais adequado a seguir. Com isso, as riquíssimas experiências e vivências trazidas pelos adolescentes estariam sendo negligenciadas, criando obstáculos para um posicionamento mais autônomo por parte deles diante das discussões propostas, pois, como elucida Carlini-Cotrim (1998), as estratégias clássicas pecam por colocar os estudantes em uma posição heterônoma e proibitiva em relação à apropriação de seus pensamentos e exploração dos prazeres oriundos de seus corpos. Os acadêmicos procuraram não adotar a postura de especialistas, apesar da freqüente insistência da escola nesse sentido, mas sim de facilitadores das discussões e das ações.

O corpo docente da escola procurou, desde o início das atividades do projeto de extensão, responsabilizar somente os acadêmicos de psicologia pela realização das atividades de prevenção, pautado no modelo clássico de intervenção, em que a escola requisita ajuda colocando-se no lugar de não-saber e atribuindo poder a um especialista. No entanto, para os acadêmicos foi fundamental caracterizar o plano de ação não como da psicologia, mas da instituição escolar, permitindo que esta se apropriasse da proposta.

Buscou-se o rompimento com o modelo hegemônico, não somente pela quebra do princípio de que a cura se dá por meio do especialismo, como aponta Silva Júnior (1998), mas também rompendo com o pressuposto adotado por este paradigma, que afirma que o sujeito é o único responsável por suas práticas de saúde. Dimenstein (1998) comenta que muitas das intervenções dos psicólogos em saúde continuam permeadas por este pensamento, desconsiderando o contexto sócio-histórico em que os sujeitos estão inseridos. Amparado pelo modelo em defesa da vida, o projeto objetivou construir uma proposta em conjunto, tomando-se a realidade e o cotidiano dos sujeitos envolvidos como base para a elaboração das atividades, assim como a trajetória dos indivíduos, historicamente construída.

Para isso, criou-se nas turmas um espaço aberto à discussão e expressão de opiniões sem um juízo valorativo e moralista, o que permitiu que os alunos pudessem encarar as drogas e suas conseqüências não de uma forma idealizada, mas também não irreal, como

acontece em muitos espaços abertos para tal, nos quais se procura enfatizar o discurso *Não às Drogas* sem ver seu lado reverso, que é o prazer proporcionado por tais substâncias. Como aponta Salles (1998), as drogas sempre estiveram presentes ao longo da história da humanidade e este fato não pode ser negligenciado; é preciso pensar em formas de não tornar esse uso tão nocivo, como ocorre atualmente.

O espaço aberto e franco criado entre acadêmicos, professores e alunos possibilitou que se transmitissem informações sobre as drogas conforme o interesse dos adolescentes. Estes puderam assimilar tais dados e mostrar como se expressam em seu cotidiano familiar e acadêmico; assim, puderam realizar trocas de forma contextualizada. Com o vídeo de curta duração, procurou-se colocar os alunos no lugar de autores, de modo a se apropriarem do tema abordado e mostrarem a ótica deles acerca do tema, como uma forma de expor o seu olhar sobre o contexto em que vivem e a relação deste com as drogas.

O projeto apoiou-se no paradigma estético proposto por Guattari (1993), uma alternativa ao modelo científico no universo capitalista: um paradigma de criatividade que abre para rupturas nas práticas naturalizadas e para a produção de outras subjetividades. Guattari (1993) insiste em um “caráter criacionista” no paradigma estético, que não significa “estetizar o mundo”, mas sim criar um campo de experimentação e invenção de outros modos de existência. A experiência dos acadêmicos de psicologia com a escola implicou a composição de estratégias pautadas pela intensificação de brechas nos espaços fixos e lugares marcados nos quais professores e alunos pouco se movimentam no cotidiano escolar. Uma dimensão ética sustentou as ações e exigiu também uma análise permanente das ações dos pesquisadores e dos lugares ocupados nas relações estabelecidas com a escola, alunos, professores, saberes, drogas e práticas, problematizando os modos de produção de conhecimento e de promoção de saúde na escola. Procurou-se não psicologizar, nem pedagogizar, muito menos escolarizar o tema drogas na escola, adotando-se sempre uma postura transdisciplinar.

Com a utilização do paradigma estético como norteador das ações do projeto, buscou-se romper com o modelo tecnoassistencial hegemônico, visto que o pedido da escola por uma intervenção pautada nesse

último era evidente. A intervenção junto aos alunos orientou-se conforme o modelo em defesa da vida, uma vez que rompeu com a visão mecanicista e biologicista da perspectiva curativa da medicina científica. Visou construir, em conjunto com os adolescentes, novos modos de existência, processos de diferenciação e de singularização, tal como Campos (2003) afirma ser a função dos profissionais da área de saúde junto aos usuários dos serviços.

Experiências de prevenção mostram que propostas pontuais e isoladas não trazem os mesmos benefícios e resultados do que aquelas que se desenvolvem de forma continuada e abarcam os diversos setores do ambiente escolar (Aratany, 1998). Entendeu-se, portanto, que a prevenção deveria ser realizada em um programa que tivesse a adesão e implicação do corpo docente e de funcionários da escola, assim como da família e comunidade escolar. Por isso, os pais dos jovens foram convidados a participar da elaboração das entrevistas na comunidade e integrados à discussão que estava sendo realizada em sala-de-aula. O corpo de profissionais da escola, que não se restringiu somente aos professores, também se ocupou dos debates e questionamentos, não somente no ambiente escolar, mas também fora dele, por meio da participação em eventos no Conselho Municipal de Entorpecentes, nos quais se debateu sobre o papel das escolas na prevenção ao abuso de drogas. Os professores e familiares também são entendidos como agentes de prevenção, por isso a inserção deles nas discussões pertinentes a esta pesquisa foi imprescindível.

Ao longo do projeto, surgiu o desafio de pensar a relação entre a psicologia, a educação e a saúde. Historicamente, esta interface constituiu-se pela via do “especialismo”, que colocou os profissionais da saúde, incluindo a psicologia, em lugares de saber e poder na relação com educadores, com intervenções centradas nos desvios, sintomas e patologias. A concepção de saúde que perpassa este tipo de relação vai de encontro às formulações da Reforma Sanitária e da construção do SUS. A escola solicitou uma intervenção baseada no modelo de relação construída entre esses campos, que tem operado com divisões conhecidas, tais como: aluno normal x aluno problema, família estruturada x família desestruturada, professor competente x professor incompetente. Esse é um modelo sustentado no para-

digma de ciência no qual a psicologia historicamente se ancorou, marcada por práticas individualizantes e produtoras dos próprios desvios para os quais é chamada a intervir. O pedido da escola à universidade foi formalizado em um contexto que transforma o interesse dos alunos pelo tema drogas em “problema” para a psicologia, sob expectativas de “mudanças de comportamento” em uma “turma difícil”, conforme expressões de professores em reuniões com a equipe.

No trabalho desenvolvido na escola, procurou-se não assumir um papel moralizador e doutrinador, tomando o conhecimento como algo estanque e acabado, mas possibilitaram-se experiências criativas, nas quais professores e alunos pudessem se colocar em outros lugares e papéis, compreendendo as forças que transversalizam a escola e tomando o fenômeno das drogas em seu contexto histórico-social. As ações foram pautadas não pensando em termos de desvios e doenças, mas considerando os sujeitos concretos, sociais e subjetivamente construídos. Com isso possibilitou-se, como afirma Foucault (1985), desterritorializar formas enraizadas de intervenção e reterritorializá-las a partir de outros modelos de atenção em saúde.

Considerações Finais

A partir do modelo de atenção em saúde proposto pelo projeto, atingiu-se o objetivo de intervir abrindo espaços para discussão do tema drogas na escola, respeitando o momento dos alunos, os interesses e trabalhando principalmente com a formulação de questões pelos grupos e com o desenvolvimento de atividades nas quais os estudantes pudessem agir de forma criativa e investigativa. A marca ética do grupo esteve presente na busca da ruptura com o modelo biomédico, que perpassa também algumas práticas da psicologia, procurando dar voz aos alunos e criando possibilidade de participação e de tomada de decisões, de modo que estes pudessem se colocar em outros lugares e territórios. O incentivo à participação dos sujeitos sociais no processo de produção de saúde, tal como foi feito neste projeto, assemelha-se ao proposto pelo modelo em defesa da vida.

Ao contrário da demanda da escola por ações pautadas pelo modelo biomédico, baseado na função curativa e orientado pelo especialismo, buscou-se focar a experiência de intervenção da psicologia em um

modelo de saúde alternativo. Pode-se pensar que o *paradigma estético* utilizado nessa experiência tem seu paralelo no modelo *em defesa da vida*, que inclusive tem servido como base para os Parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação e Cultura e para as ações em saúde escolar.

Considerando especificamente o espaço da psicologia em atividades de prevenção em saúde nas escolas ou em outras instituições, constatou-se ser fundamental desenvolver um pensamento crítico-reflexivo acerca dessas ações, não as tomando como naturalizadas e enraizadas.

Para obter resultados mais completos, seria necessário acompanhar esses adolescentes por um período maior, para perceber que implicações as intervenções do projeto alcançaram. A discussão apresentada neste artigo pode contribuir para a problematização de escolhas metodológicas e seus efeitos em abordagens de prevenção às drogas na escola.

Referências

- Aratangy, L. R. (1998). *O desafio da prevenção*. In J. G. Aquino (Org.), *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus Editorial.
- Bucher, R. (1995). *Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS. Cartilha do Educador*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. (2003). *Clínica ampliada e paidéia* (pp.63-64). São Paulo: Hucitec.
- Carlini-Cotrim, B. (1998). *Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade*. In J. G. Aquino (Org.), *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus Editorial.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo em Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3 (1), 58-81.
- Dimenstein, M. D. B. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia* (Natal), 5 (1), 95-121.
- Dimenstein, M. D. B. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 57-63.
- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2004). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In E. E. Merhy (Org.), *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp.55-124). São Paulo: Hucitec.

