



estudos de psicologia

Volume 26
Número 4
Outubro/Dezembro 2009

ISSN 0103 - 166X

FUNDADA EM 1983

Editora Chefe / Editor-in-Chief

Marilda E. Novaes Lipp - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Editores Associados / Associate Editors

Elisa Médici Pizão Yoshida - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Vera Lucia T. de Souza - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Editor Financeiro / Financial Editor

Leopoldo Pereira Fulgencio Júnior - 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
Claisy 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. Segrera - 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 - Franc
José J. B. V. Raposo - Universidade de Trás-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. Cabalho - Universidade de Granada - España

Equipe Técnica / Technical Group

Normalização / Standardization

Maria Cristina Matoso

Indexação / Indexing

Janete Gonçalves de Oliveira Gama

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: A2 - Psicologia

Apoio:



C A P E S



Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

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 incenting 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 trough 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\$90,00 Institucional: R\$200,00

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\$90,00 Institutional rate: R\$200,00

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, Scopus, 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.26 n. 4 out./dez. 2009

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

estudos de psicologia

ISSN 0103-166X

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

Volume 26 Número 4

Outubro/Dezembro 2009

sumário CONTENTS

415 **Editorial** Editorial

ARTIGOS ARTICLES

419 **Migração e qualidade de vida: um estudo psicossocial com brasileiros migrantes**

Migration and quality of life: a psychosocial study of Brazilian migrants

| Ieda Franken | Maria da Penha de Lima Coutinho | Natália Ramos

429 **A mobilização do discurso da democracia racial no combate às cotas para afrodescendentes**

Stimulating the debate on racial democracy in the fight against quotas for afro-descendants

| Pedro de Oliveira Filho

437 **Terapia de reposição hormonal e desempenho cognitivo na terceira idade**

Hormone replacement therapy and cognitive performance in old age

| Ana Letícia Camargos | Elizabeth do Nascimento

445 **Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo**

Adolescence, drug-addiction and public policies: contemporary scenarios

| Luciane Raupp | Clary Milnitsky-Sapiro

455 **A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas**

Resilience in the elderly and its relationship with socio-demographic variables and cognitive functions

| Tatiane Favarin Rech Fortes | Mirna Wetters Portuguez | Irani Iracema de Lima Argimon

465 **Estudo dos transtornos cognitivos decorrentes da infecção pelo HIV-1**

Study of cognitive dysfunctions in HIV-1 infected patients

| Rosângela Souza Kalil | Regina Maria Papais Alvarenga | Adilson José de Almeida | Carlos Alberto Morais-de-Sá

475 **Estados emocionais de casais submetidos à fertilização *in vitro***

Emotional states of couples undergoing in vitro fertilization

| Helena Maria Loureiro Montagnini | Sérgio Luís Blay | Neil Ferreira Novo | Vilmon de Freitas | Agnaldo Pereira Cedenho

483 **Um breve histórico da psicologia jurídica no Brasil e seus campos de atuação**

A brief history of forensic psychology in Brazil and its fields of application

| Vivian de Medeiros Lago | Paloma Amato | Patrícia Alves Teixeira | Sonia Liane Reichert Rovinski | Denise Ruschel Bandeira

- 493 **Análise descritiva do pai da criança com deficiência mental**
Descriptive analysis of the father of a mentally disabled child
| Nancy Capretz Batista da Silva | Ana Lúcia Rossito Aiello
- 505 **O controle da raiva: eficácia do treino cognitivo na doença arterial coronariana**
Anger control: the efficacy of a cognitive anger control training in coronary artery disease
| Marilda Emmanuel Novaes Lipp | Cláudio Pinho | Ana Carolina Castelli | Micheli Gomes dos Santos | Angela Tamey Fujita
- 515 **A cultura psicológica no mercado de bens de saúde mental contemporâneo**
The psychological culture in the contemporary mental health marketplace
| Sílvio José Benelli
- 537 **Intervenção precoce na comunicação pais-bebê com deficiência visual**
Early intervention on parents-baby interaction in a context of visual impairment
| Carla Meira Kreutz | Cleonice Alves Bosa
- 545 **O relacionamento terapeuta-cliente no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo**
The therapist-client relationship in the treatment of obsessive compulsive disorder
| Neide Aparecida Mendes | Luc Vandenberghe
- 553 **Jogos materno-infantis: estimulação essencial para a criança com paralisia cerebral**
Mother-infant play: essential stimulation for children with cerebral palsy
| Celina Aguilár Gomes | Edison Duarte

Resenha BOOK REVIEW

- 563 **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**
Social cognitive theory
| Elaine Teresinha Dal Mas Dias
- 565 **Índices**
Indexes
- 569 **Dissertações e teses em psicologia defendidas em 2009**
Master theses and doctoral dissertations defended in Psychology in 2009
- 573 **Agradecimentos**
Acknowledgements
- 577 **Instruções aos Autores**
Instructions to Authors

Editorial

Durante os anos em que tenho tido a satisfação de ser editora chefe da revista *Estudos de Psicologia* (Campinas, SP), tenho refletido muito sobre como e o que é ser um bom editor. Os inúmeros desafios que surgem no percurso desta função não se restringem nem são marcados somente pelas dificuldades de verba, infraestrutura e pessoal qualificado para se viabilizar a publicação regular e sistemática. Longe disso, essas dificuldades têm sido contornadas com a ação responsável da PUC-Campinas, que mantém o Núcleo de Editoração, e com a competência dos que nele trabalham. Os maiores desafios são representados pelas decisões que um editor chefe necessita tomar, decisões estas pertinentes à ética, à relevância dos trabalhos, a como aumentar o fator de impacto da revista e à necessidade de um equilíbrio de publicações distribuídas geograficamente e por área da Psicologia. Há sempre a necessidade de coordenar os interesses de todos os envolvidos: autores, leitores, pareceristas e a própria revista.

Ultimamente tem se manifestado uma busca frenética por espaço nas revistas científicas, seja por parte de autores conhecidos e conceituados, seja por parte de alunos bolsistas de iniciação científica que buscam publicar seus trabalhos. Alguns são trabalhos de monografia, outros de conclusão de curso, às vezes trabalhos baseados em dissertações ou teses. A competição que autores mais experientes experimentam é grande, pois o número de pessoas ainda iniciantes é muito maior. Devido ao grande número de trabalhos recebidos, muitas vezes o editor necessita estabelecer normas que levam a recusar alguns trabalhos, seja em função do tema, da abordagem metodológica utilizada na pesquisa ou da própria estruturação do artigo; isto se faz necessário devido ao imenso esforço que cada manuscrito representa em termos de revisão por pares, pedidos de reformulações etc. Ressalto que tal seleção é realizada de forma cuidadosa e que há trabalhos que, mesmo tendo mérito, são excluídos por não se enquadrarem aos padrões da revista.

Há ainda a dificuldade de se conseguir a colaboração de pareceristas que consigam atender aos prazos da revista. Um bom parecerista é aquele que pesquisa e publica regularmente, que está acostumado a dar pareceres de modo objetivo e que inclui recomendações que possam ajudar aos autores. Os grandes pareceristas encontram-se sobrecarregados de trabalhos a serem avaliados, o que dificulta sua colaboração dentro dos prazos necessários.

Há também o desafio de incentivar autores cujos trabalhos são encaminhados para reformulação, pois é necessário proceder à mesma em tempo hábil para que o artigo seja reconsiderado. Alguns autores brasileiros ainda não têm a perseverança necessária para reformular e resubmeter um trabalho. Esta é uma experiência absolutamente normal e esperada, pois dificilmente um trabalho é aceito na sua primeira apresentação. O parecerista, em geral, faz um trabalho extraordinário ao ler, avaliar e sugerir modos de tornar o trabalho publicável. Quando o autor não responde, não reformula e não reapresenta o artigo, todo o trabalho do parecerista fica sem utilidade para a revista e para o autor. Autores deveriam refletir sobre isto. Um parecer detalhado é uma grande ajuda para que o trabalho seja melhorado e deveria ser visto como tal.

Um desafio adicional para o editor de uma revista científica é a responsabilidade de atender aos critérios dos órgãos avaliadores a fim de manter a avaliação recebida ou, sempre que possível, melhorá-la, a fim de alcançar um patamar superior. Dentro deste tópico encontra-se a grande dificuldade de se aproximar o número de artigos publicados por região geográfica do país, pois há regiões que produzem uma quantidade expressiva de trabalhos, enquanto outras mostram certa escassez de submissões. A busca por trabalhos de todas as regiões do Brasil é algo meritório e, sem dúvida, deve ser feita regularmente. Na revista *Estudos de Psicologia* uma estratégia que temos tentado adotar é a de convidar pesquisadores destas regiões para serem pareceristas. Isto, em geral, desperta o interesse de outros pesquisadores da região, porém nem sempre gera o número esperado de contribuições.

Enfim, são múltiplos os desafios e o caminho para a manutenção da qualidade da publicação é árduo. As exigências que devem ser atendidas são grandes e, às vezes, é difícil atendê-las, porém elas são determinantes na busca da superação. No momento em que estou assumindo a Presidência Interina da Associação Brasileira de Editores Científicos em Psicologia (ABECiP) (meu mandato regular se inicia em março de 2010), não posso deixar de refletir sobre a necessidade de uma grande união entre os editores da área, a fim de que possam ter mais força e influência no destino das revistas de psicologia no Brasil.

É, de fato, uma honra ser editora chefe da revista *Estudos de Psicologia* de Campinas (SP), e parabêniso aos gestores da PUC-Campinas pela contínua assistência à revista. Agradeço também ao Núcleo de Editoração e aos editores associados pelo trabalho permanente em prol da sua excelência.

Marilda Emmanuel Novaes Lipp
Editora -Chefe

Migração e qualidade de vida: um estudo psicossocial com brasileiros migrantes

Migration and quality of life: a psychosocial study of Brazilian migrants

Ieda **FRANKEN**^{1,2}

Maria da Penha de Lima **COUTINHO**¹

Natália **RAMOS**³

Resumo

Objetivou-se estudar as representações sociais de 51 brasileiros, 37 do sexo feminino e 14 do sexo masculino, migrantes residentes na cidade de Genebra, Suíça, sobre qualidade de vida e migração. Utilizou-se um teste de associação livre de palavras. Os dados apreendidos foram processados pelo *software Tri-Deux-Mots* e analisados por meio da análise fatorial de correspondência. Os resultados evidenciaram que as variáveis sexo e tempo de migração contribuíram com valores mais elevados para o significado dos fatores. Observaram-se nos diferentes grupos similitudes e diferenças de conteúdos representacionais, que colocam em evidência uma comunicação e orientação de condutas de acordo com as variáveis sociodemográficas circunscritas, favorecendo sua identidade e comprovando sua função justificadora.

Unitermos: Migrações. Qualidade de vida. Representações sociais.

Abstract

The objective of this study was to analyze the social representations of 51 Brazilian immigrants (73% female and 27% male) living in the city of Geneva, Switzerland, about the quality of life and migration. The free word association test was employed. The data collected were processed by the software Tri-Deux-Mots, and were analyzed using Factorial Correspondence Analysis. The results showed that the variables of gender and period of migration contributed with higher values for the meaning of the factors. The similarities and differences in the representational content were observed in the different groups, which evidenced a communication and orientation of behavior according to the socio-demographic variables established, benefiting their identity and testifying to their justifying function.

Uniterms: Migrations. Quality of life. Social representations.

A complexidade do mundo moderno, o capitalismo e o desenvolvimento tecnológico aprimoram cada vez mais as técnicas de produção, ampliam

mercados, modificam postos de trabalho e provocam a expansão de necessidades de consumo, acarretando irreversíveis modificações na vida das pessoas. Em

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação de Psicologia, Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva. Conjunto Humanístico, Bloco IV, Campus I, Cidade Universitária, 58059-900, João Pessoa, PB, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.P.L. COUTINHO.

² Doutoranda em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Aberta de Lisboa. Lisboa, Portugal.

³ Universidade Aberta de Lisboa, Núcleo de Estudos sobre Migrações e Relações Interculturais. Lisboa, Portugal.

função desta produção, destes mercados e da globalização, sacrificam-se os referenciais humanos e suas integridades psicológicas, o que determina, muitas vezes, o deslocamento das pessoas para novos centros de trabalhos, provocando fenômenos sociais como: o êxodo rural, migrações internas e internacionais, em busca de viver com melhor qualidade de vida (Ramos, 2004).

Todos os países desenvolvidos ou em desenvolvimento estão imersos no fenômeno da globalização (Hogo, 1998); com isso, tem-se registrado um acentuado movimento de populações das regiões desfavorecidas para as mais industrializadas, e as regiões menos desenvolvidas são caracterizadas por índices de subdesenvolvimento crônicos, que é a principal gênese dos fluxos migratórios internacionais. Altos níveis de desemprego e pobreza, deficientes sistemas de saúde e ensino instigam nas populações dessas regiões o desejo de procurar melhor sorte em outras regiões mais ricas do globo (Seabra, 2003). Segundo Arnold (1995), mais da metade dos países que recebem imigrantes está localizada em regiões muito desenvolvidas.

As experiências de sociedades avançadas, como as da Suíça, Portugal e França, que possuem uma trajetória migratória intensa, confirmam o caráter sócio-histórico e estrutural da migração. A Suíça do século XIX foi um país de migrantes, porém após a Segunda Guerra Mundial o saldo imigratório tem sido constantemente positivo. A necessidade de mão de obra estrangeira para atender às necessidades de desenvolvimento fez da Suíça um país de grande atração para os estrangeiros. No final do século XX, com o estabelecimento da Comunidade Europeia, intensificaram-se os movimentos migratórios em todos os países da Europa. E, na Suíça, apesar de não participar da Comunidade Europeia, observa-se um significativo aumento no contingente de imigrantes de diferentes nacionalidades.

O Relatório sobre a Divisão de População das Nações Unidas (UNFPA, 2007) menciona que atualmente há 191 milhões de migrantes no mundo; destes, 94,5 milhões são mulheres, que deixam seu país levando no imaginário a possibilidade de alcançar uma melhor qualidade de vida para si e para os seus. Esta maior visibilidade das mulheres nas migrações internacionais recentes contribuiu para problematizar as visões cristalizadas sobre a inserção de homens e mulheres mi-

grantes neste processo, evidenciando questões de como se rearticulam as relações de gênero e a tônica da busca de melhores condições de vida que os centros mais desenvolvidos possam lhes oferecer.

Os dados oficiais da *Organisation de Cooperation et de Developpement Économique* (OCDE) (2005) mostram que, a cada ano, 2,5 a 4 milhões de migrantes atravessam as fronteiras internacionais sem autorização. Em 2000, pelo menos cinco milhões dos 56,1 milhões de migrantes, na Europa, estavam em situação irregular. Estima-se que 500 mil migrantes sem papéis chegam à Europa a cada ano. Segundo dados da *Organisation for Economic Co-Operation and Development Système D'Observation Permanente des Migrations International* (SOPEMI) (2008), a imigração legal de tipo permanente de estrangeiros (cerca de quatro milhões) continuou a aumentar em 2006, um aumento de cerca de 5% em relação a 2005.

Na Suíça, os 1,1 milhões de estrangeiros constituíam, em 1990, um índice de 16% da população; a proporção de estrangeiros nesse país, contando todas as nacionalidades, subiu de 14% em 1980 para 21% em 2003 (Jiménez, 2005).

Na cidade de Genebra, registra-se uma população de 414 mil habitantes; destes, 158 mil são estrangeiros (38%). Estima-se que 18 mil são imigrantes sem papéis oriundos da América Latina (Optical Fibre Sensors - OFS, 2008).

Embora dados sobre a população migrante sejam publicados por organismos internacionais, parece importante salientar que carregam na sua informação dificuldades de aferição e imprecisões, visto que muitos indivíduos que migram à procura de melhores condições de vida - os deserdados do capitalismo, em sua maioria - não figuram nas estatísticas oficiais como migrantes, mas como turistas.

No tocante à população brasileira no exterior, esta ainda não foi alvo de um levantamento oficial, mas as estimativas de pesquisadores do assunto apontam para números elevados. No final da década de 1990 havia cerca de três milhões de brasileiros morando em outros países, e calculava-se que em torno de 33% estavam clandestinamente nos países de acolhimento. Essas informações são corroboradas por Sebe (2004), ao aludir ser possível que a população brasileira no exterior chegue a cinco milhões de pessoas.

Essas premissas podem ser empiricamente identificadas em uma visita à cidade de Genebra, na Suíça, onde se observa a presença marcante de brasileiros nos mais variados ambientes públicos, como meios de transporte, comércio, bares, supermercados etc. Parece certo que muitos brasileiros vivem nesta cidade. Porém, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, e também o *Centre de Contact Suisses-Immigrés* (CCSI), na cidade de Genebra, não possuem informações baseadas em estudos científicos, quer seja sobre dados demográficos ou sobre a qualidade de vida desta população.

Qualidade de vida

Embora encerre um conceito relativamente recente, a expressão “qualidade de vida” é, hoje em dia, utilizada frequentemente, quer ao nível da linguagem comum, quer ao nível do discurso teórico; é um tema central em todas as análises e políticas de planejamento e gestão. Tem sido um dos conceitos mais discutidos e existe certa dificuldade em se chegar a um acordo quanto ao que realmente significa. Tal dificuldade parece estar relacionada ao fato de se perceber que o significado deste conceito varia de uma cultura para outra, de um indivíduo para outro, e em tempos diferentes (Minayo, 2000). Minayo refere que esta relatividade remete à noção de qualidade de vida no plano individual e também a três fóruns de referência. O primeiro é histórico, ou seja, em determinado tempo o desenvolvimento econômico, social e tecnológico de uma sociedade específica possui um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. O segundo é cultural: valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. O terceiro aspecto se refere às estratificações ou classes sociais.

Lobo e Santos (2002), Nussbau (1993) e Setién (1993) analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes e mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados, isto é, a ideia de qualidade de vida está relacionada às camadas superiores e à passagem de um limiar a outro. Para a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002), a qualidade de vida é um conceito holístico que reúne o conjunto de recursos sociais, individuais e físicos necessários ao indivíduo para a

realização dos seus objetivos e aspirações, bem como para a satisfação das suas necessidades em diferentes níveis.

De acordo com M. Kurtz, Wyatt e J.C. Kurtz (1995) e Harding et al. (1980), as dimensões da qualidade de vida incluem a saúde física e mental, a integração social, a moradia, o tempo livre, o lazer, a educação, o ambiente, as relações interpessoais e o bem-estar geral. Auray e Duru (1995) e Witier (1997) aludem que qualidade de vida não é o reflexo direto das condições reais e objetivas da vida das pessoas, mas da avaliação que cada uma faz a respeito dessas condições, envolvendo assim elementos subjetivos e objetivos.

Pesquisas sobre qualidade de vida apontam para valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade; e também a elementos materiais, que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva, como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. É possível dizer que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a antítese da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e espaço (Minayo, 2000). Ainda segundo o pensamento desta autora, qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social e ambiental, assim como à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera padrão de conforto e bem-estar; é, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Muitos outros autores têm oferecido outras formas de conceituar qualidade de vida, e as investigações geram mais e mais definições. Nos últimos anos, parece mais útil o estudo de seu componente subjetivo, de sua natureza psicológica avaliada pelo próprio indivíduo (Bonomi, Patrick, Bushnell & Martin 2000; Fayers, 2000; Pachoal, 2000).

Representações sociais

Moscovici (2003) afirma que a noção de representação social possibilita compreender como os

indivíduos apreendem os acontecimentos da vida comum, os dados do ambiente, as informações que circulam, bem como apreender os pensamentos, sentimentos e experiências de vida compartilhada, através de diferentes modalidades de comunicação, representações estas diretamente relacionadas ao contexto social no qual vivem. Ainda segundo Moscovici (1981), a representação social é compreendida como “um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do cotidiano e no decurso das comunicações interindividuais” (p.181).

Todos os fenômenos que emergem do contexto social são investidos simbolicamente e recebem nomes e significados que os avaliam, explicam e lhes dão sentido. Assim, o processo migratório, que faz parte do cotidiano social, recebe significados desde os mais longínquos tempos. Esses significados, à medida que circulam, transformam-se e assumem formas diferentes, de acordo com os modelos vigentes em uma determinada época e formação social. Ademais, são resultantes da interação entre os dois universos: o consensual associado ao conhecimento cotidiano e o reificado ao conhecimento científico, culminando em uma diversidade de significados sobre o processo migratório e a qualidade de vida que circulam através dos meios de comunicação formais e informais, assimilados e reelaborados socialmente (Coutinho, 2001; Coutinho & Saldanha, 2005).

Nóbrega (2001), ao referir sobre os aspectos constituintes da representação, explica que tais aspectos envolvem a imbricação e a articulação entre atividade cognitiva e as condições sociais em que são forjadas as representações. Os aspectos constituintes são: a objetivação, que consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado; e a ancoragem, que permite a incorporação do desconhecido ou novo em uma rede de categorias usuais.

Para Vala e Monteiro (2005), a objetivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através dos quais tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural. A ancoragem refere-se ao fato de qualquer construção ou tratamento de informação exigir pontos

de referência. Quando um indivíduo pensa um objeto, seu universo mental não é, por definição, *tabula rasa*; pelo contrário, é com base em experiências e esquemas de pensamentos já estabelecidos que um objeto novo pode ser pensado.

Como analisa Moscovici, se a objetivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram enquanto termos da realidade social, a ancoragem permite compreender a maneira pela qual eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais (Abric, 1994; Moscovici, 1978).

Este trabalho objetivou estudar a representação social da qualidade de vida e da migração com uma população de brasileiros migrantes que escolheram a cidade de Genebra, na Suíça, como local de acolhimento.

Segundo Coutinho e Saldanha (2005), estudar a qualidade de vida no contexto migratório na perspectiva psicossociológica ancorada nas Representações Sociais (RS) significa estudá-la não apenas por meio de teorizações e normatizações científicas, mas com vistas a um novo olhar, voltado para a construção de um conhecimento prático e compartilhado por um determinado grupo de pertença. Deste modo, as representações sociais podem ser entendidas como produtos de atividades psicossociais autônomas, próprias de uma sociedade e de determinada cultura. Para Di Giacomo (1986), são modos de conhecimento e de processos simbólicos estudados em relação com as culturas, nas quais o indivíduo é direta ou indiretamente produto e produtor cultural.