- Guattari, F. (1993). Entrevistas: Guattari, o paradigma estético. *Cadernos de Subjetividade*, 1 (1), 29-34.
- Jeolás, L. S., & Ferrari, R. A. P. (2003). Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e conhecimento compartilhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (2), 611-620.
- Ministério da Educação e Cultura (1998). *Parâmetros Curriculares Nacionais*. Brasília: MEC.
- Meijas, N. P. (1984). O psicólogo, a saúde pública e o esforço preventivo. *Revista de Saúde Pública*, 18 (2), 155-161.
- Moreira, F. G., Silveira, D. X., & Andreoli, S. B. (2006). Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3), 807-816.
- Oliveira, I. F., Alvarenga, A. R., Carvalho, D. B., Costa, A. L. F., Dantas, C. M. B., Silva, F. L., et al. (2004). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9 (17), 71-89.
- Saldanha, V. B. (1999). *II Estudo epidemiológico sobre o uso de drogas psicotrópicas por estudantes do ensino fundamental, médio e superior de Santa Maria - RS*. Santa Maria: UFSM.
- Salles, L. M. F. (1998). *As drogas e o aluno adolescente*. In J. G. Aquino (Org.), *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus Editorial.
- Seidl, E. M. F., & Costa Júnior, A. L. (1999). O Psicólogo na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. *Psicologia Teoria e Pesquisa (Brasília)*, 15 (1), 27-35. (1999).
- Silva Jr, A. G. (1998). *Modelos tecnoassistencias em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Soares, C. B., & Jacobi, P. R. (2000). Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa de prevenção escolar. *Cadernos de Pesquisa*, (109), 213-237.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 49-56.

Recebido em: 27/7/2006
Versão final reapresentada em: 25/4/2007
Aprovado em: 15/8/2007

Índice de Autores

A

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de	509
ALMEIDA, Leandro da Silva	169
ALMEIDA PRADO, Maria do Carmo Cintra de	277
AMATUZZI, Mauro Martins	303
ANDRETTA, Ilana	45
AZÔR, Ana Mafalda Guedes Cabral Courinha Vassalo	77

B

BANHATO, Eliane Ferreira Carvalho	353
BARHAM, Elizabeth Joan	211
BARIANI, Isabel Cristina Dib	67
BERGAMASCO, Niélsy Helena Puglia	385
BRITO, Márcia Regina Ferreira de	193
BUENO, Viviane Freire	385

C

CAMPOS, Alfredo	321
CAMPOS, Alzira Lobo de Arruda	431
CARVALHAL, Layana Guedes	91
CARVALHO, Ana Maria Almeida	233
CASULLO, Maria Martina	3
CAVALCANTE, Christiany Maria Bassetti	449
CAVALCANTE, Cinthia Mendonça	265
CIA, Fabiana	211
COELHO FILHO, Joaquim Gonçalves	431
CORDEIRO José Antonio	185
CORREA, Jane	547
CORRÊA, Ligia Caran Costa	431
COSTA JUNIOR, Áderson Luiz da	417
COSTA, Liana Fortunato	241
CUPERTINO, Ana Paula Fabrino Bretas	353

D

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco	595
DOMINGOS, Neide Aparecida Micelli	185, 461
DOMINGUES, Angela Ferreira	37

F

FARAH, Flávia Helena Zanetti	141
FERREIRA, Bruno Eduardo Silva	293
FERREIRA, Sulamita Pires	547
FICHER, Ana Maria Fortaleza Teixeira	361
FRANÇA, Valtenice de Cássia Rodrigues de Matos	177
FRANCESCHINI, Ana Carolina Trousdell	91

FRANCO, Anamélia Lins e Silva	233
FRANCO, Renata da Rocha Campos	141

G

GALINKIN, Ana Lúcia	101
GARCIA, Agnaldo	293
GENARO JUNIOR, Fernando	527
GIACOMONI, Claudia Hofheinz	23
GÓMEZ-JUNCAL, Rocío	321
GONÇALVES, Ângela Maria Barbosa Ferreira	343
GOUVEIA, Valdney Veloso	55
GUISANDE, Maria Adelina	169
HOLANDA, Adriano Furtado	375
HUTZ, Cláudio Simon	23

I

IRIGARAY, Tatiana Quarti	517, 585
JESUS, Cláudia Fabiana de	499
JORGE, Maria Salete Bessa	265
KAMEYAMA, Marcia	91
KOHLSDORF, Marina	417
KOLLER, Silvia Helena	405

L

LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro	251
LIPORACE, Mercedes Fernandez	3
LOPES, Rita de Cássia Sobreira	251
LOPES, Rafael Gimenes	123
LUDWIG, Martha Wallig Brusius	343
LUZ, Márcia Maria Carvalho	303

M

MAGALHÃES, Mauro de Oliveira	203
MAHFOUD, Miguel	567
MANRIQUE-SAADE, Elizabeth Ann	91
MARTINS, Cintia Ribeiro	509
MIRANDA, Lúcia	169
MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos	185
MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo	111
MOTA, Márcia Maria Peruzzi Elia da	353
MOTTI, Telma Flores Genaro	37
MÜLLER, Ana Cláudia	607
MÜLLER, Marisa Campio	343

N

NEME, Carmen Maria Bueno	487
NERY, Maria da Penha	241
NEUBERN, Maurício da Silva	439

NEVES, Maria Tereza de Souza	509	SANTOS, Nair Iracema Silveira dos	607
NIEWEGLOWSKI, Viviane Hultmann	111	SANTOS, Natanael Antonio dos	177
O			
OLIVEIRA, Margareth da Silva	45, 343	SANTOS, Samara Silva dos	595
ORTEGA, Antonio Carlos	449	SCHNEIDER, Rodolfo Herberto	517, 585
P			
PALAMIN, Maria Estela Guadagnucci	37	SEIDL, Eliane Maria Fleury	101
PAUL, Cátia Lucila	607	SILVA, Elza Maria Tavares	395
PAVANI, Renatha	67	SILVA, Kelly Cristina Atalaia da	353
PEREIRA, Ana Carolina Covas	277	SILVA, Maria Teresa Araujo	91
PÉREZ-FABELLO, María José	321	SILVA, Rogério Rodrigues da	375
PESSOA, Viviany Silva	55	SILVEIRA, Daniel Rocha	567
PICCININI, Cesar Augusto	251	SIROTA, André	557
PIMENTEL, Carlos Eduardo	55	SISTO, Fermino Fernandes	223
POLETTO, Michele	405	SOUSA, Leonardo Mello de	333
POLITANO, Isabella	233	SOUZA FILHO, Edson Alves de	333
PORTELA, Marco Antônio	131	SOUZA, Lilians Ferreira Neves Inglez de	193
PRADO, Renata Bilion Ruiz	487	V	
R			
RANGÉ, Bernard	477	VALERIO, Nelson Iguimar	185
REZENDE, Manuel Morgado	499	VANSAN, Gerson Antonio	361
RISTUM, Marilena	11	VASCONCELLOS, Sílvio	123
RUEDA, Fabián Javier Marín	223	VASCONCELOS, Tatiana Cristina	55
S			
SALOMÃO JÚNIOR, João Batista	185	VECTORE, Celia	77
SANT'ANNA, Ana Carolina Cunha	101	VILLELA, Elisa Marina Bourroul	535
		VILLEMOR-AMARAL, Anna Elisa de	141
		MODRES INOUE, Silvia Regina	11
		VIZZOTTO, Marília Martins	151
		W	
		WITTER, Geraldina Porto	395, 577

Índice de Assuntos

A

Abrigos	77
Abuso de criança	11, 595
Abuso de drogas	499, 607
Acolhimento familiar	265
Adolescentes	3, 45, 77, 251, 265, 293, 361
Afetividade	487
Agorafobia	477
Agressões sexuais	277
Alegrias e aborrecimentos	91
<i>Alopecia</i>	487
Ambiente escolar	557
Ambientes sociais	509
Amizade	293
Ansiedade	141
Aprendizagem escolar	169
Asma	185
Autoconceito	193
Auto-distanciamento	567
Auto-eficácia	193
Auto-transcendência	567
Avaliação neuropsicológica	353
Avaliação psicológica	223

B

Bem-estar subjetivo	23, 509
Brincar	37
Busca de sensação	55

C

Centros de reabilitação	499
Cientometria	577
Cognição	353
Comportamento de apego	233, 265
Comportamento moral	557
Comportamento social	185
Compreensão de leitura	395
Comunicação	547
Comunicação interpessoal	111
Condições de trabalho	211
Construtivismo	449
Contextos ecológicos	405
<i>Coping</i>	509
Crenças em relação à velhice	585
Criança	37, 177, 185, 265

Crise	131
Cuidadores	417

D

Depressão	517
Dermatologia	343
Desempenho	193
Desenvolvimento da linguagem	547
Desinstitucionalização	77
Distúrbio do comportamento	185
Distúrbios da visão	535
Doença crônica	185, 293
Drogas	45

E

Educação superior	67
Enfrentamento	417
Envelhecimento	303, 353
Epidemiologia	361, 439
Equipe de assistência ao paciente	499
Escala de satisfação de vida	23
Escala Jenkins	91
Escala	11, 405
Escolha profissional	203
Estado de consciência	547
Estilos parentais.	3
Estresse crônico	91
Estressores	333
Estrutura familiar	77
Estupro	277
Evolução	123
Extroversão	55

F

Família	77, 405, 487
Fases do ciclo da vida	353, 585
Felicidade	303
Formação profissional	67, 535, 577