Método

Neste estudo, a constituição da amostra seguiu o critério da técnica de amostragem não probabilística: a partir da população já conhecida foram identificados outros participantes da mesma população. Desta forma, foi alcançado um total de 51 imigrantes brasileiros residentes há mais de um ano na cidade de Genebra, Suíça; destes, 37 eram do sexo feminino. A inclusão dos participantes na constituição da amostra obedeceu aos seguintes critérios: aceitar participar do estudo de forma anônima e voluntária; ter idade acima de 18 anos; estar residindo na cidade de Genebra há mais de um ano.

O procedimento ético foi assegurado pelo parecer nº 570/2007 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde; posteriormente, foram explicitados junto aos atores sociais os objetivos, a relevância social e a segurança do sigilo de sua identidade.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram um questionário sociodemográfico e a técnica de associação livre de palavras. Esta foi adaptada, no campo da psicologia social, por Di Giacomo (1986), e desde então vem sendo amplamente utilizada nas pesquisas sobre as representações sociais. Trata-se de uma técnica semiestruturada constituída de estímulos indutores, verbais ou iconográficos, e que, na pesquisa aqui descrita, foi estruturada a partir de dois estímulos: imigração e qualidade de vida. Estes foram colocados alternadamente em ordens de aparecimento, para anular o efeito de contágio nas respostas (Nóbrega, 2003). A questão colocada, para cada estímulo, consistiu em solicitar aos participantes que escrevessem as palavras ou expressões verbais que mais rapidamente lhes ocorriam à mente quando anunciado o estímulo.

Os dados coletados pela técnica de associação livre foram processados pelo *software Tri-Deux-Mots* (Cibois, 1991), versão 2.2, que permite a visualização gráfica tanto das variáveis fixas como das de opinião, e analisados por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). A AFC é um procedimento estatístico que consiste em distinguir os vínculos estabelecidos entre as características dos indivíduos que constituem um grupo e suas respostas a uma determinada questão.

Resultados

Após o processamento dos dados do questionário biossociodemográfico, os resultados apontaram que, entre o total das participantes do sexo feminino, 29,7% residiam na cidade de Genebra há um período de um a três anos; 70,3% apresentaram tempo de residência superior a três anos; 45,9% eram possuidoras de migração documentada; e 54,1% eram imigrantes não documentadas. Quanto ao sexo masculino, 57,2% residiam na cidade de Genebra há um período de um a três anos; 42,8% tinham tempo de residência superior a três anos; destes, 28,5% eram imigrantes documentados e 71,5% viviam ilegalmente no país.

Do processamento dos dados obtidos por meio da técnica de associação livre de palavras, resultou o somatório $\Sigma=679$, com 66 palavras diferenciadas de todas as palavras evocadas pelo total de participantes da pesquisa ($n=51$). Deste modo, verifica-se, na Figura 1, o campo diferenciado quanto ao conteúdo das representações e de sua estrutura explicitados pelos participantes da investigação, que ocupam posições simetricamente opostas em função das variáveis sexo e tempo de migração.

O fator 1 (F1 = itálico) explica 66,7% da variância total das modalidades (palavras-resposta) processadas. O fator 2 (F2 = negrito) explica 15,3%, perfazendo um total de 82% da variância total; houve, portanto, parâmetros estatísticos com consistência interna e fidedignidade, tendo em vista pesquisas realizadas no âmbito das representações sociais (Nóbrega & Coutinho, 2003). Os espaços fatoriais constituídos dos dois primeiros fatores (F1 e F2) e delimitados pelas respostas aos dois estímulos indutores (1= Qualidade de Vida e 2= Imigração) revelam a existência de agrupamentos representacionais ou campos semânticos, que evidenciam as similaridades e diferenças nos conteúdos e na estrutura das representações dos participantes (Figura 1).

Observa-se que a Figura 1 destaca com clareza dois campos semânticos configurados em oposição ao fator 1. No eixo à esquerda, encontram-se aglomeradas as representações, que caracterizam o grupo dos imigrantes masculinos; para eles a qualidade de vida (estímulo 1) é representada como alimentação, trabalho, dinheiro e moradia. Com relação ao estímulo 2 (migração), encontram-se nesse mesmo grupo os elementos “dinheiro, trabalho e fuga”.

Nesse mesmo fator, no lado direito (em oposição ao grupo masculino), tem-se os campos semânticos das mulheres imigrantes, que representam a qualidade de vida (estímulo 1) na “cultura, saúde, distração e paz” e para o estímulo 2 (migração) os elementos separação, discriminação e partir. O que os diferenciam é que os homens são mais objetivos e as mulheres utilizam mais a subjetividade (bem-estar subjetivo). Esses dados indicam que os participantes do sexo masculino objetivaram a representação da qualidade de vida na obtenção de dinheiro através do trabalho, que propor-

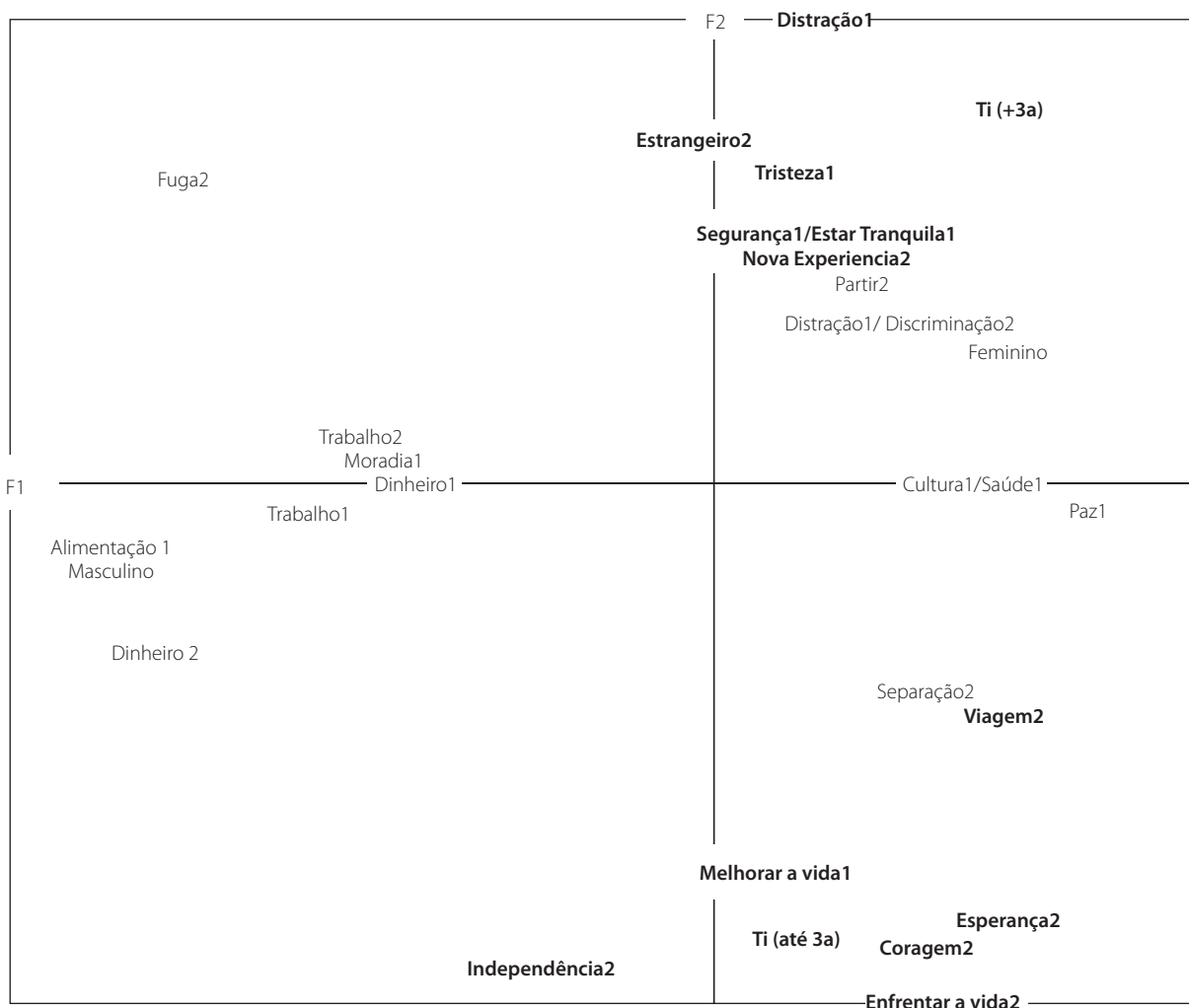


Figura 1. Plano fatorial das representações sociais sobre qualidade de vida de brasileiros imigrantes.

Nota: Ti (+3a) - Tempo de imigração maior que 3 anos; Ti (até 3a) Tempo de imigração até 3 anos.

ciona a aquisição de moradia e alimento; certamente, marcados por seu papel social de provedores, que dita aos homens a responsabilidade sobre as questões mais objetivas da vida. Esses achados são reveladores de vivências de ordem pessoal e social. Vivendo a situação de imigrantes não documentados (73%), esses participantes enfrentam a ausência contratual, a instabilidade e a inexistência de direitos laborais, situação que os aprisiona, levando-os a ancorar esses construtos em questões básicas de produtividade e sobrevivência.

Pode-se inferir que o trabalho oferece uma estabilidade e credibilidade adquirida perante a sociedade, que acolhe o sujeito por ser um indivíduo produtivo. O reconhecimento advindo da sociedade escolhida faz com que os migrantes ancorem a qualidade de vida

nos fatores psicológico, social, econômico e cultural. Observa-se, ainda, que as associações à expressão “qualidade de vida”, realizadas por esses participantes (conforme é possível verificar na Figura 1), estão posicionadas bem próximas ao eixo central, possuindo, portanto, maior força representacional. Os resultados corroboram a definição de qualidade de vida feita por Minayo (2000, p.8), quando refere que este termo “abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes; sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural”.

Como se pode visualizar na Figura 1, para os respondentes do sexo feminino a qualidade de vida é,

sobretudo, cultura, saúde, distração e paz. Verifica-se também que a associação do estímulo qualidade de vida às palavras cultura e saúde está posicionada acima do eixo central, possuindo, portanto, maior força representacional, seguido logo acima pela palavra distração.

Com esses dados pode-se inferir que o grupo feminino residente há mais de três anos (70,3%) e com situação não documentada (54,1%) objetiva suas representações em elementos de cunho cultural associados às esferas da saúde, lazer e psicológico, corroborando o conceito holístico da OMS (1985). Pode-se igualmente entender que o grupo feminino encontra, no local de acolhimento, ocupações no mercado de trabalho, mesmo em funções menos qualificadas (domésticas), que propiciam o atendimento de suas necessidades básicas (trabalho, moradia, alimentação); com essas necessidades supridas, essas mulheres associam a qualidade de vida à cultura e ao lazer, diferentemente dos participantes do sexo masculino, que não encontram as mesmas condições de trabalho e habitação no local de acolhimento.

Com relação ao fator F2, na linha vertical (em negrito) encontram-se os campos semânticos dos imigrantes brasileiros de ambos os sexos, que residem em Genebra há mais de três anos ($T_m =$ tempo de migração +3a), em oposição aos que residem de um a três anos ($T_m =$ até 3a). Os campos encontram-se, diametralmente, distanciados, o que indica diferenças representacionais.

Na margem superior, localizam-se as representações dos participantes com maior tempo de migração: elas representam qualidade de vida (estímulo 1) como distração, estar tranquila, ter segurança, e para migração (estímulo 2) emergiram os elementos estrangeiro e nova experiência.

Na margem inferior do eixo (F2) encontra-se o grupo de imigrantes com tempo de migração entre um a três anos, cujas representações ao estímulo indutor 1 (qualidade de vida) apresentaram os elementos melhorar de vida, enfrentar a vida. E, para o estímulo indutor 2 (migração), verificam-se os elementos viagem, independência, coragem e esperança.

Entende-se que esse grupo, com menor tempo de migração e ainda em fase de adaptação, vivencia o

processo migratório associado a sentimentos de luto, tristeza, saudade em relação ao que foi deixado para trás (amigos, parentes, a terra em que nasceram); questões emocionais dolorosas existentes nos primeiros tempos do processo de aculturação. Como escreve Ramos (2004, p.257), "o processo migratório envolve rupturas espaciais e temporais, nomeadamente mudanças psicológicas, físicas, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas implicando a adaptação psicológica".

Ao comparar as respostas dos dois grupos em relação ao estímulo 1 (qualidade de vida), observaram-se diferenças na objetivação. Para os que vivem há mais de três anos em Genebra e já superaram as primeiras etapas do processo de aculturação (que são a língua, moradia, alimentos, trabalho), a objetivação é feita a partir dos elementos "distração, estar tranquilo e ter segurança", o que não acontece com os participantes com tempo de migração de um a três anos, que objetivaram o estímulo em foco com elementos vinculados à realidade de seu dia a dia (enfrentar a vida, melhorar a vida).

Pode-se compreender que os imigrantes com maior tempo de migração ancoram qualidade de vida nos benefícios do processo migratório, enquanto o outro grupo ancora no viver do processo de aculturação.

Esses resultados corroboram os de Coutinho e Saldanha (2005), quando aludem que os estudos apoiados na perspectiva psicossociológica e nas representações sociais fazem emergir representações não teorizadas ou normatizadas cientificamente, mas que expressam a construção de um conhecimento prático e compartilhado por um determinado grupo de pertença, diretamente relacionado ao contexto social.

Considerações Finais

A pesquisa coloca em evidência a dialética que se instaura entre os sistemas cognitivos, perceptivos e sociais dos grupos emergentes. Observam-se nos diferentes grupos similitudes e diferenças de conteúdos representacionais, que colocam em destaque uma comunicação e orientação de condutas, de acordo com

as variáveis sociodemográficas circunscritas, favorecendo sua identidade e comprovando sua função justificadora.

A qualidade de vida foi percebida como algo composto de fatores objetivos e subjetivos. Essa característica foi encontrada também em estudos sobre a subjetividade do bem-estar, que têm demonstrado que não são apenas as condições sociodemográficas (estado civil, idade, sexo, renda, etnia) que definem a sensação de bem-estar sentida pelas pessoas, mas uma combinação de processos subjetivos próprios de cada indivíduo, isto é, as estruturas internas da pessoa ajudam a construir a forma como são percebidos e internalizados os eventos externos, o que reflete na autoavaliação do seu estado de bem-estar e da sua qualidade de vida.

É importante destacar que qualquer experiência vivenciada pelo indivíduo no seu contexto sociocultural afeta de forma significativa seus estados psicoafetivos, emocionais e cognitivos. Nesse entendimento, as representações sobre qualidade de vida e migração, no contexto migratório internacional, não existem enquanto entidades absolutas, isoladas e independentes de sua forma de expressão e manifestação, mas como algo entrelaçado às experiências de cada um dos participantes e vivências de ordem pessoal e social.

Pretendeu-se, com este estudo, contribuir com os conhecimentos já existentes acerca dos construtos "qualidade de vida" e "migração" enquanto fenômenos globais e multidimensionais. Sugere-se a necessidade de novos estudos com a diversificação de instrumentos, ampliação de amostras e espaços culturais.

Referências

- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Puf.
- Annuaire Statistique de la Suisse. (2008). Neuchâtel, Switzerland: Ed. l'Office Fédéral de la Statistique.
- Arnold, F. (1995). Migração internacional: quem migra e para onde? *Finanças e Desenvolvimento*, 10 (2), 46-47.
- Auray, J. P., & Duru, G. (1995). Qualité de vie. In L. Moto (Org.), *Santé et multidisciplinarité: choix et décisions* (pp.83-128). Paris: Hermès.
- Bonomi, A., Patrick, D., Bushnell, D., & Martin, M. (2000). Quality of life measurement: will we ever be satisfied? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53 (1), 19-23.
- Cibois, P. (1991). *L'analyse factorielle* (3a.ed.) Paris: Puf. Collection "Que sais-je ?"
- Coutinho, M. P. L. (2001). *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2005). *Representações sociais: e práticas de pesquisa*. João Pessoa: Universitária UFPB.
- Di Giacomo, J. P. (1986). Alliance et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de revendication. In W. Doise (Org.), *L'étude des représentations sociales*. Paris: Delachaux and Niestlé.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Fayers, P. (2000). *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley.
- Harding, T., Arango, M., Baltasar, J., Climent, C., Ibrahim, H., & Ladrado, I. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10 (7), 231-242.
- Hogo, G. (1998). Migrações internacionais não-documentadas: uma tendência global crescente. *Travessia*, 9 (30), 5-12.
- Jimenes, M. R. (2005). *Movimientos migratorios contemporáneos*. Murcia: Universidad Católica de San Antonio.
- Kanaane, R. (1999). *Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI*. São Paulo: Atlas.
- Kurtz, M. E., Wyatt, G., & Kurtz, J. C. (1995). Psychological and sexual well being, philosophical spiritual views, and health habits of long-term cancer survivors. *Health Care Form Women International*, 16 (3), 253-262.
- Lobo, C., & Santos, I. (2002). Desenvolvimento e qualidade de vida: a utilização de indicadores sociais. *Pensar BH-Política Urbana e Ambiental*, 4 (1), 49-50.
- Minayo, M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18.
- Moscovici, S. (1978). *Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Nóbrega, S. (2003). *Representations sociales de la folie par les familles de malades mentaux au nord-est du Brésil; le cas João Pessoa*. Paris: Éditions du Septentrion
- Nóbrega, S. M. (2001). Sobre a teoria das representações sociais. In A. S. P. Moreira. *Representações social: teoria e prática* (pp.55-87). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2003). O teste de associação livre de palavras. In M. P. L. Coutinho, A. S. Lima, F. B. Oliveira & M. L. Fortunato (Orgs.), *Representações sociais: abordagem interdisciplinar* (pp.67-77). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Nussbaum, M. (1993). *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.

- Optical Fibre Sensors. (2008). *International Conference on Optical Fibre Sensors*. Western Australia, Australia.
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (2005). *Fostering development in a global economy*. Paris: OCDE.
- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião*. Dissertação de mestrado não-publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Seabra, P. (2003). *Percursos migratórios de imigrantes brasileiros e do leste europeu em Portugal*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Sebe, J. C. (2004). *Brasil fora de si: a saga dos brasileiros na América*. São Paulo: Parábola.
- Setién, M. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida*. Madrid: Siglo Vintiuno.
- Systeme D'Observation Permanente des Migrations International. (2008). OECD Organisation for Economic Co-operation and Development. *Trends in International Migration* Éditions OECD. Paris.
- The United Nations Population Fund. (2007). *Mission report*. New York. Retrieved February 16, 2007, from www.unfpa.org
- Vala, J., & Monteiro, M. (2005). *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Witier, P. (1997). Lá Qualité de vie. *Revue Prevenir*, 33 (2), 61-62.
- World Health Organization. (2002). *Enfermities Full Attention Manual Prevailing of Childhood (AIEPI) and for Studeats*. Preliminal version. Washington, D.C.: Author.

Recebido em: 6/8/2007

Versão final reapresentada em: 24/4/2009

Aprovado em: 26/5/2009

A mobilização do discurso da democracia racial no combate às cotas para afrodescendentes

Stimulating the debate on racial democracy in the fight against quotas for afro-descendants

Pedro de **OLIVEIRA FILHO**¹

Resumo

Este estudo abordou o uso do discurso da democracia racial em argumentações utilizadas por brancos para combater à adoção de cotas raciais no Brasil. Destacam-se as funções ideológicas desse discurso. Foram entrevistados 60 sujeitos brancos, residentes em Campinas (SP). O artigo mostra temas e argumentos retirados do discurso nacional sobre raças, o tema da miscigenação, a crítica ao diferencialismo racial, entre outros, usados com notável eficácia retórica contra a utilização de cotas como forma de combate à desigualdade racial. Nesses discursos o racismo brasileiro ou é inexistente ou é inócuo e as políticas universalistas são caracterizadas como suficientes para combater a desigualdade entre negros e brancos.

Unitermos: Racismo. Relações raciais. Psicologia social.

Abstract

This paper addresses the debate on racial democracy in respect of the arguments used by Whites to combat the proposal to introduce racial quotas in Brazil. It focuses on the ideological functions of this debate. We interviewed Whites (n=60) from Campinas, São Paulo. The paper shows the themes and arguments taken from our national discussion about race, the defense of miscegenation, criticism of racial division, amongst other topics, which are mobilized against the fight for compensating policies. This debate rejects an affirmative action policy and conceals our racism.

Uniterms: Racism. Race relations. Social psychology.

O cientista político Pierre-André Taguieff desenvolve uma reflexão sobre diferentes tipos de racismos e antirracismos que aprofunda a compreensão sobre as especificidades do discurso nacional sobre raças. Esse autor propõe um modelo para o qual as diferentes manifestações de racismo ou são racismos universalistas

ou racismos diferencialistas, aos quais corresponderiam antirracismos universalistas e diferencialistas. Para Taguieff (1987), em contraposição aos racismos diferencialistas, que tornam absolutas as diferenças coletivas, os racismos universalistas afirmam uma humanidade comum, embora constituída por raças superiores e



¹ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Educação, Departamento de Psicologia e Orientação Educacionais. Av. Acadêmico Hélio Ramos, s/n., Cidade Universitária, 50670-901, Recife, PE, Brasil. E-mail: <pedroofilho@ig.com.br>.

Agradecimento: ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pela bolsa de estudo que possibilitou a realização deste trabalho (Processo: 140910/2000-0).

inferiores, adiantadas e atrasadas. Os racismos diferencialistas têm amor à diferença e procuram preservá-la a qualquer preço (para preservar a “pureza”, tais racismos podem até apelar para a eliminação física do outro); já os racismos universalistas procuram assimilar as diferenças, mas preservam mecanismos que perpetuam a desigualdade, a dominação e a exploração.

Ainda segundo Taguieff (1987), no campo dos antirracismos são encontrados antirracistas diferencialistas reivindicando ora o direito à diferença de minorias étnicas, ora o direito à diferença de grupos definidos (pelos antirracistas diferencialistas) como entidades biológicas, como raças; em contraposição a esses antirracismos, há os universalistas, que desconfiam dos particularismos grupais e tendem a acreditar no papel pacificador e unificador da mistura racial.