G

Gravidez	101
Gravidez na adolescência	251

H

História da psicologia	439
Histórias	547

I			
Identificação da violência	11	Psicólogo	577
Idoso	517,585	Psicólogos	535,585
Imagem	321	Psiconcologia pediátrica	417
Impotência	431	Psicopatologia fenômeno-estrutural	141
Incesto	277	Psicoterapia de grupo	241
Inconsistência parental	3	Q	
Interações equipe de saúde-família	111	Qualidade de vida	303,517
Interdisciplinaridade	431	R	
Intervenções breves	45	Relação aluno-aluno	67
J		Relação professor-aluno	67
Jean Piaget	449	Relação trabalho e família	211
Jogos	449	Relaciones familiares	3
L		Relações familiares	277
Leitura	395	Relações mãe-criança	233,251
Lesões	343	Religiosidade	527
M		Religiosos	375
Mães	595	Rendimento escolar	169
Magnetismo animal	439	Resiliência	405,567
Matemática	193	Resistência	567
Medidas	223	S	
Memória	223,321	Saúde mental	265
Mente humana	123	<i>Self</i>	527
Motivação	169,567	Sensibilidade ao contraste	177
Motivação para mudança	45	Serviço-escola de psicologia	535
Mulheres	101	Sexualidade	431
Música	385	Síndrome de imunodeficiência adquirida	101
O		Socialização	37
Ordem de nascimento	203	Sofrimento	375
Orientação profissional	203	<i>Stress</i>	343
P		Subjetividade	131,439
Percepção auditiva	385	T	
Percepção do paladar	385	Técnicas projetivas	141
Percepção social	333	Tentativas de suicídio	361
Percepção visual	177	Terapia cognitivo-comportamental	477
Perda auditiva	37	Teste de cloze	395
Personalidade	517	Teste de Rorschach	141
Política de saúde	607	Traços de personalidades	595
Pós-modernidade	131	Transtorno da personalidade anti-social	55
Prazer	375	Transtorno de pânico	477
Prevenção	607	Turnos de trabalho	211
Processos cognitivos	321,449	U	
Profissionais	333	Unidade de terapia intensiva	333
Profissional da saúde	499	Unidades de terapia intensiva pediátrica	111
Psicanálise	487,527	V	
Psicodrama	233,241	Validade	23
Psicolinguística	547	Validade do teste	223
Psicologia	123,343,567	Violência sexual	11,595
Psicologia clínica	131,241	W	
Psicologia da criança	385	Winnicott	527
Psicologia da saúde	577		
Psicologia educacional	557		

Dissertações e teses em psicologia defendidas em 2008

Master theses and doctoral dissertations defended in Psychology in 2008

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PUC-Campinas

Mestrado

- 11/2/08 Cesar Roberto Pinheiro
Orientador: Marilda E. Novaes Lipp
Stress ocupacional e qualidade de vida em clérigos(as)
- 12/2/08 Valéria Cristina Pereira Verzignasse
Orientador: Antonios Terzis
Acting out em um grupo de adolescentes, um estudo psicanalítico
- 12/2/08 Ana Paula de Sá Campos
Orientador: Vera Engler Cury
Atenção psicológica clínica: encontros terapêuticos com crianças em uma creche
- 12/2/08 Amanda Wechsler
Orientador: Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral
Dizer e fazer: correspondência verbal de mães e filhos em uma situação de exame médico
- 13/2/08 Camila Ribeiro Coelho
Orientador: Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral
Adesão ao tratamento: análise de contingências de indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo 2
- 13/2/08 Ana Carolina de Queiroz Cabral
Orientador: Marilda E. Novaes Lipp
Stress e raiva de mães hipertensas e normotensas e o stress de seus filhos
- 13/2/08 Camila Santos Dias
Orientador: Raquel Souza Lobo Guzzo
Educação não-formal e emancipação humana sob o olhar da psicologia
- 13/2/08 João Paulo Evangelista Carvalho
Orientador: Antonios Terzis
Experiências com um grupo de crianças através da música: um estudo psicanalítico
- 13/2/08 Maria Rita de Lima Zanoni
Orientador: Vera Engler Cury
Plantão psicológico de um serviço universitário de psicologia: a experiência de aprimorandas
- 13/2/08 Paula Brandão Scarpelli
Orientador: Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral
Análise do comportamento de dor em disfunção temporomandibular
- 14/2/08 Giselle de Fátima Silva
Orientador: Mauro Martins AmatuZZi
Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer

- 15/2/08 André Roberto Ribeiro Torres
Orientador: Mauro Martins Amatuzzi
Sentimento de inadequação: estudo fenomenológico - existencial
- 15/2/08 Walter Eduardo Granetto
Orientador: Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral
Práticas educativas parentais em dependentes químicos
- 15/2/08 Vivian Cristina Pacola Alves
Orientador: Marilda E. Novaes Lipp
Stress e qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação
- 27/2/08 Marcelo Salomão Aros
Orientador: Elisa Medici Pizão Yoshida
Avaliação de depressão masculina: produção científica (2004-2007)
- 16/4/08 Marcio Chevis Svartman
Orientador: Antonios Terzis
Grupo de profissionais em uma empresa: uma experiência psicanalítica

Doutorado

- 11/2/08 Diana Pancini de Sá Antunes
Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Transicionalidade e uso do procedimento de desenhos-estórias com tema nas primeiras entrevistas clínicas
- 12/2/08 Renato Marchi
Orientador: Marilda E. Novaes Lipp
Escala clínica para prever a adesão ao tratamento: transtorno bipolar do humor
- 13/2/08 Izabella Mendes Sant'Ana
Orientador: Raquel Souza Lobo Guzzo
Projeto político-pedagógico, trabalho docente e emancipação: a relação psicólogo-professor em processo de construção
- 13/2/08 Paulo Eduardo Benzoni
Orientador: Marilda E. Novaes Lipp
Stress crônico e temas de vida: uma proposta cognitivo-comportamental para conceitualização
- 13/2/08 Sueli Aparecida Milare
Orientador: Elisa Medici Pizão Yoshida
Intervenção breve em organizações: mudança em coaching de executivos
- 14/2/08 Marília Gonçalves
Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Equilíbrio psicológico: fragmentos do imaginário coletivo de professores de ioga brasileiros
- 15/2/08 Elisana Marta Machado
Orientador: Vera Lúcia Trevisan de Souza
Sentidos partilhados nas interações em sala de aula: missão, trabalho, tramas e dramas
- 15/2/08 Berenice Victor Carneiro
Orientador: Elisa Medici Pizão Yoshida
Escala de alexitimia por observador (OAS), precisão e validade da versão em português
- 20/2/08 Renata Costa de Toledo Russo
Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg
O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência
- 8/2/08 Regina Lara Silveira de Mello
Orientador: Solange Muglia Wechsler
O processo criativo em arte; percepção de artistas visuais
- 15/5/08 Camila Ferreira de Ávila
Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg
As gêmeas cantoras e o menino que sonhava jogar futebol: o imaginário de professores sobre inclusão escolar
- 15/5/08 Wilton de Oliveira
Orientador: Vera Lúcia Adami Raposo Do Amaral
O que se faz e o que se diz: auto-relatos emitidos por terapeutas comportamentais

Agradecimentos

Acknowledgements

A revista Estudos de Psicologia contou com a colaboração de especialistas *ad hoc* para a avaliação dos trabalhos a ela submetidos em 2008.

Acacia Aparecida Angeli dos Santos	USF
Aderson Luiz Costa Junior	UnB
Aécio Marcos de Medeiros Gomes de Matos	UFPE
Agnaldo Garcia	UFES
Aidyl Macedo de Queiroz Pérez-Ramos	USP
Airle Miranda de Souza	UFPA
Alacir Villa Valle Cruces	Centro Universitário de Santo André
Alberto Manuel Quintana	UFMS
Alberto Olavo Advincula Reis	USP
Alcyr Alves de Oliveira Junior	UFRGS
Alessandra Gotuzo Seabra Capovilla	USF
Alessandra Marques Ceconello	FACOS
Alessandra Turini Bolsoni Silva	Unesp
Alexandra Ayach Anache	UFMGs
Aline Maria Tonetto da Rosa	UFRGS
Aline Roberta Aceituno da Costa	URV
Almir Del Pretto	UFSCar
Ana Alayde Werba Saldanha	UFPB
Ana Augusta Maria Pereira	Instituto Dante Pazzanese
Ana Cleide Guedes Moreira	UFPA
Ana Cristina Limongi França	USP
Ana Gracinda Queluz Garcia	Universidade do Ibirapuera
Ana Lúcia Gatti	USJT
Ana Magnolia Bezerra Mendes	UnB
Ana Maria Falcão de Aragão Sadalla	Unicamp
Ana Maria Pimenta Carvalho	USP- RP
Ana Maria Teresa Benevides Pereira	UEL
Ana Mercês Bahia Bock	PUC-SP
Ana Paula Porto Noronha	USF
Ana Raquel Rosas Torres	UCB
Anamélia Lins E Silva Franco	UCSAL/FRB
Andréa Hortélio Fernandes	UFBA
Andrea Máris Campos Guerra	PUC-MG
Andrea Seixas Magalhães	PUC-RJ
Angela Donato Oliva	UERJ E UFRJ
Angela Maria Monteiro da Silva	Exército Brasileiro
Anísio José da Silva Araújo	UFPB

Anna Carolina Lo Bianco Clementino	UFRJ
Anna Elisa de Villemor Amaral	USF
Antonio Virgilio Bittencourt Bastos	UFBA
Bellkiss Wilma Romano	FM/USP
Bernard Pimentel Rangé	UFRJ
Blanca Susana Guevara Werlang	PUC-RS
Brigido Vizeu Camargo	UFSC
Carla Witter	USJT
Carmen Flores-Mendoza	UFMG
Carmen Leontina Ojeda Ocampo More	UFSC
Carmen Lucia Cardoso	USP
Carmen Maria Bueno Neme	Unesp
Carmen Silveira de Oliveira	Unisinos
Carolina Lampreia	PUC-RJ
Cecilia Guarnieri Batista	Unicamp
Célia Vectore	UFU
Celito Francisco Mengarda	PUC-RS
César Ades	USP
César Augusto Piccinini	UFRGS
Charles Spielberger	University of South Florida - USA
Christina Menna Barreto Cupertino	Unip
Claisy Maria Marinho-Araujo	UnB
Claudette Maria Medeiros Vendramini	USF
Claudia Broetto Rossetti	UFES
Cleonice Alves Bosa	UFRGS
Cristiana Mercadante Esper Berthoud	Unitau
Cristina Maria de Souza Brito Dias	Unicap
Daniela Scheinkman Chatelard	UnB
Dayse Maria Borges Keiralla	PUC-Campinas
Denise de Souza Fleith	UnB
Denise Defey	Universidad de La Republica - Uruguay
Denise Helena Madureira Pará Diniz	UFSP
Denise Ruschel Bandeira	UFRGS
Denise Steiner	Clínica Stocki - SP
Diana Tosello Laloni	PUC-Campinas
Dinorah Fernandes Gioia Martins	Mackenzie
Doris Luz Rinaldi	UERJ
Eda Marconi Custodio	USP
Edilene Freire de Queiroz	Unicap
Edward Goulart Junior	Unesp
Eliana Aparecida Torrezan da Silva	Unicastelo
Eliane Mary de Oliveira Falcone	UERJ
Eliane Porto Di Nucci	USF
Elisa Médici Pizão Yoshida	PUC-Campinas
Elizabeth Oliveira Crepaldi de Almeida	PUC-Campinas
Elsa Oliveira Dias	PUC-SP
Esdras Guerreiro Vasconcellos	PUC-SP
Eunice Maria Lima Soriano de Alencar	UCB
Eveline Maria Leal Assmar	UGF
Fábio Thá	Dom Bosco

Fani Eta Korn Malerbi
Fermin Roland Schramm
Fernanda de Oliveira Soares Taxa-Amaro
Fernanda Wanderley Correia de Andrade
Fernando Luis Gonzalez Rey
Francisco Lotufo Neto
Francisco Silva Cavalcante Júnior
Gabriela Casellato Brown Ferreira Santos
Geraldina Porto Witter
Gilberto Safra
Gisela Maria Bernardes Solymos
Graciela Inchausti de Jou
Helena Bazanelli Prebianchi
Helga Hinkenickel Reinhold
Henrique Figueiredo Carneiro
Ilka Franco Ferrari
Irani Iracema de Lima Argimon
Jairo Eduardo Borges Andrade
Joana Maria Pedro
Jorge Castellá Sarriera
José Aparecido da Silva
José Carlos Zanelli
José Leon Crochik
Julia Sursis Nobre Ferro Bucher
Karina Magalhães Brasio
Kátia Barbosa Macêdo
Katya Luciane de Oliveira
Latife Yazigi
Leandro da Silva Almeida
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Leopoldo Fulgencio
Livia de Oliveira Borges
Lucas Vieira Dutra
Lucia Emmanuel Novaes Malagris
Luis Flavio Silva Couto
Luiz Carlos Avelino da Silva
Luiz Pasquali
Márcia regina f. Brito dias
Margareth da Silva Oliveira
Maria Alice de Mattos Pimenta
Maria Aparecida Trevisan Zamberlan
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki
Maria Cristina Smith Menandro
Maria de Fátima Quintal de Freitas
Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado
Maria do Carmo Guedes
Maria Fátima Olivier Sudbrack
Maria Helena Melhado Stroili
Maria Helena Mourão Alves de Oliveira
Maria Helena Pereira Franco

PUC-SP
Fiocruz
Unesp
FAFIRE
PUC-Campinas
USP
Unifor
PUC-SP
PUC-Campinas
PUC-SP
Unifesp
UFRGS
PUC-Campinas
UNIFEOB
Unifor
PUC-MG
PUC-RS
UnB
UFSC
PUC-RS
USP/RP
UFSC
USP
Unifor
PUC-Campinas
UCG
USF
UFSP
Universidade do Ninho - Portugal
USP
PUC-Campinas
UFRN
Unifae
UFRJ
UFMG
UFU
UnB
Unicamp
PUC/RS
UFRGS
UEL
Famerp
UFES
UFPR
UFRJ
PUC-SP
UnB
PUC-Campinas
PUC-Campinas
PUC-SP

Maria Lúcia de Bustamante Simas	UFPE
Maria Luiza Gava Schmidt	Unesp
Maria Martha Costa Hübner	USP
Maria Regina Maluf	PUC-SP
Maria Rita Seixas	Unifesp
Maria Salete Bessa Jorge	UECE
Mariângela Gentil Savoia	Santa Casa - SP
Maribel Oliveira Barreto	FVC
Marilda Emmanuel Novaes Lipp	PUC-Campinas
Marinalva Lopes Ribeiro	UEFS
Marinês Risso	PUC-Campinas
Mario Emmanuel Novaes	UFRJ
Maristela Dalbello de Araújo	UFES
Mauro Martins Amatuzy	PUC-Campinas
Miriam Debieux Rosa	USP
Neide Aparecida Micelli Domingos	Famerp
Nilson Gomes Vieira Filho	UFPE
Norma Sant'ana Zakir	UEL
Orestes Diniz Neto	UFMG
Patrícia Waltz Schelini	UFSCar
Paula Inez Cunha Gomide	FEPAR
Paula Rui Ventura	UFRJ
Pedrinho Arcides Guareshi	PUC-RS
Renato Marchi	PUC-Campinas
Sandra Leal Calais	Unesp
Sheva Maia da Nobrega	UFPE
Sheva Maia da Nóbrega	UFPE
Silvana Maria Blascovi de Assis	Mackenzie
Simone Aparecida Capellini	Unesp
Sissi Vigil Castiel	ICPT
Solange Wechsler	PUC-Campinas
Sonia Beatriz Meyer	USP
Sonia Maria Fiorim Enumo	UFES
Suely Sales Guimarães	UnB
Tânia Coelho Dos Santos	UFRJ
Tânia Rudnicki	ULBRA-RS (Canoas)
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo	UnB
Terezinha Féres Carneiro	PUC-RJ
Valdiney Veloso Gouveia	UFPB
Valquiria Aparecida Cintra Tricoli	PUC-Campinas
Vera Engler Cury	PUC-Campinas
Vera Lúcia Decnop Coelho	UnB
Vera Lucia Pereira Alves	PUC-Campinas
Vera Lúcia Trevisan de Souza	PUC-Campinas
Vera Lucia Trindade Gomes	UERJ
Vicente E. Caballo Manrique	Universidad de Granada - España
Vinicius Anciães Darriba	Universidade Estácio de Sá
Walter Trinca	Centro Clínico Pinheiros
Zeidi Araújo Trindade	UFES
Zélia Maria de Melo	PUC-PE
Zilda Aparecida Pereira Del Prette	UFSCar

Instruções aos Autores

Estudos de Psicologia é uma revista trimestral do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fundada em 1983, é classificada na lista Qualis como A-Nacional e está indexada nas bases de dados nacionais e internacionais SciELO, Lilacs, Latindex, Clase, PsycINFO e Index Psi.

Tipos de trabalhos aceitos pela revista Estudos de Psicologia

Estudos de Psicologia incentiva contribuições da comunidade científica nacional e internacional, e é distribuída a leitores de todo o Brasil e de vários outros países. Para garantir a abrangência nacional e internacional dos trabalhos, objetiva-se que o número de artigos de autores de instituições do estado de São Paulo corresponda até 40% do total, e o restante destine-se preferencialmente aos trabalhos de autores de outros estados e regiões do país ou do exterior.

Aceita-se trabalhos originais de todos os tipos de pesquisas, em qualquer área da Psicologia, com objetivo de promover e divulgar o conhecimento científico e técnico nas áreas da Psicologia bem como discutir o significado de práticas tanto no campo profissional como no da pesquisa através de publicações de originais nas seguintes categorias:

- Relato de pesquisa: artigos originais baseados em dados empíricos, com no máximo vinte laudas, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências;
- Artigo de revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à psicologia, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas, com no máximo vinte laudas, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências;
- Artigo clínico, estudo de caso: artigos interessantes e que apresentem alguma originalidade. Deverão mostrar aspectos clínicos, laboratoriais e evolutivos de interesse, com no máximo quinze laudas, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências.
- Comunicação: texto breve relatando pesquisa de forma sintética e opinião sobre assuntos relevantes, com no máximo dez laudas;
- Resenha: apresentação e análise crítica de livro publicado na área há, no máximo, dois anos, com o limite máximo de cinco laudas;
- Informativo: informações sobre eventos científicos, pesquisas em andamento, defesas de dissertações e teses, cursos e outros.

Responsabilidade profissional

Os autores assumem inteira responsabilidade por suas contribuições, obrigando-se ao seguimento das recomendações do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Nacional de Saúde.

Parecer do Comitê de Ética

Artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos deverão ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro credenciado junto ao Conselho

Nacional de Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Método, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos.

Apreciação pelo Conselho Editorial

Os originais serão aceitos para avaliação desde que não tenham sido publicados anteriormente e que venham acompanhados de carta de encaminhamento, assinada pelos autores do trabalho, solicitando publicação na revista. O processo editorial só terá início se os manuscritos encaminhados obedecerem às condições das instruções. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou outros documentos, antes mesmo de serem submetidos à avaliação de mérito do trabalho.

1. Avaliação de manuscritos

Os originais serão encaminhados, sem o(s) nome(s) do(s) autor(es), a dois membros do Conselho Editorial da revista Estudos de Psicologia, ou para dois consultores *ad hoc* dentre especialistas na matéria em julgamento. São necessários dois pareceres favoráveis para a aceitação final da publicação. Caso ocorra um desacordo, o original será enviado para mais um consultor, para nova avaliação.

No caso de identificação de conflito de interesses por parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*.

Os nomes dos autores dos pareceres emitidos serão mantidos em absoluto sigilo. Aos autores será comunicada a decisão de aceitação ou recusa do trabalho. Os trabalhos que receberem sugestões para alterações serão encaminhados aos autores para as devidas correções, com os pareceres emitidos, devendo ser devolvidos no prazo máximo de vinte dias.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. Pequenas alterações no texto poderão ser feitas pelo Conselho Editorial da revista, de acordo com critérios e normas operacionais internas.

Provas: serão enviadas provas tipográficas aos autores para a correção de erros de impressão. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada. Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

2. Forma de apresentação dos originais

Estudos de Psicologia adota as normas de publicação da *American Psychological Association* – APA (5ª edição, 2002). Os originais deverão ser redigidos em português, inglês, francês ou espanhol. Todos os originais deverão incluir título e resumo em português e inglês.