Não obstante a emergência, nos últimos anos, de discursos diferencialistas no campo do antirracismo, tanto o racismo quanto o antirracismo brasileiros são ainda predominantemente universalistas. A dificuldade dos brasileiros para lidar com a ideia de divisões culturais ou sociais baseadas na raça (Silva, 1998), a desconfiança em relação ao modo bipolar de classificação racial adotado pelos norte-americanos (Fry, 1995/1996; Oliveira Filho, 2005) e a hostilidade em relação à retórica dos movimentos negros organizados (Guimarães, 1999) atestam a persistência do universalismo como princípio organizador do discurso nacional sobre raças. Como afirma Guimarães (1999, p.58): “nada fere mais a alma nacional, nada contraria mais o profundo ideal de assimilação que o cultivo de diferenças”. Na verdade, o argumento segundo o qual o Brasil seria uma democracia racial, criticado pioneiramente por Florestan Fernandes (Fernandes, 1965), é usado frequentemente no Brasil como premissa da afirmação de que o diferencialismo racial (ou políticas públicas de caráter diferencialista) não faz o menor sentido no Brasil, uma vez que o país não é caracterizado por divisões baseadas na raça.

Nesse contexto, a adoção de ações afirmativas como estratégia de combate às diferenças socioeconômicas entre grupos racializados (grupos vistos como raças), uma tendência das políticas públicas governamentais nos últimos anos, é bastante suscetível a uma rejeição fundamentada em argumentos universalistas.

De fato, no caso específico do debate sobre as cotas, a mobilização de argumentos universalistas é frequente, principalmente no meio acadêmico.

Entende-se que o discurso universalista (o antidi-ferencialismo), não obstante o potencial emancipatório com que se apresenta frequentemente em discursos emitidos por vozes do meio acadêmico e do povo, tem sido usado recorrentemente para obliterar a intensidade e os efeitos perversos do racismo brasileiro e para desqualificar políticas públicas que possam representar um avanço real na diminuição da desigualdade racial. Neste trabalho buscou-se um melhor entendimento das sutilezas ideológicas desse discurso, analisando suas diferentes estratégias em relatos de brancos que se contrapõem à adoção de cotas para afrodescendentes no Brasil.

Método

Participantes

O tema em questão neste artigo faz parte de uma pesquisa mais ampla, na qual foram entrevistados 60 sujeitos, fenotipicamente brancos, de diferentes classes sociais, diferentes ocupações, residentes na cidade de Campinas (SP). Desses 60 sujeitos, 34 eram do sexo masculino e 26 eram do sexo feminino. Em termos de escolaridade, 23 sujeitos tinham escolaridade superior e os outros 37 encontravam-se distribuídos entre a escolaridade média e a fundamental. Em termos de renda familiar mensal, os sujeitos podem ser divididos em três grupos principais: um grupo formado por 34 sujeitos, no qual a renda familiar mensal dos integrantes não ultrapassava dois mil reais; um segundo grupo formado por 15 sujeitos, no qual a renda familiar mensal dos integrantes variava de dois mil a quatro mil reais; e um último grupo formado por 11 sujeitos com renda familiar mensal superior a quatro mil reais.

Instrumento e Procedimentos

Os sujeitos foram submetidos a um roteiro de entrevista parcialmente estruturado, contendo diversos questionamentos sobre as relações raciais no Brasil. Os discursos aqui analisados são posicionamentos dos sujeitos em relação à implantação de uma política de cotas para negros em universidades e em empresas.

Os sujeitos foram abordados diretamente pelo entrevistador em seus locais de trabalho e em locais públicos, ou abordados primeiramente por conhecidos do entrevistador antes da entrevista propriamente dita. Na abordagem dos sujeitos havia uma explicação sobre os objetivos da pesquisa e garantia de anonimato. Todas as entrevistas foram gravadas e os seus conteúdos foram transcritos na íntegra. Os sujeitos entrevistados receberam pseudônimos no ato da transcrição.

Análise

O processo de análise fundamentou-se na orientação teórico-metodológica de um conjunto de autores que vêm desenvolvendo o que se convencionou denominar de psicologia social discursiva (Billig, 1985, 1987, 1991; Potter, 1996; Potter & Wetherell, 1987; Potter, Wetherell, Gill & Edwards, 1990; Wetherell, 1996; Wetherell & Potter, 1992).

Após a transcrição das entrevistas, foram feitas leituras atentas e cuidadosas do material transcrito, um passo necessário para a codificação. A codificação, nessa perspectiva metodológica, é apenas uma análise preliminar cujo objetivo não é encontrar resultados, mas organizar as categorias determinadas pelas questões de pesquisa para estudos mais aprofundados (Gill, 2002; Potter & Wetherell, 1987).

No caso deste estudo a questão de interesse era o uso de estratégias do discurso universalista no combate às cotas para negros. Portanto, foram selecionadas nesse primeiro momento de codificação todas as passagens nas quais apareciam argumentos contrários às cotas para negros.

Na técnica de análise de discurso utilizada neste trabalho, as categorias, diferentemente da técnica de análise de conteúdo, são tão inclusivas quanto possível. Nesta fase de codificação procura-se construir categorias sem muita preocupação com os seus limites (Potter & Wetherell, 1987): as categorias colocam ordem no caos e permitem o início da análise propriamente dita.

Na técnica de análise de discurso em questão faz-se necessário uma mudança no modo como se pensa sobre a linguagem: ao invés de procurar algo que estaria além do discurso, algo a que se teria acesso por intermédio do discurso (um sintoma, uma atitude, uma representação, uma crença), procura-se focalizar a

atenção no modo como o discurso é construído, na sua forma de organização, nas suas funções (Gill, 2002; Potter & Wetherell, 1987).

Resultados e Discussão

O objetivo deste trabalho foi analisar as estratégias discursivas mobilizadas para combater a adoção de cotas para negros em universidades e empresas, e não fazer inferências estatísticas sobre a distribuição na população de posições favoráveis ou desfavoráveis às cotas. Mas, ao focalizar a atenção na quantidade de pessoas desfavoráveis às cotas na amostra (34 desfavoráveis, 21 favoráveis e cinco com posicionamento ambíguo), nota-se que há predomínio de posições desfavoráveis às cotas na população da qual foi extraída a amostra em questão, predomínio que, se confirmado, estaria de acordo com uma tendência de rejeição às cotas em diferentes setores sociais, observada por pesquisadores que utilizaram amostragem estatística (Neves & Lima, 2007).

Quanto às estratégias usadas para combater as cotas, observou-se que a associação das cotas à ideia de divisão racial ou à afirmação da impossibilidade de implementar um programa de cotas raciais em um país miscigenado foram duas estratégias recorrentes nos discursos analisados. São posicionamentos que mobilizam de maneira clara e inequívoca o discurso nacional sobre raças. As falas abaixo ilustram as duas estratégias supracitadas:

Abílio: Eu acho que... isso não deixa de ser uma manifestação segregadora. Porque você tá separando, você tá criando... Eu acho que... o negro, ele tem que disputar, como o... amarelo tem que disputar, como o vermelho teria que disputar, enfim... essa divisão aí quanto à raça eu acho que não deixa de ser uma manifestação de segregação...

Leonardo: Não, eu acho... que não pode ter separação entre brancos e negros. Acho que a gente tem que melhorar as condições dos negros, mas não... considerando eles um grupo à parte da sociedade...

Ana Júlia: ... isso no Brasil é impossível porque... quem é negro, quem é branco? Porque... se o negro só casasse com negro, então existiria uma raça negra no Brasil. Seria uma linha... não existiria uma linha, então se você tivesse sete oitavos de sangue negro, se você tivesse um oitavo

de sangue negro você taria nessa cota? Então não existiria como... essa linha não poderia ser feita. E nós teríamos também que pensar nos grupos indígenas, poderíamos pensar nos outros grupos de, por exemplo, paraplégicos e outros que têm [trecho incompreensível]. Então eu sou contra essa cota porque ela não seria justa, seria impossível de ser feita, e esqueceria outros grupos que também são marginalizados como, por exemplo, o índio, o paraplégico, o... enfim, outros grupos, estrangeiros, outros grupos...

Ao focalizar a primeira estratégia, exemplificada pelas falas de Abílio e Leonardo, observa-se que ela consiste em associar as cotas a um separatismo racial estranho ao espírito nacional. Os discursos sobre cotas são posicionados nessas falas como discursos que pregam a separação entre as raças, discursos que dividem e segregam.

O uso de termos como “manifestação segregadora” ou “separação” aproxima simbolicamente as cotas do segregacionismo encontrado em outros tempos em países como África do Sul e Estados Unidos, segregação que, como se sabe, foi acompanhada por conflitos raciais violentos nesses dois países. Associar as cotas à segregação é uma sugestão implícita de que esse tipo de política pública implica a importação de conflitos raciais típicos de outros países para um país sem divisões raciais.

Sugerir que reivindicações que impliquem uma maior visibilidade da identidade negra são manifestações de racismo estranhas ao espírito nacional é comum no discurso dos brasileiros. O discurso da democracia racial é adversário de qualquer discurso que afirme diferenças étnicas na sociedade brasileira.

Ana Júlia, diferentemente de Abílio e Leonardo, não enfatiza as prováveis tensões raciais decorrentes da implementação de cotas no Brasil. Mobiliza o tema da miscigenação do povo brasileiro para combatê-las. As cotas não somente seriam injustas: em decorrência do caráter mestiço do povo brasileiro, seria impossível implementá-las no Brasil.

Como se sabe, o discurso sobre a miscigenação, “núcleo” do discurso nacional sobre raças (Silva, 1998), começou a ser elaborado na segunda metade do século XIX, momento histórico no qual artistas e intelectuais estrangeiros que passaram por aqui começaram a divulgar a imagem de um Brasil marcado pela miscigena-

ção - imagem que era, como não poderia deixar de ser em um contexto social marcado pela popularidade do “racismo científico” na Europa, predominantemente negativa. No final do século XIX, o caráter mestiço do povo brasileiro transformou-se na questão fundamental da nacionalidade: não era sem preocupação que a elite intelectual brasileira, fortemente influenciada pelas ideias racistas importadas da Europa, discutia a mistura racial e se perguntava sobre as suas supostas consequências negativas para o destino da nação.

No entanto, contrapondo-se a esse pessimismo em relação ao futuro do povo, algumas vezes isoladas começaram a afirmar a positividade da miscigenação brasileira. A “ideologia da miscigenação” se consolidou no Brasil no início do século XX, momento no qual a elite dominante argumentava que “o Brasil tinha escapado do racismo”, pois estava formando uma só raça por intermédio do “processo benigno de miscigenação” (Skidmore, 1991, p.7). Os aspectos positivos da miscigenação (o reconhecimento da contribuição do africano para a constituição do povo brasileiro, a negação da crença segundo a qual o povo brasileiro estaria condenado ao atraso por causa da mestiçagem), em autores como Gilberto Freire (Freire, 1969) e em outros influenciados por ele, não parecem, no entanto, compensar historicamente suas consequências negativas para a população negra.

Várias décadas depois da crítica ao argumento segundo o qual o Brasil seria uma democracia racial (Azevedo, 1966; Fernandes, 1965; Nogueira 1998; Pinto, 1998), a miscigenação é apresentada como uma prova da inexistência de racismo no Brasil, ou do caráter inócuo do racismo aqui existente quando comparado com o letal racismo dos outros, principalmente dos norte-americanos. Em outras palavras, o tema da miscigenação e os outros temas que constituem o que se poderia chamar de discurso da democracia racial têm sido usados repetidamente pelos brasileiros com o objetivo de obliterar o caráter opressivo das relações raciais no Brasil e impedir a adoção de medidas estatais que diminuam a desigualdade entre negros e brancos.

Ao perguntar retoricamente “quem é negro, quem é branco?”, Ana Júlia tenta convencer de que, em decorrência do processo de “mistura racial” na sociedade brasileira, não há possibilidade de definir quem é negro e quem é branco no Brasil; assim, torna-se inviável

a implementação de políticas públicas cujos objetivos sejam beneficiar a população negra.

No ano de 1968, a Escritora Rachel de Queiroz usava o mesmo argumento para combater uma proposta de técnicos do ministério do trabalho no sentido de reservar vagas nas empresas brasileiras para negros:

Como é que a gente vai distinguir entre nós quem é negro e quem não o é? Nos Estados Unidos, na África do Sul, há uma linha rígida de cor: nesses lugares se considera negro quem não é cem por cento branco. Aqui a tendência é considerar branca toda pessoa que não for ostensivamente de cor. A maioria esmagadora da população é de mestiços: somos um país de mestiços. E esses mestiços todos, como é que seriam enquadrados? (Queiroz, 1968, citada por Guimarães, 1999, p.168).

O mesmo argumento foi mobilizado na revista *Caros Amigos* pelo escritor César Benjamin (Benjamim, 2002, p.13), ao criticar a proposta de adoção do sistema de cotas no Brasil. Como Ana Júlia e Raquel de Queiroz, ele se pergunta: “Quem é negro e quem é branco no Brasil? Onde está a fronteira entre ambos?”

Na verdade, o discurso reproduzido por César Benjamim, Ana Júlia e Raquel de Queiroz, muito comum no mundo intelectual brasileiro, parece sugerir a inexistência de negros e brancos no Brasil. Como afirma Ana Júlia: “... se o negro só casasse com negro, então existiria uma raça negra no Brasil”. Tal discurso tem como implicação a inexistência de racismo no Brasil. De fato, como pode haver racismo contra negros, se não há negros nem brancos? Como pode haver racismo se todos são mestiços? Mas a fragilidade desse argumento é evidente, como demonstra Guimarães:

... se não somos brancos, porque consideramos ‘branca’ toda pessoa que não é ostensivamente de cor? Classificamos ou não as pessoas por sua cor? Consideramos ou não algumas pessoas ‘brancas’ e outras pessoas ‘negras’? Discriminamos ou não discriminamos as pessoas em termos de cor? (Guimarães, 1999, p.168).

Os discursos de Ana Júlia, César Benjamim e Raquel de Queiroz parecem partir do pressuposto de que aquilo que se denomina “branco brasileiro”, por ser um produto de diferentes grupos raciais, é um branco falso; como se ser branco ou ser negro fosse fundamentalmente uma questão de biologia.

O branco brasileiro “falso” é branco para todos os efeitos na sociedade brasileira, embora não se sinta tão seguro de sua brancura quando se compara com os brancos norte-americanos e europeus; os brancos brasileiros definem a si mesmos como brancos e definem como negros outros cidadãos brasileiros cujas características físicas possibilitam seu reconhecimento como um grupo diferenciado.

Isso é facilmente observável nos discursos e ações dos brasileiros. A própria Ana Júlia, no mesmo trecho no qual afirma convictamente a inexistência de uma “raça negra no Brasil”, afirma, de maneira contraditória: “Então eu sou contra essa cota porque ela não seria justa, seria impossível de ser feita, e esqueceria outros grupos que também são marginalizados”. Na fala supracitada, os negros, grupo racializado cuja existência era negada anteriormente, têm sua existência reconhecida e, além disso, são reconhecidos como um grupo marginalizado. No discurso de Ana Júlia, portanto, os negros ora existem, ora não existem; é um discurso que afirma a existência de uma minoria marginalizada no Brasil cujos membros, paradoxalmente, não são reconhecíveis ou identificáveis.

Descrever a adoção de cotas como uma política estatal essencialmente injusta e antidemocrática foi outra estratégia recorrente. As ações afirmativas não premiariam o esforço, o mérito e a competência individuais, premiariam alguns indivíduos por causa de sua pertença grupal e seriam injustas com outros.

Valdemar: *Ah, eu acho que isso não é democrático. Eu acho que você tem que conseguir as coisas por esforço próprio, não baseado em leis que beneficiem determinado grupo, determinada classe. Eu acho que todo mundo tem direito igual. Pra você entrar numa Unicamp, por exemplo, você tem que estudar. Independente se você faz num colégio particular, numa escola estadual...*

Cleonice: *Eu acho que só isso não resolve. Acho que o problema... vem muito mais da educação ali de base, mesmo. Acho que tem que melhorar a condição daí. Escolaridade primária, secundária, pra que eles realmente possam concorrer de igual pra igual intelectualmente, né, com o resto da população. Porque não adianta você reservar vagas se você não deu um preparo anterior. Aí a pessoa, quer dizer, tá ali meio que... porque tem a vaga garantida e não pela competência...*

Ana: *... Eu acho que a briga é muito maior do que essa... da compensação; eu acho que... em alguns setores, sim,*

eu acho que a cota é bastante justa. Talvez... no ambiente político... eh... nas empresas. Mas eu acho que a competência tem que ser um critério, né? E eu acho que a competência passa pela educação. Então eu acho que a gente tem que lutar pra que essa população negra tenha acesso a excelentes... condições, por exemplo, de escolaridade desde cedo. E a gente sabe muito bem que... Agora a gente tá falando de negros, mas não é só o segmento negro que é discriminado: os pobres em geral...

Maria: Ah, eu já não concordo com isso. Eu não concordo com isso por que eu acho que aí taria... ressaltando mais a discriminação ainda. Acho que todo mundo tem direitos iguais... de concorrer com todo mundo, entendeu? A não ser se for deficiente físico, essas coisas, aí são diferentes..., mas o negro é uma pessoa como qualquer outra, então eu acho que aí já não valeria a pena.

Geraldo: Eu acho que isso é manter, sim, de alguma forma... É uma... manifestação sim de... uma espécie de racismo. Eu acho que se você reserva... vagas... pra negros é como se você tivesse levando a crer que se não houvesse reserva de vagas o cidadão negro não pudesse, entendeu?, tá galgando, tá alcançando, uma colocação no mercado de trabalho ou na universidade. Eu... não concordo.

Ao observar com atenção os discursos que exemplificam a terceira estratégia de combate às cotas, percebe-se que, nesses argumentos, a justificativa para discordar das ações afirmativas não se fundamenta explicitamente, como na primeira estratégia discutida, no caráter “segregacionista”, “separatista” de tais ações, nem, como na segunda estratégia, na impossibilidade de implementá-las, dado o caráter mestiço do povo brasileiro. São argumentos universalistas, mas um universalismo cujo foco não é prioritariamente uma suposta ameaça à unidade do povo brasileiro, proveniente do diferencialismo racial norte-americano: o foco são os direitos individuais ameaçados caso os indivíduos não sejam tratados com equidade, caso sejam abordados preferencialmente como membros de grupos sociais e não como indivíduos cujos méritos individuais devem ser os únicos critérios considerados quando se encontram em situação de avaliação.

É interessante destacar que, quando os sujeitos eram questionados sobre as cotas, explicitava-se que a militância negra justificava sua reivindicação alegando a discriminação dos negros na sociedade brasileira. Fez-se questão de explicitar essa justificativa porque, como

Guimarães (1999, p.181) faz questão de ressaltar, as ações afirmativas são baseadas na afirmação do “mérito individual” e da “igualdade de oportunidades” como valores fundamentais, não obstante a acusação de serem antidemocráticas e desconsiderarem o mérito individual. As ações afirmativas, segundo esse autor, justificam-se como uma tentativa de “restituir a igualdade de oportunidades”, e estariam baseadas no princípio da “desigualdade contra a desigualdade”.

No entanto, nas falas dos sujeitos que combateram as cotas a partir do argumento de que seriam injustas porque não levariam em conta o mérito, o argumento segundo o qual elas seriam legítimas porque os negros sofreriam uma discriminação sistemática que inviabilizaria a igualdade de oportunidades ou foi ignorado ou foi combatido com o argumento, implícito, segundo o qual a discriminação contra os negros não seria mais danosa do que a discriminação sofrida por outros grupos sociais.

No discurso de Valdemar, todos devem “conseguir as coisas por esforço próprio”; ninguém pode ser beneficiado por leis que concedam privilégios a determinados grupos. Nesse discurso, o “esforço próprio” se transforma no único determinante da entrada ou não na universidade, um fator determinante sem qualquer relação com outros fatores. A escola secundária que os sujeitos frequentam, a renda e a escolaridade dos pais, a discriminação de toda uma vida etc. são ignoradas. Tudo depende desse “esforço”, dessa motivação individual que não é afetada por nada: só depende do indivíduo.

Assim como Valdemar, Cleonice e Ana argumentam contra as cotas. Diferentemente de Valdemar, no entanto, não se mostram tão crentes no poder do “esforço pessoal” como forma de democratização do ensino superior: reconhecem que os negros não concorrem em condições de igualdade. Mas o remédio para essa situação só pode ser universalista. Escolas primárias e secundárias de boa qualidade democratizariam o ensino superior.

Nesses discursos afirma-se a necessidade de uma escolarização de boa qualidade para todos, no primeiro e segundo graus, para que a competência possa se tornar de fato o critério que define o acesso à universidade. A escolarização de qualidade apresenta-se como condição necessária e suficiente para resolver os

problemas de acesso dos negros à universidade. Aos negros pede-se mais paciência, dizendo-lhes, implicitamente, que no futuro, quando a escola pública brasileira melhorar, eles poderão competir em igualdade de condições.

E o que acontece em uma sociedade em que os direitos individuais, a competência e o mérito individuais não são levados em consideração? Nos discursos de Ana, Maria e Geraldo afirma-se implicitamente que, em tal sociedade, os grupos minoritários beneficiados serão alvo de ainda mais desprezo e discriminação, o que terminaria por anular os efeitos pretendidos. Assim, as cotas teriam efeitos negativos para os próprios negros, pois nunca seriam reconhecidos como capazes e esforçados.

Nesses discursos, as cotas tornariam mais justificável a discriminação contra a população negra, porque, por mais que estude, o negro seria visto sempre como um incompetente beneficiado por uma política pública. Como afirma Geraldo, a “reserva de vagas” disseminaria na sociedade a ideia de que os negros não poderiam alcançar uma “colocação no mercado de trabalho”. De maneira tácita, Geraldo afirma que as cotas tornariam justificáveis os estereótipos negativos contra os negros, aumentando ainda mais o preconceito.