Todo e qualquer encaminhamento inicial à revista deverá vir acompanhado de carta assinada por todos os autores, autorizando a publicação e indicando a aceitação das normas da revista. Na declaração, deverá constar que o trabalho não foi apresentado, na íntegra, em outro veículo de informação, bem como a autorização e/ou direitos concedidos por terceiros, caso se transcreva figuras, tabelas ou trechos (mais de 200 vocábulos) editados por outros autores. Também deverá haver menção a quaisquer ligações ou acor-

dos de financiamento entre os autores e instituições que possam ter interesse na publicação do original.

Para submeter o artigo para avaliação pelo Conselho Editorial da Estudos de Psicologia, os autores deverão enviar os manuscritos impressos (em papel) para o Núcleo de Editoração da revista, em quatro vias, digitados em espaço duplo, acompanhados de cópia em disquete ou CD-ROM. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do *Word* (*Windows*). Os nomes do autor e do arquivo deverão estar indicados no rótulo do disquete ou CD-ROM.

Das quatro cópias descritas no item anterior, três deverão vir sem nenhuma identificação dos autores, para que a avaliação possa ser realizada com sigilo; porém, deverão ser completas e idênticas ao original, omitindo-se apenas esta informação. É fundamental que o artigo *não contenha qualquer forma de identificação da autoria*, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), da instituição de origem etc.

O texto deverá ter de 10 a 20 laudas, em fonte Arial, tamanho 11. As folhas deverão ser numeradas a partir da página de rosto, que deverá apresentar o número 1. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

- Versão reformulada

A versão reformulada deverá ser encaminhada em três cópias completas, em papel e em disquete ou CD-ROM etiquetado, indicando o número do protocolo, o número da versão, o nome dos autores e o nome do arquivo.

As modificações deverão ser destacadas em azul, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto a recomendações da consultoria, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados. Se o trabalho for de autoria múltipla, a carta deverá ser assinada por todos os autores. Deverá ser encaminhada, também, uma autorização para a publicação dos resumos em inglês e português, e do trabalho na íntegra para a versão *on-line* da revista Estudos de Psicologia.

3. Os trabalhos deverão apresentar os seguintes elementos, respeitando-se a ordem aqui sugerida

- Folha de rosto com identificação dos autores, contendo

- Título completo em português: Deverá ser conciso e evitar palavras desnecessárias e/ou redundantes, como "avaliação do..." "considerações acerca de..." "Um estudo exploratório sobre...";
- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não excedendo cinco palavras;
- Título completo em inglês, compatível com o título em português;
- Nome de cada autor, por extenso, seguido por filiação institucional. Não abreviar os prenomes.
- Todos os dados da titulação e filiação deverão ser apresentados por extenso, sem nenhuma sigla.
- Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados todos os autores;
- Indicação de endereço para correspondência com o editor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;
- Se necessário, apresentar indicação de atualização de filiação institucional;

- Incluir nota de rodapé contendo apoio financeiro, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos, em parágrafo não superior a três linhas. Este parágrafo deverá informar, também, sobre a origem do trabalho e outras informações que forem consideradas relevantes, por exemplo, se o trabalho foi anteriormente apresentado em evento, se é derivado de tese ou dissertação, coleta de dados efetuada em instituição distinta daquela informada como sendo a instituição de origem dos autores etc.

- Folha à parte contendo resumo em português

O resumo deverá conter o mínimo de 100 e o máximo de 150 palavras, ou seja, de cinco a dez linhas. Não é permitido o uso de siglas e citações. Deverá conter, ao final, de três a cinco palavras-chave, que descrevam exatamente o conteúdo do trabalho, de acordo com o Thesaurus da APA, a fim de facilitar a indexação do mesmo. Tais palavras deverão ser grafadas com letras maiúsculas e separadas com ponto. O resumo deverá incluir breve referência ao problema investigado, características da amostra, método usado para a coleta de dados, resultados e conclusões. Apenas a resenha dispensa resumo.

- Folha à parte contendo abstract em inglês

O *abstract* deverá ser compatível com o texto do resumo. Deverá seguir as mesmas normas, e vir acompanhado de *key words* compatíveis com as palavras-chave.

- Organização do trabalho

O texto de todo trabalho submetido à publicação deverá ter uma organização clara e títulos e subtítulos que facilitem a leitura. Para os relatos de pesquisa, o texto deverá, obrigatoriamente, apresentar introdução, metodologia, resultados e discussão.

- Ilustrações

Tabelas, quadros e figuras deverão ser limitados a cinco, no conjunto, e numerados consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Deverão vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. A cada um se deverá atribuir um título breve.

O autor se responsabiliza pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente), pois, não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão jpeg e resolução mínima de 300 Dpi.

As palavras **Figura, Tabela, Anexo** que aparecerem no texto deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número (Figuras, Tabelas e Anexos) a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Os títulos deverão ser concisos. Informar o local do estudo e o ano.

A publicação de imagens coloridas será custeada pelo(s) autor(es).

Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), Estudos de Psicologia providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

- Referências e citações no texto

Os artigos deverão ter em torno de trinta referências, exceto no caso de artigos de revisão, que poderão apresentar em torno de cinquenta. Elas deverão ser indicadas em ordem alfabética do último sobrenome do autor principal.

Trabalhos com um único autor deverão vir antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Em caso de trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os co-autores sejam diferentes, deverá ser assumida como critério a ordem alfabética dos sobrenomes dos co-autores.

Trabalhos com os mesmos autores deverão ser ordenados por data, vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data deverão ser ordenados pelo ordem alfabética do título.

A formatação das referências deverá facilitar a tarefa de revisão e de editoração; para tal, além de espaço 1,5 entre linhas e tamanho de fonte 11, o parágrafo deverá ser normal, sem recuo e sem deslocamento das margens.

Os títulos dos periódicos deverão ser escritos por extenso. **Não serão aceitas** citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, **de resumos** de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros. Os **textos não publicados** (exemplos, aulas, entre outros deverão ser evitados). Os grifos deverão ser indicados por fonte itálica. No corpo do texto, as indicações deverão ser feitas do seguinte modo: (sobrenome(s) do(s) autor(es), ano de publicação), devendo ser estas informações coerentes com o que consta nas referências.

Nos casos em que os trabalhos citados não foram consultados na fonte (citação secundária), deverá ser citado, no corpo do texto, da seguinte maneira: (sobrenome do autor original, *apud* sobrenome do autor lido, data), nas referências, citar apenas a obra consultada e a sua data.

Em caso de citações antigas, com novas edições da obra, a citação deverá incluir as duas datas, a original e a data da edição lida pelo autor.

As citações de artigos de autoria múltipla deverão ser feitas da seguinte forma:

- Artigo com dois autores: citar os dois autores sempre que o artigo for referido;

- Artigo com três a cinco autores: citar todos os autores na primeira aparição no texto; da segunda aparição em diante, utilizar sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.* (e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo);

- Artigos com seis autores ou mais: citar o sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.* e do ano, desde a primeira aparição no texto.

No caso de **citação literal**, o trecho deverá aparecer entre aspas, com indicação, logo após o sobrenome do autor e a data, da(s) página(s) de onde foi retirado. Trechos com mais de 40 palavras deverão ser colocados em bloco separado, sem aspas e sem itálico, com recuo de cinco espaços com relação à margem esquerda.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor, do mesmo modo que o conteúdo dos trabalhos é de sua exclusiva responsabilidade. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser seguidos da data de publicação e listados na seção de Referências. As citações e referências deverão ser feitas de acordo com as normas da APA.

Apresentamos exemplos de casos mais comuns, para orientação:

Artigo de revista científica

Simons, L. G., & Conger, R. D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *Journal of Family Issues*, 28 (2), 212-241.

Artigo de revista científica no prelo

Indicar, no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas, até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

Sampaio, M. I. C., & Peixoto, M. L. (no prelo). Periódicos brasileiros de psicologia indexados nas bases de dados LILACS e PsycInfo. *Boletim de Psicologia*.

Livros

Rodrigues, M. C. P., & Azzi, R. G. (2007). *Psicologia do esporte: trilhando caminhos em busca de iniciação na área*. Taubaté: Cabral.

Capítulos de livros

Schmidt, M. (2004). *Stress e religiosidade cristã*. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.177-186). Campinas: Papirus.

Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd. ed.). New York: Norton. (Originalmente publicado em 1950).

Citação secundária

Se o original não foi lido, citar os autores da seguinte forma: "Selye (1936, *apud* Lipp, 2001) ...". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

Teses ou dissertações não publicadas

Cusatis Neto, R. (2007). *Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Autoria institucional

World Health Organization. (2006). *WHO rapid advice guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus*. Washington, DC: Author.

Trabalho apresentado em congresso publicado em anais

Malabris, L. E. (2006). A terapia cognitivo-comportamental frente ao stress ocupacional e a síndrome de burnout. *Anais do VI Congresso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas* (Vol 1). Buenos Aires.

Material eletrônico

Artigos de periódicos

Candiotto, C. (2007). Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault. *Kriterio*, 48(115). Recuperado em janeiro 16, 2008, disponível em <http://www.scielo.br> doi: 10.1590/S0100-512X2007000100012

Texto

Instituto Nacional de Câncer. (2003b). Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Recuperado em fevereiro 22, 2006, disponível em <http://www.inca.gov.br/regpop>

Comunicação pessoal (carta, e-mail, conversa)

Citar apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome da fonte e a data. Evite. Seu uso deve ser esporádico e não ser incluído nas referências e sim em nota de rodapé.

- Anexos

Evite. Só poderão ser introduzidos quando contiverem informação indispensável para a compreensão dos textos.

- Direitos autorais da revista Estudos de Psicologia

Todos os direitos editoriais são reservados. Nenhuma parte das publicações pode ser reproduzida, estocada por qualquer sistema ou transmitida por quaisquer meios ou formas existentes ou que venham a ser criados, sem prévia permissão por escrito do editor chefe, ou sem constar o crédito de referência, de acordo com as leis de direitos autorais vigentes no Brasil. A aceitação do trabalho para a publicação implica na transferência de direitos do autor para a revista, sendo assegurada a mais ampla disseminação da informação.

- Reprodução parcial de outras publicações

Os artigos submetidos à publicação deverão evitar citações muito grandes extraídas de publicações de outros autores. Recomenda-se evitar a reprodução de tabelas, quadros ou desenhos. Quando isso acontecer, deverá vir acompanhada de permissão dos autores que detenham os direitos autorais.

LISTA DE CHECAGEM

- Declarações de responsabilidade e de transferência de direitos autorais assinadas por cada autor;

- Enviar ao editor quatro vias do original (um original e três cópias) e um disquete ou CD, etiquetado, com as seguintes informações: nomes dos autores e nome do arquivo. Na reapresentação, incluir o número do protocolo;

- Incluir título do original, em português e inglês;

- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letra *Arial*, tamanho 11 e espaço duplo, e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm);

- Incluir título abreviado, não excedendo cinco palavras, para fins de legenda em todas as páginas impressas;

- Incluir as palavras-chave;

- Incluir resumos com até 150 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em francês ou espanhol nos casos em que se aplique, com termos de indexação;

- Página de rosto com as informações solicitadas;

- Incluir nome de agências financiadoras e o número do processo;

- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas;

- Verificar se as referências estão normalizadas segundo o estilo da APA – 5a. ed;

- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Cada autor deve ler e assinar os documentos: 1) Declaração de Responsabilidade e 2) Transferência de Direitos Autorais.

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito).

- Autor responsável pelas negociações:

1. Declaração de responsabilidade

Certifico que:

- Participei da concepção do trabalho e torno pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo;

- Não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

- Trata-se de artigo original e o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra revista, e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Estudos de Psicologia, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Assinatura do(s) autores(s) Data ____/____/____

2. Transferência de Direitos Autorais

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a revista Estudos de Psicologia passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da revista, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista.

Assinatura do(s) autores(s) Data ____/____/____

Toda a correspondência deve ser enviada à Revista de Estudos de Psicologia no endereço abaixo

Núcleo de Editoração SBI/CCV - *Campus* II

Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama - 13060-904 Campinas, SP, Brasil.

Fone/Fax: +55-19-3343-6875

E-mail: ccv.revistas@puc-campinas.edu.br

Web: <http://www.scielo.br/estpsi>

Instructions to Authors

Estudos de Psicologia (Studies in Psychology) is a quarterly journal published by the Post-Graduation Psychology program of the Life Sciences Center at the Catholic University of Campinas (Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Founded in 1983, it is classified as A-National in the Qualis list and is indexed in the national and international databases SciELO, Lilacs, Latindex, Clase, PsycINFO and Index Psi.

Types of work accepted for publication in *Estudos de Psicologia*

Estudos de Psicologia invites contributions from the national and international scientific community and is distributed to readers all over Brazil and also in several other countries. To ensure that the studies receive both national and international coverage, the aim is for the number of articles from authors in institutions in the state of São Paulo to correspond to 40% of the total, with the remainder preferably earmarked for the works of authors in other states and regions of the country, or from overseas.

Original work is accepted covering all types of research, in any field of Psychology, which aim to encourage and disseminate scientific and technical knowledge in the areas of psychology as well as to discuss the significance of practices employed in both the professional and research fields, by means of the publication of original material in the following categories:

- Research report: original articles based on empirical data, comprising a maximum of twenty pages, including tables, figures, charts and references;
- Review article: critical review of literature dealing with themes pertinent to psychology, leading to the challenging of existing models and to the construction of hypotheses for future research, comprising a maximum of twenty pages, including tables, figures, charts and references;
- Clinical article, case study: articles of interest which introduce an element of originality. They should illustrate clinical, laboratory and evolutionary aspects of interest, comprising a maximum of fifteen pages, including tables, figures, charts and references.
- Communication: brief text synthetically listing the research along with an opinion about any relevant matters, comprising a maximum of ten pages;
- Book Reviews: critical analysis and interpretation of books published in the last two years in Psychology, with a maximum limit of five pages;
- Information Bulletin: information concerning scientific events, research in progress, dissertation and thesis defenses.

Professional responsibility

Authors shall accept full responsibility for their contributions, and must observe the recommendations of the Federal Council of Psychology and the National Health Council.

Opinions by the Ethics Committee

Articles resulting from research involving human beings must be accompanied by a copy of the opinion issued by the Ethics Committee of the originating institution, or other entity accredited by the National Health Council. In addition, in the final paragraph of the Method section, a clear statement of compliance with ethical principles must be included.

Consideration by the Editorial Council

The original documentation will be accepted for evaluation provided that it has not previously been published and that it is accompanied by a cover letter signed by the study's authors, requesting it to be published in the journal. The editorial process will only begin if the submitted manuscripts comply with the conditions of these instructions. Otherwise, they shall be returned for compliance with the criteria, inclusion of the letter or other documents, prior to being submitted for any evaluation as to the merits of the study.

1. Evaluation of manuscripts

The original material shall be submitted, without the name(s) of the author(s), to two members of the Editorial Council of the journal *Estudos de Psicologia*, or to two *ad hoc* consultants among specialists in the respective subject matter. Two favorable opinions are required for final acceptance for publication. In the event of any disagreement, the original documents shall be sent to an additional consultant for further evaluation.

Should any conflict of interest arise on the part of the reviewers, the Editorial Committee shall pass the manuscript to another *ad hoc* reviewer.

The identity of the authors of the opinions shall be kept in strictest confidence. A decision on whether the study is to be accepted or refused will be communicated to the authors. Work receiving recommendations for alteration shall be passed back to the authors for the appropriate corrections to be made, together with any opinions issued, and should be returned within a maximum period of twenty days.

The editors shall always have the final decision whether or not to publish the manuscript. Minor alterations to the text may be made by the journal's Editorial Council, in accordance with internal operating criteria and standards.

Copies: typographical copies will be sent to the others for correction of printing errors. The copies should return to the Núcleo de Editoração on the stipulated deadline. Other changes in the original manuscript will not be accepted during this phase.

2. Form of presentation of the original documents

Estudos de Psicologia adopts the standards of publication employed by the American Psychological Association – APA (5th edition, 2002). The originals shall be typed in Portuguese, English, French or Spanish. All original documents must include the title and abstract in both Portuguese and English.

Every initial submission to the journal should be accompanied by a letter signed by all the authors, authorizing publication and indicating acceptance of the journal's guidelines.

The declaration should contain a statement that the study has not been presented, in its entirety, in any other media, as well as the authorization and/or rights granted by third parties, where figures, tables or passages (more than 200 words) produced by other authors, are transcribed. Mention should also be made of any funding connections or agreements between the authors and institutions which may have a vested interest in the original documents being published.

In order to submit the article for evaluation by the Editorial Council of *Estudos de Psicologia*, the authors should send four paper copies of the printed manuscripts to the journal's Publishing Center, double spaced, and accompanied by a copy on diskette or CD-ROM. The file should be typed using a text editor similar or superior to *Word (Windows)* version 97-2003. The name of the author and filename should be marked on the label of the diskette or CD-ROM.

Of the four copies mentioned in the previous paragraph, three should not include the identity of the authors, so that the evaluation may be conducted in confidentiality; but for this detail, however, they must be complete and identical to the original. It is essential that the article *does not contain any means of identifying the authorship*, including any reference to previous studies by the same author(s), the institution of origin etc.

The text should comprise 10 to 20 pages, in Arial font, size 11. The sheets should be numbered starting with the cover page, which should display page number 1. The size of the paper must be A4, with formatted top and bottom margins (at least 2.5cm), and left and right margins (at least 3cm).

- Reformulated version

Three complete copies of the reformulated version should be submitted, in paper form, and on labeled diskette or CD-ROM, showing the submission reference number, version number, names of the authors and the filename.

Modifications should be highlighted in blue, along with a letter to the editor, repeating their interest in having the work published in this journal and advising of the alterations processed on the manuscript. If there is any disagreement with the consultants' recommendations, the author(s) should present the arguments justifying their position. The manuscript's title and code must be specified. If the study is a joint collaboration, the letter should be signed by all the authors. An authorization should also be sent for the publication of the abstracts in English and Portuguese, and also for the whole study for the online version of the *Estudos de Psicologia* journal.

3. The study should contain the following elements, observing the order suggested below:

- Cover page identifying the authors, containing:

- Full title in Portuguese: It should be concise and avoid the use of superfluous and/or redundant verbiage, such as "evaluation of..." "considerations in respect of ..." "An exploratory study of...";
- Suggestion for an abbreviated title for the header, not exceeding five words;
- Full title in English, consistent with the Portuguese title;
- Name of each author, in full, followed by their institutional affiliation. Do not abbreviate the given names.
- All data in respect of title and affiliation should appear in full, and not in the form of an acronym.
- Note of the full addresses of all universities with which the authors are associated;

- Note of addresses for correspondence with the editor for the processing of the originals, including fax, telephone and email address;

- If necessary, provide a note on any updates to institutional affiliation;

- Include a footnote containing details of financial support, acknowledgments for the collaboration of colleagues and experts, in a paragraph not exceeding three lines. This paragraph should also provide information on the origins of the study and other information considered to be relevant, such as, if the work has previously been presented at an event, if it originates from a thesis or dissertation, if data collection was conducted in an institution different from that recorded as being the authors' institution of origin etc.

- Separate sheet containing the abstract in Portuguese

The abstract should contain a minimum of 100 and a maximum of 150 words, that is, between five and ten lines. It is expressly forbidden to use acronyms and citations. At the end, it should list between three and five keywords, which precisely describe the contents of the study, in accordance with the APA Thesaurus, in order to facilitate its indexation. These words should be composed in uppercase and separated by a period. The abstract should include a brief reference to the problem under investigation, sample attributes, data collection methodology, results and conclusions. Only digests may dispense with abstracts.

- Separate sheet containing the abstract in English

The abstract should be compatible with the text in the Portuguese synopsis. It should follow the same criteria, and be accompanied by keywords which are consistent with the Portuguese keywords.