Nos discursos de Ana, Maria e Geraldo (assim como nos discursos de Valdemar e Cleonice), não se diz que o racismo no Brasil é inofensivo, inócuo; há até, no caso de Ana, a afirmação de que as cotas talvez sejam justas “no ambiente político” e nas “empresas”.

Mas os argumentos usados por esses sujeitos para combater as ações afirmativas e o modo como organizam seus discursos terminam por fazer esquecer as dificuldades diferenciadas dos negros e seu esforço redobrado, em uma sociedade extremamente racista como a brasileira, para entrar em uma universidade e para conseguir boas colocações no mercado de trabalho. O racismo brasileiro é representado como um fenômeno inofensivo, embora isso não seja afirmado de maneira explícita.

Em um momento de sua argumentação contra a implantação de um programa de cotas raciais nas universidades brasileiras, Ana desconsidera a especificidade da discriminação sofrida pelo negro ao afirmar que “não é só o segmento negro que é discriminado”,

que “os pobres em geral” também são discriminados, igualando a discriminação “racial” à discriminação de classe.

Para Maria, o negro é “uma pessoa como qualquer outra” e, por isso, não tem nenhuma dificuldade adicional que justifique a implantação de ações afirmativas. Nesse discurso, o negro, que é discriminado em quase todos os setores da vida social, que para conseguir empregos de bom nível socioeconômico deve ser bem superior aos seus concorrentes, se transforma em uma “pessoa como qualquer outra”.

No mesmo sentido, Geraldo, ao criticar a possível adoção de ações afirmativas por tais ações sugerirem que o “cidadão negro” não pode alcançar “uma colocação no mercado de trabalho ou na universidade”, mobiliza de maneira implícita o argumento de que os negros não são menos capacitados intelectualmente do que os brancos e oblitera as dificuldades diferenciadas dos negros em sua busca por melhores condições de vida.

Considerações Finais

Este trabalho teve por objetivo identificar e analisar diferentes estratégias usadas para combater as cotas para negros no Brasil em discursos de sujeitos fenotipicamente brancos. No material discursivo analisado, os posicionamentos contrários às cotas para afrodescendentes sempre mobilizam algum tipo de argumento universalista.

As cotas nunca são combatidas a partir de uma linha argumentativa que apele para diferencialismos, nem são combatidas a partir de argumentos abertamente racistas que se fundamentem nos estereótipos raciais tão conhecidos na história das relações raciais brasileiras. Muito pelo contrário: os negros sempre são citados como possuidores de características positivas, sempre são posicionados como pertencentes à raça brasileira.

Mas o que há, então, de problemático, de propriamente ideológico, nesses discursos? Entende-se que o que há de problemático nesses discursos é o uso do universalismo para banalizar ou mesmo negar as práticas racistas no Brasil e seus efeitos perversos.

Em alguns momentos, nesses discursos, desenha-se um quadro no qual o povo brasileiro teria sua unidade ameaçada por uma medida que poderia criar de maneira artificial uma tensão racial inexistente no Brasil. Quando alguma tensão racial é admitida, é usada para insinuar que as coisas poderiam ser piores com a implantação de cotas raciais no Brasil. Os estereótipos negativos sobre os negros seriam reforçados e o preconceito aumentaria ao invés de diminuir.

Não há nada de propriamente ideológico no universalismo tomado em si mesmo, de maneira abstrata. Até se reconhece o potencial do universalismo no sentido de promover a identificação com um grupo nacional que permita o diálogo e a convivência solidária entre diferentes grupos sociais a partir de uma identidade social mais ampla: a identidade nacional.

Nos discursos aqui analisados, no entanto, o universalista foi recorrentemente mobilizado, com notável eficácia retórica, para combater uma política pública que, embora não seja uma panaceia que irá resolver por si só a secular desigualdade racial brasileira, nem tornar dispensáveis as políticas de caráter universalista, tem inegável eficácia, já demonstrada em outros países, na diminuição da desigualdade entre grupos racializados.

Em outras palavras, o argumento universalista trabalha nesses discursos para manter privilégios raciais que persistem há séculos, não obstante o antirracismo sincero de alguns dos sujeitos que o mobilizam.

Referências

- Azevedo, T. (1966). *Cultura e situação racial no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- Benjamim, C. (2002). Tortuosos caminhos. *Caros Amigos*, 6 (63), 13.
- Billig, M. (1985). Prejudice, categorization, and particularization: from a perceptual to a rhetorical approach. *European Journal of Social Psychology*, 15, 79-103.
- Billig, M. (1987). *Arguing and thinking: a rhetorical approach to social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Billig, M. (1991). *Ideology and opinions*. London: Sage Publications.
- Fernandes, F. (1965). *A integração do negro na sociedade de classes*. São Paulo: Dominus.
- Freyre, G. (1969). *Casa grande e senzala*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora.
- Fry, P. (1995/1996). O que a cinderela negra tem a dizer sobre a 'política racial' no Brasil. *Revista USP*, 28, 122-135.
- Gill, R. (2002). Análise de discurso. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (7a. ed., pp.244-270). Rio de Janeiro: Vozes.
- Guimarães, A. S. A. (1999). *Racismo e anti-racismo no Brasil*. São Paulo: Editora 34.
- Neves, P. S. C., & Lima, M. E. O. (2007). Percepções de justiça social e atitudes de estudantes pré-vestibulandos e universitários sobre as cotas para negros e pardos nas universidades públicas. *Revista Brasileira de Educação*, 12 (34), 17-38.
- Nogueira, O. (1998). *Preconceito de marca: as relações raciais em Itapetininga*. São Paulo: Edusp.
- Oliveira Filho (2005). Miscigenação versus bipolaridade racial: contradições e conseqüências opressivas do discurso nacional sobre raças. *Estudos de Psicologia* (Natal), 10 (2), 247-253.
- Pinto, L. A. C. (1998). *O negro no Rio de Janeiro: relações de raça numa sociedade em mudança*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ.
- Potter, J. (1996). Attitudes, social representations and discursive psychology. In M. Wetherell (Ed.), *Identities, groups and social issues* (pp.119-171). London: Sage Publications.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology. Beyond Attitudes and Behaviour*. London: Sage.
- Potter, J., Wetherell, M., Gill, M., & Edwards, D. (1990). Discourse: noun, verb or social practice? *Philosophical Psychology*, 3 (2), 205-217.
- Silva, D. F. (1998). Facts of Blackness: Brazil is not (Quite) the United States... and racial politics in Brazil? *Social Identities*, 4 (2), 201-134.
- Skidmore, T. E. (1991). Fato e mito: descobrindo um problema racial no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, 79, 5-16.
- Taguieff, P. A. (1987). *La force du préjugé: essai sur le racisme et ses doubles*. Paris: Gallimard.
- Wetherell, M. (1996). Group conflict and the social psychology of racism. In M. Wetherell (Ed.), *Identities, groups and social issues* (pp.175-224). London: Sage Publications.
- Wetherell, M., & Potter, J. (1992). *Mapping the language of racism: discourse and the legitimation of exploitation*. London: Harvester Wheat Sheaf.

Recebido em: 3/4/2008
Versão final reapresentada em: 10/3/2009
Aprovado em: 26/5/2009

Terapia de reposição hormonal e desempenho cognitivo na terceira idade¹

Hormone replacement therapy and cognitive performance in old age

Ana Letícia **CAMARGOS**²
Elizabeth do **NASCIMENTO**³

Resumo

No decorrer do seu ciclo de vida, as mulheres passam por uma fase denominada climatério. A terapia de reposição hormonal é o tratamento indicado para alívio dos sintomas típicos desta fase. Recentemente, descobriu-se que a terapia de reposição hormonal pode trazer benefícios adicionais, os quais se referem a proteger as mulheres contra o declínio cognitivo associado ao envelhecimento. Este artigo aborda esta questão. Embora vários estudos indiquem que o estrógeno tem efeitos positivos sobre a cognição, os resultados reportados na literatura ainda são insuficientes para indicar a terapia de reposição hormonal para a prevenção do declínio cognitivo associado ao envelhecimento. São necessárias mais pesquisas com o intuito de elucidar os possíveis benefícios desta terapia, a influência dos hormônios no envelhecimento e outros fatores associados à menopausa e à terapia de reposição hormonal que possam também influenciar a cognição.

Unitermos: Envelhecimento. Terapia de reposição de hormônios. Processos cognitivos.

Abstract

Over the course of the life-cycle of a woman, she suffers from the effects of the menopause. Hormone replacement therapy is recommended as a treatment for post-menopausal symptoms. Recently, some studies have indicated that hormone replacement therapy could modify aging-related changes in cognitive decline. The aim of this essay was to investigate the effects of hormone replacement therapy on cognitive performance. Multiple studies indicate that estrogen has positive effects on cognition. However, these data are not sufficient to recommend the use of hormone replacement therapy to prevent aging-related cognitive decline. Further research will be necessary to elucidate the benefits of hormone replacement therapy, hormone contributions and other factors related to menopause and hormone replacement therapy that might influence cognitive performance.

Uniterms: *Aging. Hormone replacement therapy. Cognitive processes.*

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir de dissertação de A.L. CAMARGOS, intitulada "Menopausa, terapia de reposição hormonal e desempenho intelectual: um estudo transversal". Universidade Federal de Minas Gerais.

² Universidade Presidente Antônio Carlos, Faculdade Regional de Ciências Exatas e Sociais de Barbacena, Curso de Psicologia. Rod. Deputado Zezinho Bonifácio, Km12, Colônia Rodrigo Silva, 36200-000, Barbacena, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.L. CAMARGOS. E-mail: <analeticiacamargos@yahoo.com.br>.

³ Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Belo Horizonte, MG, Brasil.

A população mundial vem passando por um intenso processo de transição demográfica, caracterizado pelo aumento da população idosa (Lieberman, 2006). O crescimento elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários é um fenômeno mundial. Vários fatores são responsáveis por esse fenômeno, dentre eles, a baixa taxa de fecundidade, a queda na mortalidade infantil, as melhores condições de saneamento e infraestrutura básica e a redução da mortalidade em decorrência das melhores condições de saúde e dos avanços na medicina e na tecnologia (Camarano, 2006; Rodrigues & Rauth, 2006).

Apesar de ser um fenômeno global, nos países em desenvolvimento o processo de envelhecimento populacional tem sido mais rápido e intenso. No Brasil, a expectativa de vida ao nascer aumentou cerca de nove anos entre 1980 e 2000, e os ganhos foram mais expressivos para as mulheres, que apresentaram no ano 2000 uma esperança de vida ao nascer superior em 8,4 anos à masculina (Camarano, 2006; Rodrigues & Rauth, 2006).

Embora sejam concebidos mais homens que mulheres, em todo o mundo elas vivem cerca de quatro a dez anos a mais que eles. Esta discrepância torna-se mais acentuada entre os mais idosos, pois, contando-se os centenários de todo o mundo, são nove mulheres para cada homem (Perls & Fretts, 2007; Spirduso, 2005).

Os índices de mortalidade entre as mulheres são mais baixos do que entre os homens, em todas as idades. No entanto, essa diferença é mais pronunciada em certos estágios da vida. Dos 15 aos 24 anos existe um surto de mortalidade masculina, a maior parte causada por comportamento negligente ou violência. Já na meia-idade, as doenças cardíacas são a principal causa das diferenças de mortalidade entre os gêneros. Nos homens, o risco de doenças cardíacas aumenta a partir dos 40 anos, já entre as mulheres este risco só começa a se elevar depois da menopausa, por volta dos 50 anos (Perls & Fretts, 2007; Spirduso, 2005).

Não existem respostas definitivas para essas diferenças, mas foram propostas diversas explicações para entender por que as mulheres vivem mais. As explicações sociais estão relacionadas aos papéis sociais: os homens estão mais sujeitos a mortes causadas por guerras, homicídios e acidentes, têm mais hábito de fumar, consumir bebidas alcoólicas e drogas; as mulhe-

res procuram mais o sistema de saúde, fazem exames e vão ao médico logo que um sintoma aparece. Podem-se citar também as explicações hormonais: o estrogênio é conhecido por proteger contra doenças cardíacas, diminuindo o mau colesterol Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL) e elevando o bom colesterol Lipoproteína de Alta Densidade (HDL), enquanto os andrógenos atuam inversamente. A influência que os andrógenos exercem sobre o metabolismo do colesterol, diminuindo o HDL e aumentando o LDL, poderia explicar o fato de os homens serem mais suscetíveis a doenças cardíacas. Ainda, o pico de mortalidade masculina na puberdade coincide com a produção maior de testosterona (Chaimowicz, 2006; Spirduso, 2005; Perls & Fretts, 2007).

Pode-se observar que a população idosa aumenta de maneira expressiva em relação às demais faixas etárias. Portanto, o envelhecimento populacional é uma realidade mundial, assim como o fato de as mulheres viverem mais que os homens. A feminização da velhice chama a atenção para as singularidades do ciclo da vida e do envelhecimento feminino, que são abordadas neste artigo.

Desempenho intelectual e envelhecimento

A inteligência é definida por Colom (2006) como uma capacidade mental muito geral que permite raciocinar, aprender, planejar, resolver problemas, pensar de modo abstrato e compreender ideias complexas. No entanto, a inteligência não é algo tão simples de definir. Na verdade, esse construto não desfruta de consenso mesmo entre os especialistas na área. E, embora hoje já se saiba bastante sobre a inteligência, várias questões permanecem complexas, e em muitos casos ainda não resolvidas (Almeida, 2002; Neisser et al., 1996; Rozestraten, 2002).

Sabe-se que a inteligência está por trás de muitas condutas da vida cotidiana. Nenhum traço psicológico se correlaciona com tantos fenômenos sociais: nível socioeconômico alcançado, rendimento acadêmico, desempenho no trabalho e até mesmo saúde e longevidade (Colom, 2006).

A idade é uma das variáveis mais importantes no estudo do desempenho intelectual (Nascimento, 2000). O envelhecimento acarreta um declínio normal na cognição. No entanto, vários fatores além da idade

estão envolvidos no declínio intelectual ao longo do ciclo da vida, como nível educacional, ambiente estimulante, sucesso na vida e saúde. Para manter um bom desempenho cognitivo é importante ter interesse em aprender coisas novas, manter-se informado frente às atualidades e praticar alguma atividade física (Neri, 2006; Rozestraten, 2002).

A teoria desenvolvida por Raymond B. Cattell, em 1941, fundamenta atualmente, a maior parte das pesquisas sobre o desenvolvimento intelectual ao longo do ciclo da vida e na velhice. Cattell elaborou um modelo sobre a estrutura da inteligência composto por 19 fatores primários e cinco secundários (Flores-Mendoza & Nascimento, 2001). Dentre os secundários, dois são considerados os mais importantes: a inteligência fluida (Gf) e a inteligência cristalizada (Gc). A inteligência fluida, de base fisiológica, reflete a capacidade de adaptação a problemas novos sem necessidade de experiências prévias, enquanto a inteligência cristalizada, de base experiencial e educacional, envolve aprendizados anteriores. Ambas as inteligências são interdependentes. O adjetivo fluido se refere à propriedade de fluir e o adjetivo cristalizado se refere ao corpo sólido. Então, existiria uma inteligência fluida, e a inteligência cristalizada seria resultante dos efeitos da educação e do ambiente que atuam sobre a primeira (Andrés-Pueyo, 2006; Neri, 2006).

A inteligência fluida é mais afetada pelo envelhecimento, enquanto a cristalizada é constante e pode até melhorar com o tempo. As perdas na inteligência fluida estão relacionadas às perdas sensoriais, à diminuição na velocidade de processamento da informação e às mudanças neurológicas típicas do envelhecimento. A manutenção das habilidades cristalizadas depende da influência cultural (Andrés-Pueyo, 2006; Neri, 2006; Rozestraten, 2002).

Apesar de a inteligência ser um construto muito investigado dentro da psicologia, há muito ainda a ser explorado. Durante o processo de envelhecimento ocorre um declínio normal na cognição. A idade é muito importante na compreensão desse declínio, mas existem outros fatores relacionados. Recentemente, o papel dos hormônios sexuais no desempenho intelectual ao longo do ciclo da vida vem sendo estudado, sobretudo em relação às mulheres, que vivenciam transformações mais

expressivas: oscilações hormonais mensais durante a juventude e climatério/menopausa na meia-idade.

Terapia de reposição hormonal e desempenho cognitivo

Homens e mulheres apresentam diferenças em habilidades cognitivas específicas. Normalmente, os homens se sobressaem em habilidades visoespaciais, quantitativas e motoras (movimentos de grande amplitude). As mulheres se saem melhor em tarefas que utilizam habilidades verbais, velocidade perceptual e habilidade motora fina, ou seja, movimentos manuais de pequena amplitude (Haskell, Richardson & Horwitz, 1997; Kimura, 2002; Neisser et al., 1996; Stahl, 2002).

As causas de tais diferenças podem estar relacionadas à longa história evolucionária humana, aos papéis sociais e aos hormônios sexuais. Os esteroides sexuais têm muitos efeitos no cérebro ao longo do ciclo da vida. Durante o desenvolvimento fetal, os hormônios reprodutivos influenciam a organização cerebral e, na idade adulta, seus níveis circulantes contribuem para a diferenciação entre homens e mulheres. Tais efeitos têm sido investigados durante o ciclo menstrual, devido às flutuações hormonais naturais que ocorrem mensalmente nas mulheres. Durante as fases em que o nível de estrógeno é mais alto, elas se saem melhor em tarefas de fluência verbal e habilidade motora fina e pior em tarefas espaciais. Então, variações no nível do estrógeno parecem afetar seletivamente o padrão cognitivo. Após a menopausa, as mulheres experimentam um declínio na produção dos hormônios ovarianos. Nas últimas décadas, as mulheres comumente fazem Terapia de Reposição Hormonal (TRH). Tal tratamento parece influenciar o desempenho das mulheres em algumas tarefas cognitivas, mas ainda não está claro se seus efeitos benéficos são imediatos, ou seja, apenas durante o tratamento, ou se eles se mantêm por longo prazo (Haskell et al., 1997; Kimura, 2002; McEwen, Alves, Bulloch & Weiland, 1997; Stahl, 2002).

O emprego da TRH teve início na Alemanha em meados de 1937 e popularizou-se nos Estados Unidos a partir de 1950. O objetivo do tratamento era melhorar a qualidade de vida das mulheres na pós-menopausa. Desde então, publicações passaram a divulgar que, além de prevenir e tratar os sintomas comuns da menopausa,

seu uso proporcionaria benefícios adicionais (Piato, 2005).

Desde que a TRH se popularizou, seus efeitos adicionais estão sendo estudados. O primeiro ensaio clínico randomizado que envolveu a administração de estrógeno ou placebo foi realizado por Caldwell e Watson em 1952 (Sherwin, 2006) com mulheres de 75 anos de idade que viviam em uma casa de repouso. Os resultados apontaram melhora na Escala Verbal, mas não na Escala de Execução da *Wechsler Bellevue Intelligence Scale*.

Atualmente, há um grande interesse científico quanto aos possíveis benefícios da TRH para a mulher idosa na prevenção e tratamento de déficits cognitivos, alterações do humor e doença de Alzheimer. Os resultados dos trabalhos são conflitantes, mas sugerem que o estrógeno possa manter e até melhorar as funções cognitivas em pacientes normais e dementes (D.R.B. Magalhães, Hanan & E.B. Magalhães, 2001).

É muito comum as mulheres se queixarem de declínio cognitivo durante a menopausa, e a TRH frequentemente melhora esses sintomas. Se a diminuição dos níveis de estrógeno afeta negativamente a cognição durante a perimenopausa, então, em longo prazo, essa deficiência poderá ter um resultado mais expressivo no declínio cognitivo e também no desenvolvimento de demências (Haskell et al., 1997).

É biologicamente plausível que os hormônios possam afetar as funções cognitivas e proteger contra o declínio cognitivo associado à idade, pois existem receptores de estrógeno e progesterona em grande parte do tecido cerebral. Além do hipotálamo, que controla a função reprodutiva, eles também são encontrados na amígdala, hipocampo, *locus ceruleus* e lobo frontal. A deficiência de estrógeno afeta o metabolismo dos neurotransmissores serotonina, dopamina, noradrenalina e acetilcolina, prejudicando a comunicação entre os neurônios. Em geral, depois da menopausa ocorre um decréscimo da eficiência cognitiva; uma parte dessa mudança é atribuída à idade, mas também pode estar relacionada às mudanças endocrinológicas (Erkkola, 1996; Maki & Hogervorst, 2003; McEwen et al., 1997).

Haskell et al. (1997) revisaram 19 estudos: dos dez ensaios clínicos, oito apresentaram efeitos positivos do estrógeno sobre a cognição e, dos nove estudos de

observação (longitudinais e transversais), cinco encontraram resultados positivos, em especial na memória e na atenção. Segundo os autores, a extrema heterogeneidade das pesquisas dificulta generalizações mais contundentes; contudo, pode-se concluir que os estudos revisados fortalecem a hipótese de que o estrógeno possa melhorar a função cognitiva e reduzir o risco de demência.

Vinte e sete estudos transversais e longitudinais foram revisados por Maki e Hogervorst (2003). Destes, 21 indicaram efeitos positivos sobre o funcionamento cognitivo. Foram revisados, também, 17 ensaios clínicos, dos quais nove apresentaram efeitos benéficos, enquanto oito não apresentaram efeitos sobre a cognição. Os achados se referem a benefícios na memória e no raciocínio verbal, na velocidade da atenção, nas funções executivas, na memória figural e no *status mental*. Novamente, as autoras concluem que os estudos revisados são heterogêneos na medida em que usam diferentes preparações hormonais, dosagens e vias de administração, e as amostras são tão variadas em relação à idade das mulheres que dificultam qualquer conclusão mais pertinente. Desta maneira, os efeitos da TRH sobre o declínio cognitivo relacionado à idade ainda precisam ser mais bem determinados.