- Organization of the work

The text of any work submitted for publication should be clearly organized with titles and subtitles which facilitate its reading. For the research reports, the text must comprise introduction, methodology, results and discussion.

- Illustrations

Tables, charts and figures should be limited to five, in total, and should be numbered consecutively and independently, in Arabic numerals, according to the order in which the data is mentioned. They should appear on individual, separate sheets of paper, with an indication as to their location within the text. A brief title should be assigned to each.

The author shall be responsible for the quality of the figures (drawings, illustrations and graphs), which should be capable of reduction without loss of definition, to a size of one or two columns (7cm and 15cm, respectively). Landscape format is not allowed. Digital figures should contain the file extension jpeg and have a minimum resolution of 300 dpi.

The words **Figure**, **Table**, **Appendix** appearing in the text should be written with the first letter in uppercase and be accompanied by the number (Figures, Tables and Appendices) to which they refer. The suggested location for the insertion of figures and tables should be indicated in the text. The titles should be concise. Provide information of the physical location and year of the study.

The cost of publishing any color images shall be borne by the author(s).

Should the author(s) demonstrate an interest, *Estudos de Psicologia* will arrange for a quotation of the costs involved, which

may vary according to the number of images, their distribution across different pages and the accompanying publication of color material by the other author(s).

Once the author(s) receive(s) the quotation for the corresponding cost of materials in which he/they may be interested, he/they should make a bank deposit. Account information will be provided at the appropriate juncture.

- References and citations in the text

The articles should contain around thirty references, except in the case of review articles, which may include approximately fifty. They should be shown in alphabetical order, according to the main author's last name.

Where the last name is identical, work created by individual authors should precede the works of multiple authors. In the case of works where the first-named author is the same, but the co-authors are different, the co-authors' last names constitute the criteria for the alphabetical order. Works by the same authors should appear in date order, starting with the earliest work.

Works by the same authors and with the same date should be listed by the alphabetical order of their title.

The formatting of the references should facilitate the task of reviewing and editing; for this purpose, in addition to having a spacing of 1.5 between lines and a font size of 11, the paragraph should be normal, without indent and without offset margins.

The titles of periodicals should be reproduced in full. Citations/ references from end of graduate course **treatises, abstracts** from, *inter alia*, Congresses, Symposiums, Workshops, Meetings **will not be accepted. Unpublished texts** (examples, classes, *inter alia*), should be avoided. Italic font should be used for emphasis. In the body of the text, denotations should be made as follows: (surname of author(s), year of publication), and should be consistent with information contained in the references.

In cases where the cited works were not consulted at source (secondary citation), this should be mentioned in the body of the text in the following manner: (surname of original author, *apud* surname of author read, date). In the references, only cite the work which was consulted, together with the date.

In the case of earlier citations, which have been superseded by newer editions, the citation should include the two dates, namely that of the original work and that of the edition read by the author.

The citation of articles by multiple authors should be treated as follows:

- Article with two authors: cite both authors whenever the article is referred to;

- Article with between three and five authors: cite all the authors upon the first appearance in the text; from the second mention onwards, use the surname of the first author followed by *et al.* (and the date, if it is the first citation in the paragraph);

- Articles with six or more authors: cite the surname of the first author followed by *et al.* and the year, as from the first appearance in the text.

In the case of a **literal citation**, the passage should appear between quotation marks with, immediately after the author's surname and date, an indication of the page(s) from which it was taken. Passages consisting of more than 40 words should be placed in a separate block, without quotation marks and not italicized, with an offset of five spaces in relation to the left margin.

The accuracy and propriety of references to works which have been consulted and cited in the text of the article are entirely the responsibility of the author, in the same way in which the content of the study is their exclusive responsibility. All the authors whose works are cited in the text should be followed by the date of publication and listed in the References section. The citations and references should be made in accordance with APA criteria.

For guidance purposes, we are presenting below some examples of the most common cases:

Articles from scientific journals

Simons, L. G., & Conger, R. D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *Journal of Family Issues*, 28 (2), 212-241.

Articles from scientific journals in press

Note, in place of the date, that the article is in press. Include the name of the periodical after the article's title. Do not refer to the date and volume numbers, fascicle or pages until the article is published. In the text, cite the article indicating that it is in press.

Sampaio, M. I. C., & Peixoto, M. L. (no prelo). Periódicos brasileiros de psicologia indexados nas bases de dados LILACS e PsycInfo. *Boletim de Psicologia*.

Books

Rodrigues, M. C. P., & Azzi, R. G. (2007). *Psicologia do esporte: trilhando caminhos em busca de iniciação na área*. Taubaté: Cabral.

Book chapters

Schmidt, M. (2004). *Stress e religiosidade cristã*. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.177-186). Campinas: Papirus.

Old works republished at a much later date

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd. ed.). New York: Norton. (Originally published in 1950).

Secondary citation

If the original was not read, cite the authors in the following manner: "Selye (1936, *apud* Lipp, 2001) ...". In the reference section, cite only the work consulted (in this instance, Lipp, 2001).

Unpublished theses or dissertations

Cusatis Neto, R. (2007). *Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Corporate authorship

World Health Organization. (2006). WHO rapid advice guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus. Washington, DC: Author.

Work presented in congress published in annals

Malagris, L. E. (2006). A terapia cognitivo-comportamental frente ao stress ocupacional e a síndrome de burnout. *Annals of the VI Latin American Congress of Cognitive Psychotherapy* (Vol. 1). Buenos Aires.

Electronic material

Articles from journals

Candiotto, C. (2007). Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault. *Kriterion*, 48(115). Recuperado em janeiro 16, 2008, disponível em <http://www.scielo.br> doi: 10.1590/S0100-512X2007000100012

Text

National Cancer Institute. (2003b). Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Retrieved February 22, 2006, from <http://www.inca.gov.br/regpop>

Personal contact (letter, email, conversation)

Cite the text only, providing the initials and surname of the source, plus the date. Avoid this usage. Its use should be sporadic and should be included in the footnote, not the references.

- Appendices

Avoid. They may be included when they contain information which is integral to the understanding of the text.

- Copyright of the journal *Estudos de Psicologia*

All editorial rights are reserved. No part of the publications may be reproduced, stored by any system or transmitted by any means or forms which currently exist or which may come to exist, without the prior written permission of the editor in chief, or without inclusion of the credits, in accordance with prevailing Brazilian copyright law. The acceptance of the study for publication implies the transfer of copyright to the journal, thereby guaranteeing the widest possible dissemination of the information.

- Partial reproduction of other publications

Articles submitted for publication should avoid very large citations extracted from publications by other authors. It is recommended that the reproduction of tables, charts or drawings be avoided. When necessary, they should be accompanied by the permission of the authors holding the copyright.

CHECKLIST

- Declarations of responsibility and transfer of copyright signed by each author;

- Send the editor four copies of the original (one original and three copies) and a diskette or CD-ROM labeled with the following information: names of authors and filename. On representation, include the submission reference number;

- Include title of original, in both Portuguese and English;

- Check if the text, along with tables and references, is reproduced in *Arial* font, size 11 and double spaced, with formatted top and bottom margins (at least 2.5cm), and left and right margins (at least 3cm).

- Include abbreviated title, not to exceed five words, to be included in the header of every page printed;

- Include keywords;

- Include abstracts with up to 150 words in the two languages, Portuguese and English, or in French or Spanish where applicable, along with indexation terms;

- Cover page with requested information;

- Include name of funding agencies and the process number;

- Indicate if the article is based on a thesis / dissertation, and note the title, name of establishment, year of the defense and number of pages;

- Check if the references are standardized according to the APA parlance – 5th edition;

- Include permission of editors for the reproduction of published figures or tables.

DECLARATION OF RESPONSIBILITY AND TRANSFER OF COPYRIGHT

Each author must read and sign the documents: 1) Declaration of Responsibility and 2) Transfer of Copyright.

- Title of the manuscript;

- Name of the authors must be consecutively according to the orders in which they were mentioned in the text.

- Author responsible for the negotiations:

1. Declaration of responsibility

I hereby certify that:

- I have participated in the conception of the study and make public my responsibility for the content;

- I have not omitted any funding ties or agreements between the authors and companies which may have an interest in the publication of this article;

- This is an original article, and the work, either in part or in its entirety, or any other work of my authorship which contains substantially similar content, has not been sent to any other journal, and shall not be sent as long as its publication is under consideration by *Estudos de Psicologia*, either in printed or electronic form.

Signature of the author(s) Date ____ / ____ / ____

2. Transfer of copyright

I hereby declare that, in the event of this article being accepted for publication, its copyright shall pass to the journal *Estudos de Psicologia*, and shall become the exclusive property of the journal, with any reproduction, either in full or in part, being forbidden in any other form or means of printed or electronic communication, without the request for prior necessary authorization and, if obtained, I shall attribute the appropriate acknowledgment to the journal.