Vergheze et al. (2000) realizaram um estudo com 35 mulheres a partir de 65 anos de idade, cirurgicamente menopausadas, sendo que dez receberam Terapia de Reposição de Estrógeno (TRE) no máximo três meses após a cirurgia e 25 nunca fizeram tal tratamento. A média de duração da TRE foi de 20,8 anos (desvio-padrão de 13,8). Os dois grupos não apresentaram diferenças, antes do início do tratamento, em relação à idade, à educação e ao QI avaliado pela *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised* (WAIS-R). No que se refere ao desempenho nos subtestes *Memory Phrase* (que avalia memória verbal) do *Blessed Information-Memory-Concentration Test* (BIMC) e Cubos do WAIS-R (que avalia habilidade construtiva), as mulheres tratadas se saíram melhor. Tal efeito permaneceu após o término do tratamento, ou seja, manteve-se por longo prazo, mesmo que o período de exposição à TRE tenha sido curto. Os autores apontam que, para a ocorrência de tal efeito, o tratamento deve ser iniciado logo após a cirurgia de retirada dos ovários, devido ao chamado período crítico.

Existem evidências, embora não definitivas, de que o início da TRH na idade da menopausa (próximo aos 50 anos) ou logo depois da retirada dos ovários possa proteger contra o declínio cognitivo e o desenvolvimento da doença de Alzheimer. Por outro lado, a administração hormonal com atraso (depois dos 65 anos) tem pouco ou nenhum efeito benéfico sobre a cognição. Com isto, a idade do início do tratamento seria um determinante dos resultados positivos relacionados à cognição, ou seja, ela funcionaria como uma janela de oportunidade ou período crítico. A hipótese é que os neurônios se tornam menos sensíveis ao estrógeno depois de um prolongado tempo de ausência de exposição ao hormônio. Parece haver também um período específico (uma faixa de idade) para que os efeitos benéficos da TRH sobre a cognição sejam aparentes. Possivelmente, os receptores de estrógeno no sistema nervoso central sejam dependentes da idade, sendo que os neurônios mais velhos tornam-se menos responsivos ao hormônio (Maki, 2006; Maki & Hogervorst, 2003; Sherwin, 2005, 2006).

Sherwin (2006) revisou seis ensaios clínicos. Destes, três mostraram resultados positivos sobre a cognição. Em dois deles, a média de idade das mulheres da amostra era de 45 anos e o início da terapia estrogênica ocorreu logo após a cirurgia de retirada dos ovários. Já nos estudos em que não foi encontrada relação entre a TRH e o desempenho intelectual, o estrógeno foi administrado muitos anos depois da menopausa cirúrgica ou em mulheres mais velhas (média de 65 anos). Tais achados fortalecem a hipótese de que a TRH protege contra o envelhecimento cognitivo apenas quando iniciada na idade da menopausa. Ainda, os três ensaios clínicos que apresentaram resultados benéficos sobre a cognição usaram estradiol (E2) por via intramuscular ou transdermal, e os que não encontraram efeito usaram Estrogênios Equinos Conjugados (EEC) por via oral. Isso sugere uma melhor eficácia do E2 em relação aos EEC e uma possível superioridade da via de administração não oral no que tange aos efeitos no cérebro. Os resultados desses ensaios clínicos apontam evidências de melhora na memória verbal de curto e longo prazo, memória visual e habilidades espaciais. Para a autora, o tipo de estrógeno, a dosagem e a via de administração são importantes para influenciar as funções cognitivas em mulheres na pós-menopausa e necessitam de maiores estudos.

Existem evidências de que os estrogênios também exercem influência sobre o humor, potencializando o efeito de substâncias antidepressivas. As mulheres sofrem muito mais de depressão que os homens. Contudo, durante o ciclo de vida, dois períodos são de maior risco para a depressão: o puerpério, quando os níveis de estrógeno estão muito aumentados e caem depois do parto, e a perimenopausa, quando o estado hormonal encontra-se caótico. Sendo a progesterona antagonista do estrógeno em alguns tecidos, é provável que ela neutralize os efeitos positivos deste hormônio sobre o humor das mulheres. Contudo, a deficiência estrogênica no humor não se encontra bem definida (Freitas & Pimenta, 2006; Hanan, Magalhães & Hanan, 2001; Stahl, 2002).

Miller, Conney, Rasgon, Fairbanks e Small (2002) desenvolveram um estudo para investigar diferenças sexuais no humor e na cognição e se os efeitos do estrógeno poderiam explicar parcialmente tais diferenças, conforme reportado em pesquisas prévias. A amostra foi composta por 96 adultos saudáveis com idades entre 57 e 75 anos (média=65,9), sendo, 31 mulheres usuárias de TRH (19 usavam estrógeno mais progesterona e as demais apenas estrógeno), 16 não usuárias e 49 homens. O nível educacional e o socioeconômico, bem como a idade, foram controlados. De acordo com os resultados, as mulheres do grupo TRH tiveram menos e mais leves sintomas de depressão que as não usuárias e os homens, conforme avaliados pela escala *Profile of Mood States* (POMS). Ainda, as mulheres usuárias de TRH demonstraram melhor fluência semântica (geração de palavras em uma categoria: frutas e vegetais) que os homens. O grupo TRH também se saiu melhor que o grupo não TRH em atenção e memória de trabalho (Dígitos - WAIS-R), e neste caso, os homens se saíram melhor que as não usuárias. Os resultados não foram afetados pela duração do tratamento nem pelo tipo de medicação usada. Tais evidências apoiam a hipótese de que o estrógeno seja uma variável importante para explicar as diferenças de sexo no desempenho cognitivo e no humor na velhice.

Considerações Finais

Durante a meia-idade, a mulher passa por um processo longo e gradual de declínio na produção dos

hormônios femininos conhecido como climatério, sendo a menopausa (última menstruação) um dos fatores que ocorrem dentro deste período. O climatério tem consequências sobre a saúde e a cognição que se tornaram mais evidentes com o aumento da expectativa de vida. Por isso, atualmente, muitas mulheres fazem administração exógena de hormônios para alívio dos sintomas típicos desta fase de suas vidas.

Para tratar os sintomas do climatério é indicado o uso da TRH. Mas, apesar de ser um tratamento antigo e eficaz no combate aos fogachos, ressecamento da mucosa urogenital e prevenção da osteoporose, ainda não desfruta de consenso em relação aos seus efeitos sobre a saúde da mulher.

Se a TRH ainda não dispõe de consenso entre os especialistas em relação aos seus efeitos sobre a saúde física, quando se trata dos seus benefícios sobre o Sistema Nervoso Central não é diferente. Do ponto de vista fisiológico, é perfeitamente compreensível que tal tratamento se relacione com a cognição devido aos receptores de estrógeno localizados nas mais diversas áreas cerebrais. No entanto, as pesquisas sobre o tema nem sempre encontram uma associação entre desempenho cognitivo e uso da TRH.

É importante destacar também que não há consenso sobre as habilidades cognitivas que são positivamente influenciadas pela TRH. Os estudos reportados neste artigo apontam uma relação entre a TRH e habilidades cognitivas bastante distintas, desde aquelas relacionadas à inteligência fluida (memória visual e habilidade espacial) até aquelas relacionadas à inteligência cristalizada (fluência semântica, memória e raciocínio verbal).

Além do mais, a dificuldade de consenso na área deve-se à heterogeneidade das pesquisas, devido às inúmeras variáveis relacionadas ao tema. Tanto a idade de início do tratamento quanto a idade dos participantes da amostra parecem influenciar os resultados. O tipo de medicação usada, bem como a dosagem e a via de administração, também são variáveis relevantes. A duração do tratamento e a distância entre a idade da menopausa e o início da TRH também podem influir nos resultados dos estudos. Portanto, são necessárias mais pesquisas com o intuito de elucidar os benefícios desta terapia, a influência dos hormônios no envelhecimento, a distinção das habilidades mais e menos suscetíveis às mudanças hormonais que acompanham

a menopausa e outros fatores associados à menopausa e à TRH que possam também influenciar a cognição.

Internacionalmente, há um grande interesse pelo tema. No Brasil, não foram encontradas pesquisas sobre o assunto. Assim, o desenvolvimento de investigações que permitam aprofundar a compreensão da relação entre hormônios sexuais e cognição poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres, particularmente na terceira idade.

Referências

- Almeida, L. S. (2002). As aptidões na definição e avaliação da inteligência: o concurso da análise fatorial. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 12 (23), 5-17.
- Andrés-Pueyo, A. (2006). Modelos psicométricos da inteligência. In C. Flores-Mendoza & R. Colom (Eds.), *Introdução à psicologia das diferenças individuais* (pp.73-100). Porto Alegre: Artmed.
- Camarano, A. A. (2006). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.88-105). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Chaimowicz, F. (2006). Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia*, (pp.106-129). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Colom, R. (2006). O que é inteligência? In C. Flores-Mendoza & R. Colom (Eds.), *Introdução à psicologia das diferenças individuais* (pp.59-72). Porto Alegre: Artmed.
- Erkkola, R. (1996). Female menopause, hormone replacement therapy, and cognitive processes. *Maturitas*, 23 (Supl. 1), 27-30.
- Flores-Mendoza, C., & Nascimento, E. (2001). Inteligência: o constructo melhor investigado em psicologia. *Boletim de Psicologia*, 51 (114), 37-64.
- Freitas, E. V., Pimenta, & L. (2006). Climatério. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.766-775). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hanan, M. Z., Magalhães, D. R. B., & Hanan, B. Z. (2001). Climatério. In A. F. Camargos & V. H. Melo (Eds.), *Ginecologia ambulatorial* (pp.233-254). Belo Horizonte: Coopmed.
- Haskell, S. G., Richardson, E. D., & Horwitz, R. I. (1997). The effect of estrogen replacement therapy on cognitive function in women: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50 (11), 1249-1264.
- Kimura, D. (2002). Sex hormones influence human cognitive pattern. *Neuroendocrinology Letters*, 23 (Suppl. 4), 67-77.
- Lieberman, S. (2006). Envelhecimento do sistema endócrino. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado & J. Doll, M. L.

- Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.758-765). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Magalhães, D. R. B., Hanan, M. Z., & Magalhães, E. B. (2001). Geriatria em ginecologia. In A. F. Camargos & V. H. Melo (Eds.), *Ginecologia ambulatorial* (pp.255-274). Belo Horizonte: Coopmed.
- Maki, P. M. (2006). Hormone therapy and cognitive function: is there a critical period for benefit? *Neuroscience*, 138 (3), 1027-1030.
- Maki, P., & Hogersvorst, E. (2003). HRT and cognitive decline. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 17 (1), 105-122.
- McEwen, B. S., Alves, S. E., Bulloch, K., & Weiland, N. G. (1997). Ovarian steroids and the brain: Implications for cognition and aging. *Neurology*, 48 (Suppl. 7), 8-15.
- Miller, K. J., Conney, J. C., Rasgon, N. L., Fairbanks, L. A., & Small, G. W. (2002). Mood symptoms and cognitive performance in women estrogen users and nonusers and men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1826-1830.
- Nascimento, E. (2000). *Adaptação e validação do teste wais-iii para um contexto brasileiro*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de Brasília.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., et al. (1996). Intelligence: knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51 (2), 77-101.
- Neri, A. L. (2006). Envelhecimento cognitivo. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.1236-1244). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Perls, T. & Fretts, R. C. (2007). Por que as mulheres vivem mais que os homens. *Scientific American: Ciência e Saúde*, 1(Edição especial), 88-93.
- Piato, S. (2005). Distúrbios da pós-menopausa. In S. Piato (Ed.), *Terapêutica endócrina em ginecologia* (pp.101-114). São Paulo: Artes Médicas.
- Rodrigues, N. C. & Rauth, J. (2006). Os desafios do envelhecimento no Brasil. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.186-192). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rozestraten, R. J. A. (2002). Evolução inicial dos estudos da inteligência do idoso: mitos e fatos. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 12 (23), 149-162.
- Sherwin, B. B. (2005). Estrogen and memory in women: how can we reconcile the findings? *Hormones and Behavior*, 47 (3), 371-375.
- Sherwin, B. B. (2006). Estrogen and cognitive aging in women. *Neuroscience*, 13 (3), 1021-1026.
- Spiriduso, W. W. (2005). Questões de quantidade e qualidade de vida. In W. W. Spiriduso (Ed.), *Dimensões físicas do envelhecimento* (pp.5-34). Barueri: Manole.
- Stahl, S. M. (2002). Psicofarmacologia relacionada ao sexo e à função sexual. In S. M. Stahl (Ed.), *Psicofarmacologia* (pp.527-556). Rio de Janeiro: Medsi.
- Verghese, J., Kuslansky, G., Katz, M. J., Sliwinski, M., Crystal, H. A., Buschke, H., et al. (2000). Cognitive performance in surgically menopausal women on estrogen. *Neurology*, 55 (6), 872-874.

Recebido em: 14/2/2008

Versão final reapresentada em: 24/4/2009

Aprovado em: 26/5/2009

Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo¹

Adolescence, drug-addiction and public policies: contemporary scenarios

Luciane RAUPP²
Clary MILNITSKY-SAPIRO³

Resumo

O abuso de drogas por adolescentes é, atualmente, um grave problema de saúde pública, com consequências potencialmente danosas à sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Visando aprofundar essa questão, este trabalho investigou três instituições que recebem adolescentes usuários de drogas para tratamento. Buscou-se compreender as concepções que norteiam as práticas de tratamento nesses serviços, assim como as formas pelas quais as principais políticas públicas que prescrevem o campo estão (ou não) presentes nesses locais. A descrição etnográfica foi utilizada como método de investigação, seguida da análise de conteúdo dos diálogos informais, consultas documentais e entrevistas realizadas com profissionais e adolescentes nos locais pesquisados. Os resultados apontam uma defasagem entre o que é prescrito pelas políticas e a realidade dos serviços, ressaltando a importância de intervenções que considerem as peculiaridades da adolescência, assim como a singularidade de cada sujeito.

Unitermos: Adolescência. Drogadição. Políticas públicas.

Abstract

At the present time, drug abuse by adolescents is considered to be a serious public health issue, with potentially harmful consequences for the "peculiar conditions of a person in development". The present work aims to investigate three public institutions that accept adolescents for drug abuse treatment. The findings were compared to the adopted public policies that serve as justification for the conception of these services and investigate whether these policies practice what they preach. The Ethnographic Description was used as the method of investigation, followed by a Content Analysis of the informal dialogue, document checks, and interviews with professionals and adolescents at the locations under review. The results indicate a mismatch between what is prescribed by public policies and the actual reality of the services provided, emphasizing the importance of interventions that take the peculiarities of adolescence and individuality into account.

Uniterms: Adolescence. Drug-addiction. Public policies.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de L. RAUPP, intitulada "Adolescência, drogadição e políticas públicas". Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006. Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

² Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e Institucional. Av. Ramiro Barcelos, 2600, Sala 211, Campus da Saúde, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C. MILNITSKY-SAPIRO. E-mail: <clarysapiro@uol.com.br>.

Apesar de o uso de drogas ser uma prática presente desde os primórdios da humanidade, nas últimas décadas indicadores sugerem que o abuso dessas substâncias vem tomando dimensões preocupantes, por vezes trazendo sérios prejuízos à população, principalmente junto a adolescentes e adultos jovens. Considera-se que o abuso de drogas adquiriu tais dimensões devido à complexidade que envolve seu consumo e venda na atualidade. Dentre os fatores responsáveis pelo agravamento dessa questão, destacam-se os interesses econômicos envolvidos em sua produção e venda, os embates de cunho moral e ideológico em torno do uso de substâncias psicoativas, somados à baixa prioridade política conferida ao assunto, que se manifesta na insuficiência de recursos financeiros necessários para garantir uma política de educação, prevenção e tratamento, com profissionais capacitados de forma adequada e contínua (Crives & Dimenstein, 2003).

Em um cenário propício ao aumento dos prejuízos associados ao abuso de drogas, principalmente entre os mais jovens, a questão do tratamento para adolescentes destaca-se como uma área importante, porém permeada por incertezas e dificuldades. Nesse campo não há técnicas infalíveis, a produção de conhecimento específico é relativamente pequena e a efetividade dos programas é baixa (Kaminer & Szobot, 2004).

Considerando a importância desta questão, este estudo visou descrever diferentes formas de enfrentamento ao abuso e dependência de drogas na adolescência, partindo do entendimento de que a produção acadêmica deve implicar a análise e proposição de respostas aos problemas contemporâneos. A partir da descrição etnográfica (Loss & Milnitsky-Sapiro, 2005; Menegaz & Milnitsky-Sapiro, 2002; Milnitsky-Sapiro, 2001) de diferentes programas de atendimento a adolescentes usuários de drogas da cidade de Porto Alegre, destacam-se alguns dos resultados de uma pesquisa de mestrado que objetivou comparar as concepções presentes nas principais políticas públicas vigentes nesse campo com as práticas encontradas nos serviços pesquisados.

Os resultados indicaram que, apesar dos importantes avanços obtidos na atenção ao adolescente após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1994), o cotidiano dos jovens do país demonstra que a Doutrina da Proteção Integral é ainda muito mais um desafio do que uma realidade. Nesse sentido, o

tratamento da drogadição para adolescentes destaca-se como uma “questão-problema”, devido à escassez de locais adequados e de profissionais capacitados para atender às demandas singulares desse público, que, muitas vezes, é encaminhado para tratamento em locais planejados para adultos e não atualizados com as orientações das principais políticas públicas do setor.

Os adolescentes e o abuso de drogas na sociedade contemporânea

Este estudo teve como eixo norteador o entendimento de que o tratamento da drogadição é especialmente complexo na adolescência. Embora haja uma carência de trabalhos específicos sobre esta questão, assim como de pesquisas com adolescentes usuários de drogas, sabe-se que o uso de drogas nesta fase distingue-se do uso em outras etapas do desenvolvimento (Kessler et al., 2003).

Na adolescência, o recurso às drogas deve ser compreendido como essencialmente ligado às várias operações psíquicas atuantes nesta fase. Isso pode implicar que o uso de substâncias psicoativas se torne um comportamento relativamente comum nessa etapa - especialmente entre grupos expostos a importantes fatores de risco, tais como alta disponibilidade de drogas, ambiente comunitário desprovido de acesso a bens culturais, esportivos etc., abandono da escola, problemas familiares, entre outros.

Entre os autores que estudam a adolescência, há uma concordância quanto a esse ser um período que envolve várias e difíceis mudanças, que requerem novas elaborações psíquicas e reposicionamentos do sujeito frente às mudanças corporais, à reedição de conflitos infantis e às novas exigências que lhe advêm, tanto interna quanto externamente. De acordo com Rassial (1997), o adolescente está sempre em risco de “entrar em pane”, porque ele precisa realizar uma série de “operações fundadoras”. É como se o sujeito se encontrasse frente a um hiato no qual, de um lado, está a sua condição infantil e identificações familiares e, do outro, novas e atraentes possibilidades identificatórias disseminadas no social. Desta forma, o adolescente ocupa uma “posição no intervalo”, na qual, por não ser mais criança e tampouco ser adulto, atravessa um período de indecisão subjetiva e de incerteza social que

adquire as características de uma verdadeira crise psíquica (Rassial, 1997, p. 70).

Segundo Torrosian (2002), frente às mudanças que ocorrem na adolescência as castrações são reativadas, e surge uma forte necessidade de buscar meios para lidar com os conflitos daí decorrentes. Além disso, durante a adolescência o ego se apresenta altamente instável e vulnerável às influências externas (Levisky, 1997); nesse sentido, embora a maioria dos jovens seja contra o uso de drogas, muitos se deixam levar pela chamada pressão do grupo (X.S. Silveira & E.D. Silveira, 1999), especialmente em uma sociedade na qual o consumo de objetos é o principal meio para a aquisição de *status* e poder, e a busca por satisfação imediata é um dos valores mais cultivados.

Nesse contexto, a exposição e a convivência com as drogas constituem um duplo desafio. Para o adolescente, o desafio é representado pelo fácil acesso à transgressão e à fuga dos conflitos inerentes a esta fase; para a sociedade, é representado pela convocação à criação de dispositivos políticos e legais capazes de oferecer novas formas de visibilidade, identificação e inserção social a esses jovens, assim como serviços e profissionais capacitados a atender às suas demandas.

O foco nas relações psíquicas e sociais envolvidas na questão da drogadição na adolescência é importante para a elaboração de qualquer programa de atenção a esse público. Contudo, para uma análise acurada dessas iniciativas, torna-se necessário aliar essa temática ao estudo das principais políticas públicas que prescrevem o campo, a fim de explicitar as diretrizes que deveriam balizar os programas de atenção.

As políticas públicas

Visando comparar as práticas dos serviços pesquisados com as diretrizes oficiais desse campo, procedeu-se ao levantamento das principais políticas públicas (PP) que o compõem. Na sequência, serão abordadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Política do Ministério da Saúde e da Política Nacional Antidrogas, principais orientações da área, focando nos itens importantes para este estudo.

Dentre as PP que estabelecem ações voltadas à atenção de adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1994) é a diretriz fundamental, e deve

ser respeitado em qualquer projeto de atenção a esse público. Esse texto aborda o encaminhamento de adolescentes usuários de drogas para tratamento como uma medida específica de proteção, estabelecendo seu direito e prioridade em receber atendimento. Segundo o artigo 101, toda criança ou adolescente nessa situação deve "receber orientação, apoio e acompanhamento temporários; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, ou inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos" (Brasil, 1994, p.36). Essas medidas também são aplicáveis aos pais ou responsáveis e são atribuições do Conselho Tutelar.

No que se refere às PP de atenção específica aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2004) é a diretriz principal na área da saúde pública. Essa política tem nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica seus eixos centrais, a partir dos quais trabalha as especificidades de seu público-alvo. Suas principais orientações visam: o estabelecimento e fortalecimento de um trabalho em rede, para proporcionar uma atenção integral, nos moldes da intersectorialidade; garantir acesso facilitado aos serviços; participação do usuário no tratamento; e a criação de serviços de atenção diária como alternativa ao hospital psiquiátrico - os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) -, segundo o paradigma da Reforma Psiquiátrica.

Além do Ministério da Saúde, outro órgão governamental responsável pelas diretrizes relativas ao controle do impacto das drogas na sociedade brasileira é a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que atua na redução da oferta e da demanda de drogas no país e é responsável pela Política Nacional Sobre Drogas (Brasil, 2005). Suas principais diretrizes visam: atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas; reconhecer o direito de toda pessoa receber tratamento para drogadição; reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante; priorizar ações de prevenção; incentivar ações integradas aos setores de educação, saúde e segurança pública; promover ações de redução de danos; garantir ações para reduzir a oferta de drogas no país, entre outras orientações.