Signature of author(s) Date ____ / ____ / ____

All correspondence should be sent to Revista de Estudo de Psicologia at the address below

Núcleo de Editoração SBI/CCV - Campus II

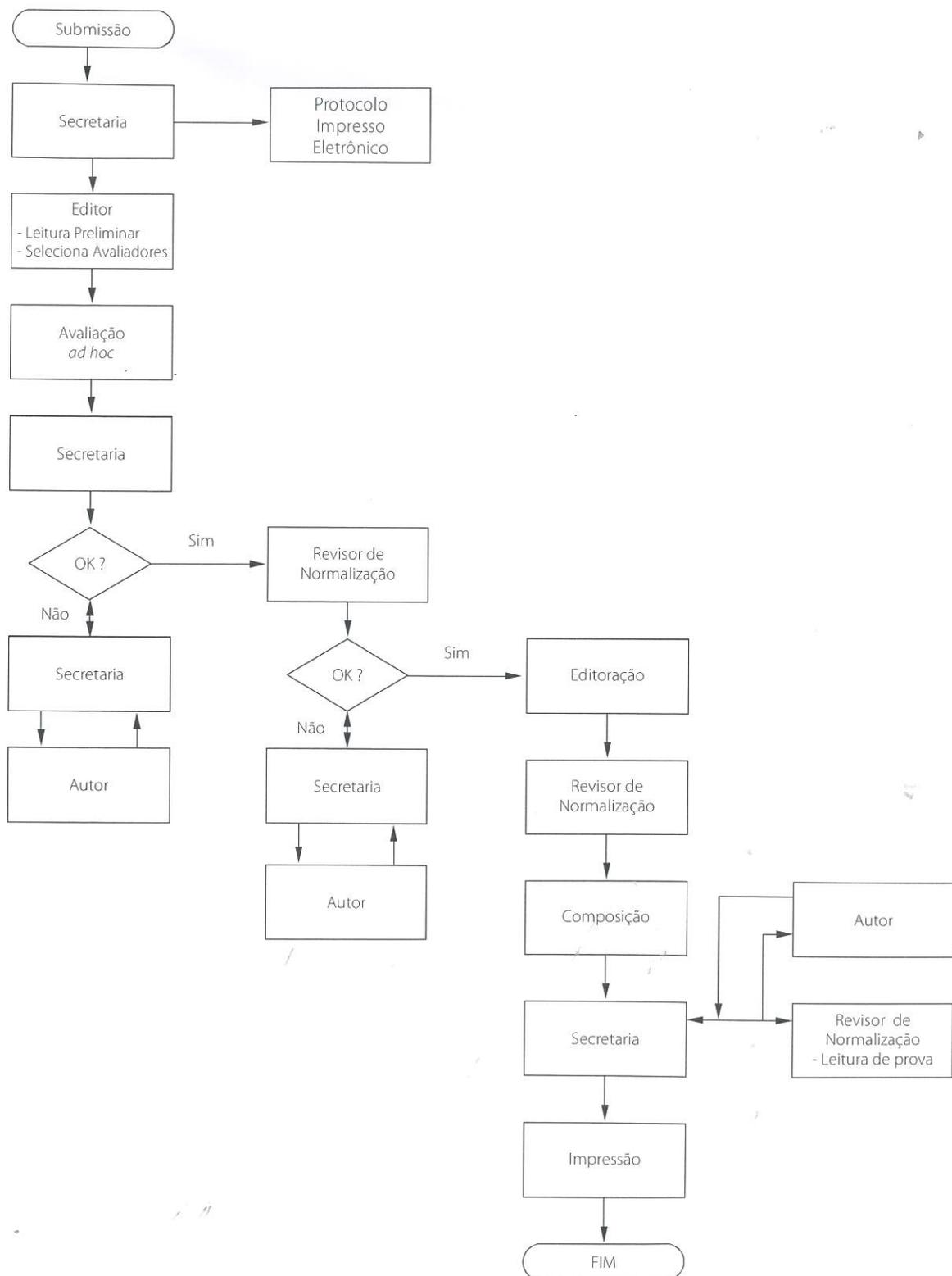
Av. John Boyd Dunlop, s/n. Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama - 13060-904 Campinas, SP, Brazil

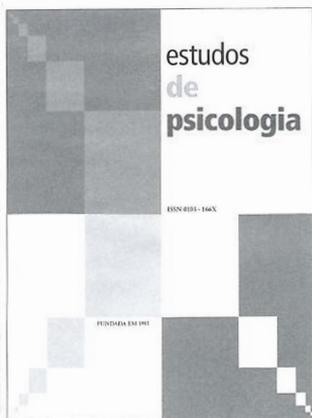
Fone/Fax: +55-19-3343-6875

E-mail: ccv.revistas@puc-campinas.edu.br

Web: <http://www.scielo.br/estpsi>

Fluxograma de Artigos





Prezado amigo,

É como satisfação que vimos convidá-lo a ASSINAR OU RENOVAR a revista *Estudos de Psicologia*, a melhor forma de ter contato com os trabalhos desenvolvidos por pesquisadores da área através de uma publicação nacional, indexada nas bases de dados internacionais: PsycINFO, SciELO, CLASE, Latindex, LILACS e Index Psi.

Lista Qualis: A-Nacional - Psicologia.

Esperamos contar com sua presença entre nossos assinantes regulares.

Preencha o canhoto abaixo.

Um abraço,

Comissão Editorial

ASSINATURA

RENOVAÇÃO

- | | | | | | |
|--|---|---|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Volume 20: 1 e 2 (2003) R\$ 50,00 | ⇒ | Pessoas Físicas ou Institucional | R\$ 50,00 | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Volume 21 (2004) | ⇒ | Pessoas Físicas ou Institucional | R\$ 50,00 | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Volume 22 (2005) | ⇒ | Pessoas Físicas | R\$ 40,00 | <input type="checkbox"/> | |
| | | ⇒ | Institucional | R\$ 50,00 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Volume 23 (2006) | ⇒ | Pessoas Físicas | R\$ 40,00 | <input type="checkbox"/> | |
| | | ⇒ | Institucional | R\$ 50,00 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Volume 24 (2007) | ⇒ | Pessoas Físicas | R\$ 40,00 | <input type="checkbox"/> | |
| | | ⇒ | Institucional | R\$ 80,00 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Volume 25 (2008) | ⇒ | Pessoas Físicas | R\$ 70,00 | <input type="checkbox"/> | |
| | | ⇒ | Institucional | R\$ 120,00 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Volume 26 (2009) | ⇒ | Pessoas Físicas | R\$ 80,00 | <input type="checkbox"/> | |
| | | ⇒ | Institucional | R\$ 130,00 | <input type="checkbox"/> |

Nome: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

Anexo cheque número: _____ Banco: _____ Valor: _____

Cheque nominal à SOCIEDADE CAMPINEIRA DE EDUCAÇÃO E INSTRUÇÃO.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

FORMAS DE PAGAMENTO

PARCELADO

- Pré-datado para 30 dias Pagamentos em 2 vezes: 1 entrada e o restante para 30 dias

À VISTA

Cheque ou depósito bancário: depósito bancário: Banco Itaú ag. 0009 cc 49371-9

Código de Identificação do assinante: **Institucional** CNPJ **Pessoas Físicas** CPE

Razão Social: Sociedade Campineira de Educação e Instrução. CNPJ: 46.020.301/0001-88

Enviar esta ficha juntamente com seu pagamento para:

Estudos de Psicologia - Núcleo de Editoração - Prédio de Odontologia - Campus II
Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Jd Ipaussurama - 13060-904 - Campinas - SP. Fone/Fax: (19) 3343-6875
E-mail: ccv.assinaturas@puc-campinas.edu.br - Home Page: <http://www.puc-campinas.edu.br/ccv>

Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(Sociedade Campineira de Educação e Instrução)

Grão-Chanceler: Dom Bruno Gamberini

Reitor: Pe. Wilson Denadai

Vice-Reitora: Profa. Angela de Mendonça Engelbrecht

Pró-Reitoria de Graduação: Prof. Germano Rigacci Júnior

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação: Profa. Vera Engler Cury

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários: Prof. Paulo de Tarso Barbosa Duarte

Pró-Reitoria de Administração: Profa. Angela de Mendonça Engelbrecht

Diretora do Centro de Ciências da Vida: Profa. Miralva Aparecida de Jesus Silva

Diretor-Adjunto: Prof. José Gonzaga Teixeira de Camargo

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Profa. Tania Maria José Aiello Vaisberg

Estudos de Psicologia

Com capa impressa no papel supremo 250g/m² e miolo no papel couchê fosco 90g/m²

Capa / Cover

Suely de Castro Mello
BBox Design

Miolo

Katia Harúmi Terasaka

Editoração eletrônica / DTP

Beccari Propaganda e Marketing

Impressão / Printing

Gráfica Editora Modelo Ltda

Tiragem / Edition

1000

Distribuição / Distribution

Sistema de Bibliotecas e Informação da PUC-Campinas - Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio

artigos/articles

Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos

Cognitive-behavioral therapy for panic disorders and agoraphobia: 35 years of history

| Bernard Rangé

Experiências afetivo-familiares de mulheres com alopecia areata

Emotive family-related experiences in women with alopecia areata

| Renata Bilion Ruiz Prado | Carmen Maria Bueno Neme

Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba

Managers of institutions that care for drug addicts in the Paraíba Valley

| Cláudia Fabiana de Jesus | Manuel Morgado Rezende

Bem-estar subjetivo emocional e coping em adultos de baixa renda de ambientes urbano e rural

Subjective emotional well-being and coping in low income earning adults in the urban and rural environments

| Francisco José Batista de Albuquerque | Cíntia Ribeiro Martins | Maria Tereza de Souza Neves

Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade

Impact on the quality of life and on the depressive state of elderly women attending a senior citizens university

| Tatiana Quarti Irigaray | Rodolfo Herberto Schneider

Considerações sobre a constituição do self e da religiosidade na pessoa humana

Considerations about the constitution of self and religiousness in human person

| Fernando Genaro Junior

O papel do serviço-escola de psicologia no atendimento ao deficiente visual

The role of the school psychology service in the care of the visually handicapped

| Elisa Marina Bourroul Villela

A influência de diferentes contextos de intervenção na escrita de histórias por crianças

The influence of different instructional contexts on children's story writing

| Sulamita Pires Ferreira | Jane Correa

Humilhação social: uma reflexão sob o ponto de vista psicanalítico

Social humiliation: a reflection from the psychoanalytical point of view

| André Sirota

Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência

Viktor Emil Frankl's contribution to the concept of resilience

| Daniel Rocha Silveira | Miguel Mahfoud

Psicologia da saúde e produção científica

Health psychology and scientific output

| Geraldina Porto Witter

O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais

The process of aging in today's world: chronological, biological, psychological and social aspects

| Rodolfo Herberto Schneider | Tatiana Quarti Irigaray

Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência

Understanding the mothers of children who are victims of sexual abuse: cycles of violence

| Samara Silva dos Santos | Débora Dalbosco Dell'aglio

Prevenção às drogas nas escolas: uma experiência pensada a partir dos modelos de atenção em saúde

Drug prevention in the school environment: an experience considered through the use of health care models

| Ana Cláudia Müller | Cátia Lucila Paul | Nair Iracema Silveira dos Santos