Método

Participantes

Foram pesquisadas três instituições especializadas no atendimento da dependência química: um ambulatório municipal; uma unidade especializada de um hospital geral; e uma Comunidade Terapêutica. Além do trabalho de observação, foram entrevistados dois profissionais e três adolescentes em cada local: a freira coordenadora e um estudante de Psicologia, na Comunidade Terapêutica; um psicólogo e um assistente social, na unidade de dependência química; e uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional, no ambulatório municipal.

Instrumentos

Na coleta de dados realizou-se uma descrição de cunho etnográfico (Milnitsky-Sapiro, 2001; Menegaz & Milnitsky-Sapiro, 2002; Loss & Milnitsky-Sapiro, 2005) das instituições, através do emprego de observação participante, cujas observações efetuadas foram registradas em um diário de campo; consulta a documentos disponíveis (prontuários, estatutos e material de divulgação); e entrevistas semi-estruturadas com questões abertas visando conhecer a trajetória de cada entrevistado, sua opinião acerca do serviço e sugestões para sua melhoria.

Procedimentos

As instituições pesquisadas foram selecionadas a partir de indicações do Conselho Municipal de Entorpecentes de Porto Alegre. Após um contato inicial com cada local, a fim de explicar a pesquisa e obter autorização por escrito para a mesma, iniciou-se a coleta de dados. Esta durou cerca de um mês em cada instituição com a pesquisadora responsável comparecendo semanalmente a todas as atividades desenvolvidas, a fim de observar sua rotina e proceder ao registro das mesmas no diário de campo. Considera-se que o emprego da

descrição de cunho etnográfico permitiu uma “imersão” nos locais de pesquisa, facilitando a compreensão dos funcionamentos e diferenças existentes em cada instituição.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em salas privativas localizadas nas próprias instituições. O tempo de aplicação foi, em média, de 40 minutos, com o material registrado em fita cassete. Os entrevistados foram selecionados a partir dos critérios de disposição em participar da pesquisa, voluntariedade, anonimato, tempo mínimo de um mês de tratamento (para os adolescentes) e assinatura de Termo de Consentimento Esclarecido e Informado.

A análise dos dados se deu através da utilização do método de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977). Durante este procedimento, foram identificados temas emergentes a partir do trabalho de campo e das entrevistas realizadas, os quais delinearam a constituição de categorias e suas subseqüentes interpretações

Resultados

Os resultados emergentes a partir da triangulação dos dados coletados serão apresentados a seguir, com foco na descrição das instituições pesquisadas, suas abordagens e concepções de tratamento. Trechos das entrevistas realizadas exemplificarão cada categoria abordada.

Descrição das instituições

A primeira instituição pesquisada foi uma Comunidade Terapêutica (CT)⁴ que recebe jovens do sexo feminino entre 12 e 30 anos de idade. Esse local foi fundado na década de 1990 pela Igreja Católica, ocupando as instalações de uma antiga escola. Era administrado por quatro freiras; uma delas era a coordenadora geral e as demais eram responsáveis pela organização das rotinas e sua execução. Nenhuma das freiras possuía escolaridade de nível superior ou alguma formação específica, fora a religiosa. A equipe contava com vários

▼▼▼▼▼

⁴ Modalidade de atenção surgida na Grã-Bretanha na década de 1940. Foi inicialmente utilizada para o tratamento de pacientes psiquiátricos crônicos, e só posteriormente adaptada para o tratamento da drogadição. Atualmente, existe como uma opção de tratamento que se desenvolve à margem das correntes terapêuticas tradicionais, embora seja largamente utilizada.

voluntários que ministravam atividades em grupo junto às residentes, entre os quais um médico psiquiatra e uma ginecologista que compareciam no local quando solicitados para algum atendimento específico. Cabe ressaltar que nenhum dos técnicos citados era responsável pelo programa terapêutico da CT ou funcionário fixo do local, conforme estabelece a Resolução nº 101 da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), que estabelece as normas de funcionamento para as CT no País. O tratamento era custeado pelas famílias, mediante contribuições mensais de acordo com a renda familiar.

O segundo local estudado foi uma unidade de dependência química, pertencente a um hospital geral de Porto Alegre, considerada uma referência na área há mais de dez anos. Comportava dois setores distintos e interligados: o ambulatório e a internação, ambos com atendimento para pacientes privativos e do SUS, de ambos os sexos, maiores de 15 anos, em sua maioria adultos - embora, segundo os entrevistados, sempre contasse com adolescentes entre seu pacientes. Em sua equipe havia psiquiatras, psicólogos, assistente social, profissionais de enfermagem, recepcionistas e estagiários.

O terceiro local pesquisado foi um ambulatório especializado no atendimento de adolescentes, integrante da rede especializada de saúde mental da prefeitura. Suas instalações ocupavam metade de uma Unidade Básica de Saúde. Oferecia atendimento a jovens de 12 a 21 anos incompletos, vítimas de violência doméstica, urbana, sexual ou usuários de drogas. Seu público era, majoritariamente, composto por adolescentes encaminhados por órgãos de proteção, tais como o Conselho Tutelar e a Fundação de Atendimento Socioeducativo (antiga FEBEM). Sua equipe era composta por psicólogas, terapeuta ocupacional, médico clínico, psicopedagoga, auxiliar de enfermagem, recepcionista, estagiários e residentes.

Objetivos e métodos empregados

A seguir serão explicitadas as modalidades e objetivos dos tratamentos oferecidos em cada serviço pesquisado, assim como as orientações que os norteiam.

O tratamento na CT ocorria em modalidade de internação, pelo período mínimo de nove meses. Seu programa terapêutico baseava-se em um cronograma

diário de atividades, dividido em: laborterapia (atividades diárias de limpeza e organização da comunidade); atividades religiosas e oficinas ministradas por voluntários (trabalhos manuais, música, recreação, grupos de autoajuda e evangelização). Nos relatos abaixo a coordenadora da CT esclarece as orientações e objetivos que regem o trabalho:

Nosso critério é: espiritualidade, trabalho e disciplina. ... Todo o programa da casa é importante: a realização dos 12 passos, os grupos, os princípios de Amor Exigente, a Laborterapia; todos os trabalhos que se passam na casa são terapêuticos, visando à recuperação e à reeducação delas (das adolescentes).

O objetivo é trabalhar na reeducação das adolescentes, corrigir aquilo que elas faziam de maneira errada na rua, através do programa terapêutico.

O tratamento na unidade de dependência química abrangia duas modalidades distintas de atenção: o ambulatório e a internação. O setor de ambulatório oferecia psicoterapia individual, atendimentos em grupo, prescrição de medicamentos e exames para a detecção de uso de drogas. Nesse setor, o adolescente recebia atendimento e retornava à suas atividades cotidianas. Já no setor de internação, a atenção era de caráter intensivo, ou seja, o adolescente ficava em tempo integral na unidade, de dez a trinta dias (dependendo de seu convênio), submetendo-se às suas regras e a um cronograma fixo de atividades diárias. Seu programa terapêutico baseava-se em três pontos centrais: atividades físicas e recreativas, atendimentos em grupo e atenção às famílias. Ambos os setores tinham como objetivo principal motivar os pacientes para o alcance e a manutenção da abstinência de drogas, como esclarece o psicólogo entrevistado: *"Nós temos o papel de motivar as pessoas a quererem parar de usar drogas, não adianta aceitarmos somente pacientes que já queiram parar. Então, uma das linhas que a gente trabalha na área de dependência química é a motivacional, é motivar o paciente a parar realmente"*.

No relato abaixo, o assistente social da unidade esclarece a sua abordagem: *"A gente tem uma abordagem aqui mais cognitiva; é cognitivo-comportamental"*.

Na terceira instituição pesquisada, o ambulatório municipal, a atenção era de caráter continuado e não intensivo, ou seja, o adolescente permanece em tratamento sem ser afastado de sua rotina. O serviço oferecia

atendimentos individuais e grupais, divididos entre psicoterapia individual, atendimento médico, terapia ocupacional, atendimentos em grupo (grupos para adolescentes de até 14 anos e grupos para maiores de 15 anos) e acompanhamento psicopedagógico. A principal abordagem desse serviço é a redução de danos, como demonstra o trecho a seguir, no qual a psicóloga entrevistada descreve a dinâmica dos grupos para adolescentes:

Geralmente nos meus grupos eles têm o uso de maconha e loló. Eles mesmos já trazem a ideia de querer largar o loló e já vão reduzindo.... Então, eu trabalhava assim, na fala deles mesmos: 'Larguei o loló e tô melhor, eu só tô com a maconha'; aí o grupo mesmo vai dizendo: 'Ah não, tem que largar a maconha também, se deu pra largar o loló dá pra largar a maconha também!' E geralmente eles vão parando, até porque eles têm esse acompanhamento sistemático. Trabalhamos assim, conforme eles vão trazendo. A gente dá ênfase numa ou noutra coisa, mas a redução é feita assim, por eles mesmos, por escolha deles.

Além dos atendimentos descritos, o ambulatório contava também com projetos de reintegração social, nos quais alguns adolescentes em tratamento eram vinculados a programas de estágios e geração de renda, por meio do estabelecimento de um trabalho em rede com outros setores da prefeitura, conforme esclarece a terapeuta ocupacional:

A gente acabou vendo que tem que incluir, dar outra oportunidade, não adianta tu só dar atendimento terapêutico, chega o momento em que o cara tá num sofrimento psíquico porque precisa trabalhar... Então, como a gente não tinha uma rede para fazer parcerias, começamos a criar essa rede; por exemplo, ano passado fizemos uma proposta pra Secretaria de Administração pra que pudéssemos encaminhar os adolescentes triados por nós para os estágios para a prefeitura de Porto Alegre, e isso deu certo.

Concepções sobre os adolescentes

Nesta categoria, busca-se explicitar as concepções dos profissionais acerca dos adolescentes e de suas principais necessidades, a partir do entendimento de que tais concepções estão relacionadas às práticas de tratamento dos locais pesquisados.

Em vários trechos das entrevistas realizadas na CT, constatou-se a presença de uma associação entre

uso de drogas, negligência familiar e falta de orientação apropriada. Segundo a coordenadora, quando as adolescentes se deparam com a obrigação de cumprir o cronograma de tarefas da casa, percebe-se que apresentam grandes dificuldades no desempenho de tarefas básicas, como higiene pessoal ou organização da casa; por isso ela considera que as mesmas não sabem fazer nada, só o que é "errado" e, portanto, necessitam de limites e reeducação:

Todas as adolescentes que são encaminhadas pra casa têm um comportamento anterior que já era uma droga. Elas não sabem fazer nada, só aquilo que é errado.

Então o que nós precisamos, é ter coragem para impor limites a elas, com toda caridade e entendendo o lado dessas adolescentes, por que são todas meninas que tiveram marcas em sua infância de rejeição, espancamento, violência, e que hoje precisam ser amadas, corrigidas e ensinadas, porque não sabem nada, só aquilo que é errado... . Precisamos fazer isso com firmeza e colocando limites.

Segundo os profissionais da unidade de dependência química, os adolescentes precisam de suporte, limites, rotina e espaços de tratamento adequados a eles:

Eu vou falar uma coisa meio óbvia, assim: falta limite. A necessidade deles às vezes é chegar alguém aqui e ter alguém que dê um suporte. Eu vejo também que eles têm necessidades de uma coisa mais física, uma certa rotina. ... Eles têm necessidades bem diferentes dos adultos.

Eu entendo que seja outro tipo de acolhida que esse público necessita... . A gente também tem uma dificuldade de material; mas eu acho que essa parte mais lúdica do esporte, atividade corporal, eu acho que é necessário tentar mostrar coisas que podem também gerar prazer e desafiar-los a buscar algo diferente.

Já os profissionais do ambulatório municipal enfatizaram as questões sociais ligadas ao adolescente com problemas relacionados ao uso de drogas, que requerem uma atenção por parte da equipe que vá além dos atendimentos clínicos usuais, conforme expõe abaixo a terapeuta ocupacional:

É um adolescente que tá vinculado ao tráfico de drogas, à questão do ato infracional; muitas vezes com uma certa idealização, querendo estar ali...; só que outros acabam entrando por uma pressão de falta de oportunidades, mesmo... . Então, isso é uma coisa que a gente tá vendo, que tem que ter uma ocupação, que eles precisam

também de oportunidades de geração de renda, de acompanhamento com a pedagoga, pois têm toda uma vida lá fora.

A opinião dos adolescentes

Todas as adolescentes em tratamento na CT referiram que, apesar das dificuldades de relacionamento e dos conflitos existentes, sentiam-se “acolhidas”, “ensinadas”, ajudadas” e “compreendidas”, avaliando positivamente a instituição e, inclusive, considerando que a equipe deveria ser ainda mais exigente.

A experiência aqui é muito boa, porque as pessoas me ajudam e me entendem e eu ajudo as pessoas também a se conhecerem mais. Te traz uma paz, uma tranquilidade.

Eu acho que precisava ser mais rígido. A gente tem que aprender o que é correto. Eu acho que nove meses é pouco ainda pra uma pessoa nascer de novo, mas, sabe, é apavorante nove meses.

No que se relaciona à avaliação do tratamento recebido na unidade de dependência química, os adolescentes avaliaram-no positivamente, principalmente quanto à atenção disponibilizada pela equipe e à importância de estar em um ambiente estruturado, com regras e horários: “No começo eu não gostava porque era muito trancado, mas agora tu pode pegar o teu sol, tem atividades pra fazer, tô achando proveitoso”. “Tem que acordar cedo, né? Pra tomar café da manhã, horário pra tudo. Mas, normal, até acho que agora vou acostumar a dormir cedo e acordar cedo”.

Por outro lado, seus relatos demonstram também certa descrença na efetividade do tratamento para uma recuperação duradoura; além do fato de que um dos adolescentes estava em tratamento pela quinta vez no mesmo local e ainda não se considerava recuperado, mesmo após tantas internações:

Cinco internações no mesmo lugar. Vai fazer dois anos que eu venho pra cá... Mas aos poucos eu tô melhorando, aos poucos; eu não melhorei ainda o bastante, mas eu tô melhorando... Porque eu não tô aqui só por minha causa, mas por causa deles também [seus pais]; mas acho que se eles não me ajudarem, minha vida vai tomar um rumo diferente do que eu pretendo tomar, largar de mão, sabe, viver uma vida, sei lá, de um viciado, voltar pras drogas, crime, esse tipo de coisa.

O negócio é coloca na tua cabeça que tu não quer mais usar droga, porque se tu vir pra cá gostando da coisa, não adianta, não vai te dar um choque que tu tem que parar.

Os adolescentes do ambulatório municipal avaliaram positivamente os efeitos do tratamento, ressaltando a importância de ser acolhido e ter com quem conversar: “É bom, porque é legal vir conversar com a psicóloga, ela limpa a cabeça do cara, sabe, ela dá uns conselhos bons, me ajuda em várias coisas”. “Fez toda diferença. Eu não parava em casa, agora eu paro, faço um monte de coisa, tô mais calmo, antes eu era muito nervoso”.

No entanto, apesar das melhorias de gostarem do tratamento, os três adolescentes entrevistados atribuíram sua recuperação a outros fatores, tais como o apoio da família, o tratamento medicamentoso e as responsabilidades de ter um filho:

O que mais me ajudou foi o impulso da minha mãe e os remédios.

Depois que eu ganhei a nenê eu não usei mais, vai fazer um ano. Não foi difícil, porque eu tava consciente que se eu continuasse com a droga eu ia perder a minha filha. Então eu larguei por causa da minha filha e sabendo que era uma coisa boa.

Resultados e Discussão

Dada a diversidade de práticas e concepções de tratamento encontradas nos locais pesquisados, considera-se que esse estudo captou a heterogeneidade predominante nesse campo, pois cada local pesquisado pertence a uma modalidade representativa da realidade dos serviços de tratamento da drogadição na atualidade.

Em dois dos três locais pesquisados, os programas terapêuticos tinham como base o alcance da abstinência, contrariamente às orientações das PP citadas, que estabelecem as estratégias de redução de danos como uma diretriz nacional. Também nesses dois serviços não havia programas específicos para os adolescentes, que participavam de atividades planejadas para adultos, e geralmente não contavam com espaços de escuta individual. Apenas o ambulatório municipal possuía um programa planejado para adolescentes, buscando contemplar as especificidades desta fase e atender às diretrizes do Ministério da Saúde, tais como

trabalhar em rede, buscar uma integralidade na atenção e adotar estratégias de redução de danos.

No intuito de apreender os efeitos dessas abordagens, a seguir serão mencionados os resultados obtidos nas três instituições pesquisadas, buscando-se explicitar as principais concepções norteadoras de suas práticas de tratamento.

A descrição etnográfica realizada na CT implicou uma imersão no seu cotidiano, fundamental para a compreensão de uma instituição tão diferenciada. O tempo prolongado de internação, o estatuto de “residente” dado às adolescentes, a ausência de técnicos fixos e a influência religiosa - que se fazia presente em todo o ambiente, por exemplo, em sua estrutura física (capela, imagens religiosas), atividades (orações pela manhã, antes das refeições e à noite, catequese, crisma, missas etc.) e regras - são exemplos da peculiaridade desta modalidade.

Conforme demonstraram as entrevistas, o objetivo principal do tratamento na CT não se restringia ao alcance da abstinência de drogas, mas visava algo que a continha e ultrapassava, denominado pela coordenadora da instituição como “reeducação” e transformação das adolescentes. Nesse sentido, seus principais instrumentos terapêuticos (disciplina, espiritualidade cristã e princípios de autoajuda) eram utilizados como meios para viabilizar esse processo, ao transmitir valores, estabelecer “limites” e “moldar” as residentes à aquisição de novos comportamentos e outro estilo de vida.

Ao lado da orientação educacional, outra característica marcante da CT era o seu clima familiar e religioso, que proporcionava acolhimento, atenção e satisfação de necessidades básicas, conforme atestam as adolescentes em seus relatos. Se considerarmos o caráter de “crise” da fase adolescente, somado às instabilidades provocadas pela organização social atual, agravadas pela situação de desamparo na qual as jovens chegavam à CT, pode-se compreender a importância de ser cuidado, protegido e contido em um ambiente estruturado, com características “familiares”, no qual, para muitas das residentes, pela primeira vez havia pessoas interessadas em seu desenvolvimento. Além disso, quando um ambiente oferece condições de continência, facilita que as pulsões do adolescente - tensas e turbulentas - sejam reconfiguradas em enquadramentos mais bem definidos, nos quais possam encon-

trar maiores possibilidades de estabelecer sistemas internos de equilíbrio e interação social (Levisky, 2005).

Considerando as características acima referidas, conclui-se que o programa terapêutico da CT corresponde ao “modelo moral” de tratamento, o viés mais tradicional nesse campo, segundo o modelo proposto por Marlatt e Gordon (1993). Nessa perspectiva, fortemente embasada na moralidade cristã, o uso excessivo de drogas é compreendido como um problema de controle do impulso, no qual falta ao indivíduo força de vontade e “fibra moral” para mudar seu comportamento e resistir à tentação (Marlatt & Gordon, 1993). Considera-se que o tratamento na CT corresponde a esse modelo por ter na doutrina cristã seu cerne, e por sua rotina de atividades estar estruturada de forma a controlar os impulsos das adolescentes e seu comportamento, trabalhando de forma intensiva suas capacidades de postergar, substituir e reprimir seus impulsos. A “labor-terapia” é uma das atividades que mais contribuem nesse processo, ao inserir as jovens em atividades obrigatórias com grande carga horária, que devem ser executadas com precisão. Toda a orientação educativa e familiar da CT atua, basicamente, a partir de dois aspectos centrais: a disciplina e a reeducação, visando ao “renascimento” das adolescentes em uma nova ordem moral.

De forma distinta da abordagem religiosa/moral predominante na CT, o tratamento na unidade de dependência química do hospital geral pode ser compreendido a partir do que Marlatt e Gordon (1993) conceituaram como “modelo de doença” ou “modelo médico”. De acordo com esta abordagem, predominante nesse campo, o abuso e a dependência de álcool e outras drogas são causados por uma dependência física subjacente, que se relaciona a fatores biológicos e ambientais predisponentes.

Tendo por base esse modelo, todos os adolescentes em tratamento no local estudado recebiam cuidados médicos e terapia farmacológica, principalmente os que estavam na unidade de internação. O foco da atenção centrava-se na substância psicoativa e seus efeitos farmacológicos, sem que houvesse muito espaço para a consideração de questões psíquicas ou sociais. De acordo com Cruz (2000), nessa abordagem procura-se estender para o campo da drogadição paradigmas que obtiveram êxito no tratamento de outras

formas de adoecimento, segundo modelos epidemiológicos que generalizam os fatores causadores da “doença”.

Estreitamente ligadas a essa concepção, as técnicas cognitivo-comportamentais eram empregadas na unidade estudada como o principal instrumento terapêutico para a aprendizagem de formas de controlar a “doença” e manter a abstinência. Nesse sentido, os achados deste estudo corroboraram a afirmação de Cruz (2000) no que diz respeito à frequente aliança no campo entre as terapias comportamentais e o “modelo médico”. Cabe ressaltar que um dos profissionais entrevistados sublinhou as dificuldades de aplicar a terapia cognitiva ao tratamento de adolescentes, dado que o tratamento na unidade de dependência química estudada não foi concebido para este público.

No que diz respeito à avaliação do tratamento recebido na unidade, os adolescentes participantes da pesquisa avaliaram-no positivamente, principalmente quanto à importância de estar em um ambiente estruturado. No entanto, seus relatos denotaram também uma descrença no tratamento como meio efetivo para o alcance de uma recuperação duradoura.

Segundo os dados desta pesquisa, podem-se apontar deficiências nesta abordagem, principalmente no tocante à indicação da internação como modalidade única de atenção, sem o necessário acompanhamento pós-alta. Cabe ressaltar que essa continuidade era incentivada pela equipe da unidade, contudo nem sempre era possível, especialmente para pacientes de baixa renda. Segundo Kaminer e Szobot (2004), o tratamento de adolescentes em unidades fechadas deveria ser uma exceção reservada a situações extremas, tais como risco de suicídio ou homicídio, uso grave e descontrolado da droga, condutas de risco, surto psicótico, grave conflito com a lei ou outras ameaças.

Já no ambulatório municipal especializado no atendimento de adolescentes, que não visava exclusivamente o tratamento da drogadição - pois seus objetivos incluíam também a atenção a vítimas de violência - nota-se que o público era composto, em sua maioria, por adolescentes oriundos de famílias de baixa renda, o que talvez explique os esforços dos profissionais entrevistados para compreender seu público e aproximar-se do seu universo de relações.

No que se refere à abordagem que nortearia o tratamento no ambulatório, pode-se afirmar que a mesma correspondia aos pressupostos da redução de danos, por não impor um modelo único de recuperação e não visar à abstinência de drogas como objetivo único do tratamento. Nas observações efetuadas e nas entrevistas percebeu-se que a equipe buscava adaptar a atenção às particularidades de seu público e ao que lhes era viável, enfatizando a sua autonomia. Um exemplo da aplicação da redução de danos foi citado no relato da psicóloga do ambulatório, que afirmava serem os encontros em grupo conduzidos pelos próprios adolescentes, os quais faziam a redução por si mesmos.

Apesar de essa abordagem apelar menos para um ideal de saúde do que para aquilo que é viável ao sujeito e, portanto, não exigir a abstinência, Marlatt (1999) ressalta que esta é uma meta desejável, porém situada em um *continuum* que não dicotomiza as possibilidades de recuperação. Cabe ressaltar que os adolescentes participantes da pesquisa não estavam usando drogas na época da coleta de dados, o que pode indicar que essa abordagem também conduziria ao alcance da abstinência após um longo prazo. Nas entrevistas os adolescentes referiram que esse resultado não adveio do sucesso da aplicação de estratégias terapêuticas específicas, mas foi uma consequência de mudanças em diversos aspectos de suas vidas, tais como relações familiares, melhoria em outros sintomas ou o incremento de sua “força de vontade”. Tais achados podem indicar que o tratamento produziu efeitos, principalmente pela capacidade de apoiar e conter os adolescentes por um longo período, possivelmente auxiliando-os na elaboração de conflitos psíquicos e servindo de lugar de referência e passagem, mesmo quando se sentiam perdidos e incapazes de elaborar suas experiências por outra via que não a tóxica.

Outro aspecto importante relacionado ao trabalho do ambulatório refere-se à prática de conexão com outras instâncias, corroborando as diretrizes das PP do setor. Nos relatos das profissionais são explicitados seus esforços para estabelecer um trabalho em rede com outros serviços, a fim de oportunizar ao adolescente a vivência de novas formas de inserção social e de trânsito por diferentes possibilidades de formação de sua identidade.

Considerações Finais

É importante finalizar este artigo ressaltando que não existem “fórmulas mágicas” nem tratamentos infalíveis para lidar com uma questão tão complexa quanto a drogadição na adolescência. Por esta razão, este estudo buscou dar visibilidade a diferentes concepções e práticas de atenção, visando, principalmente, problematizar o lugar destinado ao adolescente em cada serviço pesquisado.

De uma forma geral, os resultados indicaram a importância da problematização dos modelos de atenção ao adolescente, que tendem a individualizar o problema do abuso de drogas desconsiderando outros determinantes fundamentais do problema. Nesse sentido, sublinha-se que o predomínio do “modelo de doença” nos tratamentos pode levar a uma ênfase excessiva na questão da dependência química, negligenciando as motivações inconscientes dos sujeitos, assim como o papel do meio social na instalação das dependências. Por outro lado, a análise efetuada na CT demonstrou o potencial desses espaços na recuperação de adolescentes desprovidos de recursos que facilitem o sucesso do tratamento. Devido a algumas limitações constatadas no local pesquisado, tais como a falta de um programa terapêutico específico para cada adolescente e a ausência de profissionais especializados, conclui-se que as CT devem receber maior atenção e investimentos, pois vêm ocupando um lugar importante nesse campo. Se as orientações das políticas públicas do setor fossem efetivamente adotadas e fiscalizadas, poder-se-ia investir na qualificação das CT existentes, aproveitando melhor seu potencial.

Acima de tudo, considera-se que esta pesquisa aponta a importância de que os tratamentos, independentemente da modalidade de atenção, não se restrinjam ao alcance da abstinência, mas visem à produção de mudanças nas relações que os adolescentes estabelecem com as drogas em suas vidas, operando mudanças em suas posições subjetivas ao promover sua autonomia, ao invés de enfatizar sua dependência.

Referências

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil. (1994). *Estatuto da criança e do adolescente*. São Paulo: Atlas.

- Brasil (1995). *Política nacional sobre drogas*. Recuperado em abril 10, 2007, disponível em www.senad.gov.br
- Crives, M. N. S., & Dimenstein, M. (2003). Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. *Saúde e Sociedade, 12*, 19-25.
- Cruz, J (2000). Práticas médicas e toxicomanias. In G. Acselrad (Org.), *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. São Paulo: Fiocruz.
- Cruz, W. F. (2003). Intoxicação e exclusão social. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 13* (24), 19-39.
- Kaminer, Y., & Szobot, C. (2004). O Tratamento de adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas. In L. Pinsky & M. A. Bessa (Orgs.), *Adolescência e drogas*. São Paulo: Editora Contexto.
- Kessler, F., von Diemen, L., Seganfredo, A. C., Brandão, I., Saibro, P., Scheidt, B., et al. (2003). Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 25* (1), 19-26.
- Levisky, D. L. (1997). *Adolescência e violência: conseqüências da realidade brasileira*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Loss, M., & Milnitsky-Sapiro, C. (2005). Processos psíquicos do engravidamento na adolescência em contextos de periferia: impasses e possibilidades. *Revista de Psicologia da USP, 16* (4), 69-99.
- Mager, M., & Silvestre, E. (2004). Mitos e verdades sobre o estatuto da criança e do adolescente. In L. Pinsky & M. A. Bessa (Orgs.), *Adolescência e drogas* (pp.79-91). São Paulo: Editora Contexto.
- Marlatt, A., & Gordon, J. (1993). *Prevenção à recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marlatt, A. (1999). *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Menegaz, C. V., & Milnitsky-Sapiro, C. (2002). Capricho ou oráculo: representações na imprensa sobre adolescentes. *Revista de Ciências Humanas, 6*, 161-174.
- Milnitsky-Sapiro, C. (2001). Uma metodologia para a formação de um profissional da área da saúde comprometido com a realidade social. *Anais do 4º Seminário de Metodologia de Projetos de Extensão e da 4ª Jornada Científica da UFSCar-IV SEMPE*. São Carlos.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: CN-DST/AIDS.
- Rassial, J. J. (1997). *A passagem adolescente: da família ao laço conjugal*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Silveira, X. S., & Silveira, E. D. (1999). A família e as drogas. In E. M. Seidl, L. F. Costa & M. F. O. Sudbrack (Orgs.), *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. Brasília: Secretaria Nacional Anti-Drogas.
- Torossian, S. D. (2002). *A construção das toxicomanias na adolescência: travessias e ancoragem*. Santa Cruz do Sul: Edunisc.

Recebido em: 12/6/2006
Versão final reapresentada em: 9/6/2007
Aprovado em: 10/9/2007

A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas¹

Resilience in the elderly and its relationship with socio-demographic variables and cognitive functions

Tatiane Favarin Rech **FORTES**²
Mirna Wetters **PORTUGUEZ**²
Irani Iracema de Lima **ARGIMON**³

Resumo

Este artigo objetivou estudar a resiliência do idoso e sua relação com as variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. Para tanto, relacionou os escores obtidos por meio da Escala de Resiliência com os escores de outros dois instrumentos de avaliação: Percepção Subjetiva de Queixas de Memória e Miniexame do Estado Mental. A amostra foi constituída por 86 idosos: 67 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, com idade variando entre 60 e 90 anos. Os resultados revelaram que não houve relação entre resiliência e as variáveis demográficas. Demonstraram, entretanto, que um número mais elevado de queixas subjetivas de memória correspondia a baixos índices de resiliência. Também revelou haver uma correlação direta e significativa entre a Escala de Resiliência e o Miniexame do Estado Mental. Deste modo, conclui-se que quanto mais altos os escores de resiliência, maiores os escores no desempenho cognitivo entre os idosos.

Unitermos: Dados demográficos. Idosos. Resiliência. Psicologia.

Abstract

The aim of this article is to study the relationship between older people's resilience and some socio-demographic variables and cognitive functions. In order to do so, the scores obtained from the Resilience Scale were compared to average scores from two other investigation tools: Subjective Perception of Memory Complaints and the Mini-Mental State Examination. The research sample was composed of 86 old people, of which 67 were women, and 19 were men, whose ages varied from 60 to 90. The results showed that there is no relationship between resilience and socio-demographic variables. On the other hand, they did show that higher numbers of memory subjective complaints directly correspond to lower indices of resilience. The survey also revealed that there is a direct and meaningful correlation between the Resilience Scale and Mini-Mental State Examination, so it is possible to conclude that the higher the resilience scores, the greater are old people's achievements in cognitive performance scoring.

Uniterms: Demographic data. Aged. Resilience. Psychological.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de T.F.R. FORTES, intitulada "A resiliência em idosos e sua relação com as variáveis sócio-demográficas: gênero, idade, escolaridade e renda". Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Av. Ipiranga, 6681, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: T.F.R. FORTES. E-mail: <tatifrech@pop.com.br>.

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação Psicologia Clínica. Porto Alegre, RS, Brasil.

As projeções estatísticas entre 1950 e 2025 são de que a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes contra 5 vezes a população total. Isso colocará o País como a sexta população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas de 60 anos ou mais (Organización Mundial de La Salud - OMS, 1984). As projeções estatísticas demonstram que a proporção de idosos no país passará de 7,3%, em 1991, para quase 15%, em 2025, assemelhando à proporção de idosos da maioria dos países europeus (Costa, Guerra, Barreto & Guimarães, 2000).

A população idosa aumenta sensivelmente, apresentando, assim, um desafio à competência dos profissionais quanto ao entendimento de seus problemas específicos (Costa et al., 2000). A chamada terceira idade apresenta problemas peculiares; seu atendimento requer um aumento de cuidados já previstos e dispensados a outros grupos etários, assim como estratégias a serem utilizadas para avaliar as questões características desta fase.

A velhice é frequentemente descrita como um período caracterizado por uma diminuição das reservas, em virtude das múltiplas perdas que ocorrem simultânea ou sucessivamente no decorrer de um curto período de tempo. Eventos negativos não normativos e graduados por idade, como morte do cônjuge e de amigos, declínio da saúde e da funcionalidade física, perda de *status* social e prestígio e, às vezes, insegurança econômica, além da proximidade crescente da morte, tornam-se predominantes na velhice avançada. De fato, alguns eventos raros ou não normativos nas fases anteriores (por exemplo, doenças) tornam-se relativamente normativos na velhice.

Consideradas em conjunto, essas perspectivas de risco e desafios sugerem que é necessário um aumento na capacidade de reservas e da resiliência na velhice para que o funcionamento adaptativo possa se manter (Schaie & Hofer, 2001).

A resiliência é comumente definida como a capacidade do indivíduo ou da família de enfrentar as adversidades, ser transformado por elas e conseguir superá-las. Assim, por resiliência entende-se o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável da pessoa, mesmo esta vivenciando experiências desfavoráveis (Pinheiro, 2004).

De acordo com Melillo, Suárez-Ojeda e Rodríguez (2004), o conceito de resiliência nasceu e se desenvolveu no Hemisfério Norte (Michael Rutter, na Inglaterra, e Emmy Werner, nos Estados Unidos), logo se estendendo por toda a Europa, especialmente na França, Países Baixos, Alemanha e Espanha. Mais tarde chegou à América Latina, onde foram estabelecidos importantes grupos de investigação e numerosos projetos específicos. Segundo esses autores existiriam três bases teóricas de estudos a respeito: a norte-americana, essencialmente pragmática e centrada no individual; a europeia, com maiores enfoques psicanalíticos e uma perspectiva ética; e a latino-americana, de enfoque comunitário, voltada para o social como resposta lógica aos problemas vivenciados naquela sociedade, tais como violência, marginalidade, vulnerabilidade etc.

A resiliência possui várias definições, revelando que o conceito encontra-se em fase de construção e debate. Originariamente, o termo resiliência vem da física e refere-se à "propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica" (Ferreira, 1975, p.1223). A metáfora mais evocada é a de um elástico que, após uma tensão inicial, volta ao mesmo estado. Porém, concernente ao ser humano, a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas a superação (ou adaptação, como querem alguns autores) diante de uma dificuldade considerada um risco e a possibilidade de construção de novos caminhos de vida e de um processo de subjetivação a partir do enfrentamento de situações estressantes e/ou traumáticas. Desta forma, seria uma capacidade (singular e também socialmente adquirida) de sair-se bem frente a fatores potencialmente estressores (Lindström, 2001; Vanistendael, 1999).

É relevante ressaltar que o tema resiliência, no Brasil, ainda é recente. Em uma revisão de literatura realizada por Souza e Cervený (2006), constatou-se que os primeiros trabalhos no país relacionados à resiliência surgiram entre 1996 e 1998, com estudos sobre crianças expostas a situação de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial (Hutz, 1996; Hutz, Koller & Bandeira, 1996), redes de apoio social e afetivo de criança em situação de risco (Hoppe, 1998) e na área ocupacional,

associando a resiliência ao perfil do executivo (Giuliani, 1997). Na verdade, as pesquisas sobre resiliência como tema central ou associada a outros aspectos tiveram seu desenvolvimento maior nos últimos cinco anos (Souza & Cervený, 2006).

Diante de perdas, o *self* apresenta resiliência ou capacidade de reserva, isto é, o potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal e a presença de recursos latentes podem ser ativados frente aos desafios e exigências (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). É proposto que os idosos, mesmo sob condições de limitações e incapacidades funcionais, mantenham um senso positivo de bem-estar (Smith, Bahelt, Maier & Jopp 2002). Perdas na funcionalidade não são, necessariamente, um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional; como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas (Neri, 2001).

Se é verdade que o mundo está envelhecendo, com o processo de envelhecimento torna-se necessário o aumento na capacidade de resiliência na velhice para manter o comportamento adaptativo, pois é maior a probabilidade de ocorrerem na velhice eventos desagradáveis relacionados à saúde física e ao bem-estar e relacionados à vida de entes queridos. Isto não significa que os fatores protetores não funcionem na velhice; entretanto, em uma velhice avançada, as chances de experienciar vários eventos ao mesmo tempo são bem maiores do que quando se é jovem (Pinheiro, 2004).

Assim, estudar a resiliência da terceira idade é relevante, não apenas porque profissionais dedicados à gerontologia têm explorado pouco este tema, mas, principalmente, porque é um aporte inovador que abre portas para uma área de grande futuro na investigação e na aplicação prática de recursos que melhorem a qualidade de vida dos idosos.

Portanto, este trabalho teve como objetivo estudar a resiliência nos idosos e sua relação com as variáveis sociodemográficas gênero, idade, escolaridade e renda. Além disso, associaram-se os escores obtidos por meio da Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993) com outros dois instrumentos: Percepção Subjetiva de Queixas de Memória e Mini Exame do Estado Mental (Folstei, Folstein & McHugh, 1975).

Método

O enfoque metodológico utilizado neste estudo caracteriza-o como uma pesquisa quantitativa com delineamento transversal. Este foi um subprojeto de um projeto maior denominado "Idosos de Porto Alegre". Este estudo teve como objetivo principal avaliar aspectos biopsicossociais de uma amostra de idosos de ambos os sexos residentes na cidade de Porto Alegre, por intermédio de uma equipe interdisciplinar/transdisciplinar.

A amostra foi constituída por 86 idosos, 67 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, com idade variando entre 60 e 90 anos. Os critérios de inclusão na amostra foram: ter entre 60 e 95 anos, ser residente da região metropolitana de Porto Alegre e participante do projeto de idosos de Porto Alegre. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984) recomenda que seja utilizada a idade a partir dos 60 anos para considerar a fase da velhice em países em desenvolvimento como o Brasil. Esta é uma idade que pode ser atingida por parte significativa da população.

Nesse sentido, foram utilizados os seguintes instrumentos nesta investigação: questionário com dados sociodemográficos, Escala de Resiliência, Miniexame do Estado Mental (MMSE), Percepção Subjetiva de Queixa de Memória (MAC-Q do idoso). A escolha destes instrumentos esteve relacionada ao fato de serem objetivos, precisos, concisos, de fácil utilização e, conseqüentemente, de fácil avaliação, apresentando, desta forma, bons resultados de validade e consistência na avaliação dos aspectos que foram considerados no estudo.

No Brasil, a Escala de Resiliência foi adaptada recentemente por Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias e Carvalhaes (2005). O estudo de adaptação transcultural do instrumento foi realizado com uma amostra de 997 alunos com idades entre 12 e 19 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas do município de São Gonzalo (RJ). Deste total, 485 eram alunos de 7ª e 8ª séries do ensino fundamental e 512 eram do 1º e 2º ano do ensino médio. Para a etapa de teste-reteste, uma amostra não probabilística reduzida de 203 alunos da amostra total (n=997) respondeu ao instrumento. A adaptação realizou-se com base nos seguintes critérios para a aceitação de equivalência entre instrumentos: conceitual, de itens, semântica, opera-

cional, de mensuração (consistência interna expressa pelo *alpha* de Cronbach, coeficiente de correlação intraclasse para variáveis contínuas e estatística *kappa* ponderado para variáveis de escala ordinal); além da validade de conteúdo, de construto, análise fatorial e equivalência funcional (Pesce et al., 2005).

Em 1992, Crook, Feher e Larrabee propuseram o Questionário de Medida de Queixa Subjetiva de Memória como um instrumento autoadministrado; este instrumento foi validado por Bertolucci, em 1994. Ele é constituído por seis perguntas que visam a avaliar queixas de memória relacionadas a cinco situações do cotidiano - por exemplo: lembrar números de telefones ou códigos que você usa diária ou semanalmente -, com uma pergunta direcionada ao desempenho mnêmico global. É solicitado que seja feita uma comparação entre o desempenho mnêmico atual e aquele vivenciado aos 40 anos de idade. As respostas variam de "muito pior agora" a "muito melhor agora", com cinco diferentes possibilidades de respostas. Uma pontuação igual ou superior a 25 pontos é considerada indicativa de disfunção subjetiva de memória.

No Brasil, o MMSE foi traduzido por Bertolucci et al. (1994), que observaram que o escore total do MMSE dependia do nível educacional dos 530 indivíduos avaliados na triagem médica de um hospital-escola de São Paulo. Eles propuseram a utilização de pontos de cortes diferenciados de acordo com a escolaridade para o diagnóstico genérico de "declínio cognitivo". O MMSE, desenvolvido por Folstein et al. (1975), é composto por questões agrupadas em sete categorias, planejadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados pela própria pesquisadora, individualmente em cada idoso, em um ambulatório, em sala apropriada, ou em sua residência, quando os participantes estavam impossibilitados de ir até o ambulatório. Inicialmente foi preenchida a Ficha Sociodemográfica e o Miniexame do Estado Mental (MMSE). Os participantes que atenderam aos critérios de inclusão e não apresentaram

prejuízo cognitivo foram submetidos ao teste de Percepção Subjetiva de Queixa de Memória e Escala de Resiliência.

Os dados quantitativos foram descritos por média e desvio-padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas através de contagens e percentuais. A comparação do escore de resiliência foi realizada com teste *t* de Student no caso de dois grupos. Para comparar médias de três ou mais grupos, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) *One-Way*. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (protocolo nº 06/03409).

Resultados

Os resultados das variáveis sociodemográficas permitiram identificar que, dos 86 idosos entrevistados, 67 (77,9%) eram do sexo feminino e 19 (22,1%) do masculino. As idades variaram de 60 a 90 anos, sendo que a média de idade ficou em 70,4, com um desvio-padrão de 6,96.

O estado civil predominante foi de casados (52 idosos), 11 eram solteiros, 22 eram viúvos e apenas um era separado. Em relação à origem, a brasileira foi maioria (48 idosos), seguida da italiana (22 idosos). Em termos de escolaridade, o estudo revelou um dado importante: mais de 70% possuíam menos de oito anos de estudo, e somente 23,3% tinham mais de oito anos de escolaridade. Dos idosos, 96,5% relataram escrever com a mão direita e todos sabiam ler.

Quanto ao fator familiar (relacionado a quais pessoas moravam com o idoso), 35 (40,7%) deles residiam com o cônjuge e filho; 18 (20,9%) moravam somente com o cônjuge; 13 (15,1%) moravam com outros parentes (sobrinhos, netos, irmãos); 12 (14,0%) moravam sozinhos; e 8 (9,3%) residiam com filhos. A maioria dos idosos relatou possuir residência própria (89,5%), sendo 58 (67,4%) residentes há mais de 20 anos na mesma moradia.

Quando solicitados a avaliar a saúde, 46 (53,5%) idosos responderam "regular"; 38 (44,2%) responderam "boa"; e 2 (2,3%) avaliaram-na como "ruim". Quando questionados se, de um mês para cá, haviam deixado

de realizar alguma atividade por motivos de saúde, 51 (59,3%) responderam que “não” e 35 (40,7%) responderam que “sim”. A maioria dos entrevistados (59,3%) possuía 2 a 3 hospitalizações prévias no último ano de vida.

No item hábito de fumar, foi observado que 65 (75,6%) nunca fumaram e 21 pessoas (24,4%) eram fumantes. Quanto à bebida alcoólica, 66 (76,7%) não bebiam e 20 (23,3%) afirmaram beber regularmente.

Em relação à preferência por alguma atividade em seus momentos de lazer, a maior preferência por parte das mulheres idosas foi de atividades manuais, igreja e novela. Já os homens idosos preferiram caminhada, leitura, igreja e novela, sendo que as duas primeiras foram as atividades em que eles se destacaram em relação às mulheres.

No que diz respeito à última renda mensal, os dados ficaram assim distribuídos: 46 (53,5%) recebiam de um a dois salários-mínimos; 27 (31,4%) recebiam de três a quatro salários-mínimos; sete (8,1%) recebiam de cinco a seis salários-mínimos; e seis (7%) recebiam sete ou mais salários-mínimos. Mais da metade, 65 pessoas (75,6%), relatou que a principal origem de renda era a aposentadoria. A principal despesa que os idosos relataram ter foi com a habitação: 39 pessoas (45,3%). Em relação à escala de resiliência, observou-se que a

pontuação mínima, na escala normatizada de 0 a 100, foi 55,33; e a máxima, 96,67. Ao investigar a resiliência dos idosos, foi obtida a Média (M) de 84,9, Desvio-Padrão (DP) de 7,2. Cabe lembrar que os escores mais altos indicam nível de resiliência maior (Tabela 1).

Quanto à variável idade, 47 idosos pertenciam à faixa etária de 60 a 69 anos e apresentaram um escore médio de resiliência de 85,4, (DP=6,17) 27 idosos possuíam idade entre 70 e 79, apresentando média de resiliência 84,3, (DP=8,32); e 12 idosos pertenciam à faixa etária dos 80 anos ou mais, apresentando média de resiliência de 85,1, (DP=8,27).

A pontuação máxima na escala de resiliência dos idosos entre 60 e 69 anos foi de 96,0, e a mínima, de 67,3; nos idosos pertencentes à faixa etária de 70 a 79 anos, a pontuação máxima foi de 96,67, e a mínima, de 55,33; já nos idosos com 80 anos ou mais, a pontuação máxima atingiu 94,67, e a mínima, 65,33. A partir dos resultados observou-se que em idosos não houve alteração importante no valor da resiliência segundo a idade.

A correlação entre resiliência e sexo mostrou que a resiliência nos idosos não esteve relacionada significativamente ao sexo. Constatou-se que 67 idosos do sexo feminino apresentaram média de resiliência de 85,2, (DP=7,52), enquanto os do sexo masculino apresentaram uma média de 84,2, (DP=5,7).

Tabela 1. Comparação entre as variáveis sociodemográficas e a escala de resiliência. Porto Alegre (RS), 2007.

Variáveis	Escala de Resiliência padronizada (0-100)			p
	n	Média	Desvio-padrão	
<i>Faixa etária (anos)</i>				
60 - 69	47	85,4	6,17	0,796*
70 - 79	27	84,3	8,32	
≥80	12	85,1	8,27	
<i>Sexo</i>				
Masculino	19	84,2	5,70	0,593**
Feminino	67	85,2	7,52	
<i>Escolaridade (anos)</i>				
≤8	66	85,2	6,73	0,624**
>8	20	84,3	8,48	
<i>Última renda mensal (salário-mínimo)</i>				
1-4	73	85,0	4,64	0,954**
≥5	13	85,1		

* Valor obtido pela Análise de Variância (ANOVA) *One-Way*; ** Valor obtido pelo teste *t* de Student.

Dos 66 idosos possuíam escolaridade até o fundamental, sendo a média de resiliência 85,2, (DP=6,73); e 20 vinte idosos possuíam segundo grau ou superior, com média de resiliência de 84,3 (DP=8,5) (Tabela 1).

No que tange à renda econômica mensal dos idosos e sua relação com a escala de resiliência, os seguintes dados foram obtidos: dos 73 idosos que ganhavam de um a quatro salários-mínimos, a média de resiliência foi de 85,0 (DP= 7,52), e dos 13 idosos que ganhavam cinco ou mais salários-mínimos, a média foi de 85,1 (DP= 4,64) (Tabela 1).

Correlacionando o resultado obtido na Escala de Resiliência com os resultados obtidos na Percepção Subjetiva de Queixas de Memória, constatou-se que um número menos elevado de queixas de problemas de memória correspondeu a altos índices de resiliência, à medida que houve uma correlação inversa ($r=-0,270$; $p=0,012$).

Os resultados evidenciaram uma correlação direta entre a Escala de Resiliência e o desempenho no MEEM. Assim, os idosos que apresentaram melhor desempenho no MEEM mostraram-se mais resilientes ($r=0,281$; $p=0,009$).

Discussão

Os idosos pesquisados eram, na maioria, do sexo feminino, o que comprova o fenômeno de feminização do processo do envelhecimento. De acordo com Netto (2002), nas sociedades pacíficas, a quantidade de homens e mulheres é quase igual até os 45 anos; a partir daí, os homens morrem em um ritmo mais rápido, de modo que, aos 70 anos, há aproximadamente seis mulheres para cada cinco homens e, aos 80 anos, esta razão é de 4:1.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003), em 1991, as mulheres correspondiam a 54,0% da população de idosos, passando para 55,1% em 2000. Isto significa que para cada cem mulheres idosas havia 81,6 homens idosos, relação que, em 1991, era de 100 para 85,2. Elas vivem, em média, oito anos a mais que os homens.

Há muitas razões para a morte precoce dos homens. Uma concepção popular atribui esta morte à

vida fisicamente mais cansativa que os homens tradicionalmente levam. Mas uma complexa interação de fatores físicos, ambientais e diferenças no comportamento social também podem desempenhar um papel importante (Lang, Arnold & Kupfer, 1994). Entretanto, há outras visões mais otimistas em relação à condição atual das mulheres idosas. Debert (1999), por exemplo, acredita que, para as idosas, tanto a velhice quanto a viuvez podem representar certa independência ou mesmo uma forma de realização.

Outro aspecto que chamou a atenção foi a baixa escolaridade encontrada nos idosos participantes desta pesquisa. Esse dado também está presente no estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003), que relata que, nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Nessa medida, o baixo saldo da escolaridade média dessa população é um reflexo desse acesso desigual. Mas esse fenômeno vem mudando nos últimos anos. A proporção de idosos alfabetizados passou de 55,8%, em 1991, para 64,8%, em 2000, representando um crescimento de 16,1% no período.

A maioria dos idosos entrevistados possuía duas a três hospitalizações prévias no último ano. Este fato também foi observado no estudo de Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) sobre as condições de saúde e a capacidade funcional da população idosa brasileira. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNDA) de 1998, 69% dos participantes relataram ter pelo menos uma doença crônica (sendo esta proporção maior entre as mulheres). Por outro lado, a presença destas doenças, a prevalência de incapacidade funcional e a ocorrência de internações aumentaram com a idade.

A maior preferência dos idosos em seus momentos de lazer recaiu em assistir programas de televisão (novela), seguidos de atividades religiosas e manuais. Este fato talvez se deva à falta de espaços de lazer específicos para esta população. Mazo, Lopes e Benedetti (2001) chamam a atenção dos órgãos governamentais para o estabelecimento de áreas físicas e atividades de lazer direcionadas aos idosos, em cumprimento à Política Nacional do Idoso. Também são relevantes as questões de acessibilidade: presença de rampas, corrimões, piso antiderrapante, e outras, nessas áreas físicas.

Em relação à renda do idoso, verificou-se que a maioria era de aposentados e que mais da metade possuía uma renda mensal de um a dois salários-mínimos. Mesmo considerando que são muito baixos os valores das aposentadorias e pensões dos idosos brasileiros, estas muitas vezes constituem a principal fonte de renda, ou a única fonte de renda de toda a família sob responsabilidade do idoso.

Quanto à população brasileira, no que se refere ao fator econômico, desenvolveu-se um estudo (Barreto, Giatti, Lima-Costa & Uchoa, 2003) sobre a influência da situação socioeconômica na saúde dos idosos que também se mostrou controverso. Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 para examinar essa influência em uma amostra de 19 068 idosos representativos da população brasileira com mais de 65 anos de idade. Os idosos com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, ter estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física (avaliada por meio de seis indicadores) e menor uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas).

Tais resultados não confirmaram observações realizadas em alguns países desenvolvidos quanto à ausência de associação entre o nível socioeconômico e a saúde do idoso. Ao contrário, os resultados desse estudo mostraram que mesmo pequenas diferenças na renda domiciliar seriam suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde e menor acesso aos serviços de saúde no Brasil.

Quanto à resiliência dos idosos, observou-se que a média obtida por meio da Escala de Resiliência foi alta (84,9); isto mostra que os idosos pesquisados conseguiram superar as adversidades que surgiram em suas vidas até o momento, pois a resiliência é uma maneira de sobreviver relacionada à integridade, adaptabilidade e tenacidade.

Este estudo mostrou que a correlação entre resiliência e idade não foi significativa. Em contrapartida, Lundman (2007) realizou uma pesquisa na qual o objetivo era investigar resiliência e sua relação com idade e gênero, utilizando também a escala de resiliência. A análise foi baseada em 1 719 participantes suecos com idade entre 19 e 103 anos. Os resultados apontaram que

a resiliência esteve relacionada com idade, sendo que os mais velhos apresentaram altos índices de resiliência.

No que se refere ao gênero e sua relação com a resiliência, observou-se que as mulheres apresentaram uma média um pouco maior na escala, quando comparado com os homens, mas não foi uma diferença importante, o que corroborou o estudo de Lundman (2007). Esse autor realizou seu estudo com 1 719 participantes, 1 248 mulheres e 471 homens, e constatou também que não houve relação entre gênero e resiliência.

A variável escolaridade, quando associada à escala de resiliência, não apresentou resultados importantes. Talvez isso tenha ocorrido em função de apenas 23,2 dos idosos possuírem maior escolaridade, o que representa dizer que ser resiliente independe de possuir ensino superior ou somente o ensino fundamental.

Em relação à renda econômica mensal dos idosos e sua relação com a resiliência, a média obtida por meio da Escala de Resiliência entre os idosos que ganhavam de um a cinco salários-mínimos e os que ganhavam cinco ou mais oscilou entre 84,95 e 84,46, ou seja, praticamente a mesma. Com este resultado percebe-se que a resiliência pode ser uma característica dos idosos pertencentes tanto à classe econômica social mais baixa quanto àquela mais alta. Não há muitos estudos relacionando resiliência e classe econômica, mas já existem estudos investigando esta relação.

Segundo pesquisa de Valdes et al. (2007), a classe social determinaria o ritmo de envelhecimento, fator que se sobrepõe a outros, como saúde, dieta e maus hábitos. Após analisar os casos de mais de 1 500 mulheres gêmeas, cientistas chegaram à conclusão de que existiu uma relação entre classe social e o nível de deterioração celular no corpo. O *stress* poderia ser a chave para explicar a aceleração do envelhecimento. As pessoas de classes sociais mais baixas tiveram maior probabilidade de se sentir pouco seguras (principalmente no trabalho), de ter autoestima baixa e de sentir que não controlavam a própria vida, aspectos que causariam um *stress* que danificaria as células e aceleraria o ritmo de envelhecimento.

Na correlação entre Escala de Resiliência e Percepção Subjetiva de Queixas de Memória, foi encontrada associação significativa e inversa. À medida que o

número de queixas de problemas de memória era menor e elevado, mais altos eram os índices obtidos na Escala de Resiliência.

O estudo apontou, também, uma correlação direta e significativa entre a Escala de Resiliência e o Miniexame do Estado Mental. Assim, quanto mais altos os escores de resiliência, maior foi o desempenho cognitivo (orientação para tempo e espaço, memória, linguagem etc.) entre os idosos.

Portanto, a partir dos dados apresentados percebe-se, entre outros aspectos, que a resiliência independe de algumas variáveis, o que leva a pensar que a resiliência não depende de traços e disposições pessoais apriorísticos, nem se manifesta apenas a partir da superação de fatores de risco predeterminados (Dell'Aglío, Koller & Yunes, 2006). Masten (2001) argumentou que resiliência seria um processo normativo da adaptação, presente na espécie humana e aplicável ao desenvolvimento em ambientes favoráveis ou adversos. Desta forma, pertence a todos os seres vivos essa "capacidade" para o desenvolvimento saudável e positivo.

Considerações Finais

Este trabalho propôs-se a estudar a resiliência em idosos e sua relação com algumas variáveis sociodemográficas como gênero, idade, escolaridade e renda. Dispôs-se também a avaliar a relação entre resiliência e desempenho cognitivo.

Por não haver um ponto de corte na Escala de Resiliência, o seu escore foi normatizado de 0 a 100. Com esta normatização, observou-se uma média alta de resiliência nesta população de idosos.

O estudo revelou que a resiliência não foi associada às variáveis sociodemográficas gênero, idade, escolaridade e renda.

Correlacionando o resultado obtido na Escala de Resiliência com resultados obtidos na Percepção Subjetiva de Queixas de Memória, constatou-se que um número mais elevado de queixas de problemas de memória correspondeu a baixos índices de resiliência, à medida que houve uma correlação inversa e significativa entre estes resultados.

Assim, houve uma correlação direta e significativa entre a Escala de Resiliência e o Miniexame do Estado Mental, isto é, quanto mais resiliente o idoso se apresentou, melhor encontrou-se a sua memória.

A limitação deste estudo foi o fato de ser transversal, representando um recorte da amostra estudada, e também acabou não sendo possível saber qual fator foi determinante para a ocorrência do outro: se houve um melhor desempenho cognitivo devido à alta resiliência que o idoso possuía ou vice-versa.

Apesar da ampla discussão em outros países, no Brasil o termo resiliência ainda não foi bem incorporado pelo meio acadêmico, visto o pequeno número de publicações sobre o tema. Nesse sentido, é de suma importância que outros trabalhos possam ser desenvolvidos nesta área.

É importante salientar a necessidade de implantações de programas que visem à manutenção das capacidades cognitivas e funcionais dos idosos, proporcionando, assim, uma melhoria na autoestima e, consequentemente, na qualidade de vida do idoso. Tais programas devem apresentar caráter multidisciplinar e se fundamentar na implantação de alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações.

Diante do exposto, espera-se que este estudo possa ter reunido informações que contribuam para ampliar os atuais níveis de conhecimento na área sobre resiliência no envelhecimento humano, e que os resultados possam servir como referencial para futuras pesquisas, auxiliando, desta forma, os profissionais da saúde e a população, de um modo geral, no que se refere aos cuidados com idosos.

Referências

- Barreto, S., Giatti, L., Lima-Costa, M. F., & Uchoa, E. (2003). Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 745-757.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 5, 1-7.
- Costa, M. F. F. L., Guerra, H. L., Barreto, S. M., & Guimarães, R. M. (2000). Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das inter-

- nações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, 9 (1): 23-41.
- Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EdUSP.
- Dell'Aglio, D. D., Koller, S. H., & Yunes, M. A. (2006). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, A. B. H. (1975). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Giuliani, P. C. (1997). *Um estudo analítico sobre a evolução do perfil do executivo*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Hoppe, M. M. W. (1998). *Redes de apoio social e afetivo de crianças expostas a situações de risco*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Hutz, C. S., & Koller, S. H. (1996). Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2 (1), 175-197.
- Hutz, C. S., Koller, S. H., & Bandeira, D. R. (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. *Coletâneas da ANPEPP*, 1 (12), 79-86.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2003). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2002: microdados*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Lang, E., Arnold, K., & Kupfer, P. (1994). Women live longer biological, medical and sociologic causes. *Zeitschrift fuer gerontologic*, 27, 10-15.
- Lima-Costa, M. F., Barreto, S. M., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 735-743.
- Lindström, B. (2001). O significado de resiliência. *Adolescência Latino-Americana*, 2, 133-137.
- Lundman, B. (2007). Psychometric properties of the swedish version of the resilience scale. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21 (2), 229-237.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Mazo, G. Z., Lopoés, M. A., & Benedetti, T. B. (2001). *Atividade física e o idoso*. Porto Alegre: Sulina.
- Melillo, A., Suárez-Ojeda, E. N., & Rodríguez, D. (Orgs.) (2004). *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri (Org.), *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp.161-200). Campinas: Papius.
- Netto, M. P. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas, P. Y. Ligia, F. A. X. Cançado & M. L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia Rio de Janeiro* (pp.2-12) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Organización Mundial de la Salud. (1984). *Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos: informe de un grupo científico de la OMS sobre a epidemiologia del envejecimiento*. (Série de Informes Técnicos, 706). Genebra: OMS.
- Pesce, R., Assis, S. G., Avanci, J., Malaquias, J., & Oliveira, R. V. C. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 436-448.
- Pineiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, 67-75.
- Schaie, K. W., & Hofer S. M. (2001). Longitudinal studies in research on aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp.53-77). San Diego, CA: Academic Press.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 715-732.
- Souza, M. T. S., & Cervený, C. M. O. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40 (1), 115-122.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In A. L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento: temas relacionados na perspectiva de curso de vida* (pp.195-228). Campinas: Papius.
- Valdes, A. M., Loughlin, J., VanOene, M., Chapman, K., Surdulescu, G. L., Doherty, M., et al. (2007). Sex and ethnic differences in the association of ASPN, CALM1, COL2A1, COMP and FRZB with genetic susceptibility to osteoarthritis of the knee. *Arthritis & Rheumatism*, 56 (1), 137-146.
- Vanistendael, S. (1999). Prévenir le trauma d'une agression sexuelle: un éclairage à partir de la résilience. In M. P. Poilpot (Org.), *Souffrir et se construire* (pp.107-123). Ramonville: Éditions Érès.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.

Recebido em: 7/11/2007
Versão final reapresentada em: 2/4/2008
Aprovado em: 5/3/2009

Estudo dos transtornos cognitivos decorrentes da infecção pelo HIV-1

Study of cognitive dysfunction in HIV-1 infected patients

Rosângela Souza **KALIL**¹
Regina Maria Papais **ALVARENGA**¹
Adilson José de **ALMEIDA**¹
Carlos Alberto **MORAIS-DE-SÁ**¹

Resumo

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana atinge o Sistema Nervoso Central nos estágios iniciais, causando manifestações neuropsicológicas. Com o objetivo de estudar o desempenho de indivíduos infectados por este vírus em relação às funções cognitivas, foram avaliados 20 pacientes com contagem de linfócitos CD4⁺ acima de 200 células/mm³, utilizando-se a Escala de Inteligência Wechsler para Adultos. Destes, cinco (25%) eram do sexo masculino e 15 (75%) do sexo feminino, com média de idade de 39,65 desvio-padrão de 10,15 anos. A contagem média de linfócitos CD4⁺ foi 467,20 desvio-padrão de 215,45 células/mm³. Dentre quatorze pacientes que fizeram uso de terapia antirretroviral de alta atividade foi observado um caso com desempenho das funções cognitivas atenção e aprendizagem muito abaixo da média; os demais (n=13) tiveram desempenho dentro da média. Por meio da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos foi possível detectar desempenho abaixo do nível médio do funcionamento cognitivo em indivíduos com resultado positivo para vírus da imunodeficiência humana, mesmo em vigência de terapia antirretroviral de alta atividade.

Unitermos: Avaliação neuropsicológica. HIV. Transtornos cognitivos.

Abstract

In its early stages, HIV-1 infection involves the Central Nervous System causing neuropsychological manifestations. With the aim of studying the cognitive functions in HIV-1-infected patients, a total of 20 patients infected with HIV-1 with CD4⁺ lymphocyte count >200 cells/mm³ were studied in accordance with the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III). The present study comprised 20 patients, 5 (25%) male and 15 (75%) female, with a mean age of 39.65 and standard deviation of 10.15 years. The mean CD4⁺ lymphocyte count was 467.20 with a standard deviation of 215.45 cells/mm³. Amongst the 14 patients who received highly active anti-retroviral therapy (HAART), we noted 1 case in which the performance of the cognitive functions, attention span and learning, was considered to be very low according to WAIS-III, and the remaining (n=13) patients who were treated with HAART demonstrated a performance that was not considered to be outside of the WAIS-III mean. By using WAIS-III testing, it was possible to detect performance of the cognitive functions considered to be very low in HIV-1 infected individuals, even with those receiving HAART.

Uniterms: Neuropsychological assessment. Human-immunodeficiency-virus. Cognition disorders.

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Clínica Médica B (10ª Enfermaria). R. Mariz e Barros, 775, 2º andar, Tijuca, 22270-004, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: R. S. KALIL. E-mail: <kalilpsi92@gmail.com>.

No curso natural da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV-1), o Sistema Nervoso Central (SNC) pode ser invadido pelo vírus precocemente, causando alterações do funcionamento cerebral (Clifford, 2002). O SNC é frequentemente acometido em aproximadamente 30% dos indivíduos infectados (Grant et al., 1995). Estima-se que 40 milhões de pessoas vivam com HIV e/ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), incluindo crianças menores de 15 anos (World Health Organization, 2006). No Brasil, desde o início da década de 1980 até junho de 2006, o Ministério da Saúde registrou 433 067 casos de AIDS (Simão, 2006).

Com o advento da terapia antirretroviral de alta atividade, ou *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), em 1996, as alterações cognitivas e neurológicas, em geral, sofreram considerável diminuição em sua frequência (Cook & Tyor, 2006). Atualmente, pacientes tratados precocemente com esquemas combinados de medicamentos antirretrovirais mantêm-se clinicamente estáveis e, na maioria das vezes, sem componentes neurológicos detectáveis ao exame clínico rotineiro.

O diagnóstico de AIDS é estabelecido pela identificação de intercorrências clínicas tais como infecções oportunistas (pneumonia por *Pneumocystis carinii*, salmonelose sistêmica, tuberculose atípica, criptosporidíase, toxoplasmose, esofagite por cândida), diarreia recorrente, linfoma, sarcoma de Kaposi e lesões causadas pelo HIV-1 no SNC; e/ou laboratorialmente, quando a contagem de linfócitos T CD4+ encontra-se abaixo de 200 células/mm³ (Brew, 2004; Manji & Miller, 2004).

A detecção precoce dos distúrbios neuropsicológicos pode ter importância no tratamento e prognóstico da doença. Os circuitos de consciência e memória, quando lesados precoce ou tardiamente, direta ou indiretamente pelo HIV-1, causam déficits funcionais. Na maioria das vezes, a infecção pelo HIV-1 no SNC ocorre de forma indireta, através dos monócitos do sangue circulante, para então infectar micróglia e astrócitos (Griffin, 1997).

Ao longo dos anos, surgem de forma lenta e progressiva manifestações clínicas discretas, como baixa capacidade de concentração, lentificação mental, apatia, baixa atividade psicomotora e modificações da memória verbal e não verbal, além da possibilidade de mudanças na personalidade (Paul, Cohen & Stern, 2002; Odiase, Ogurin & Ogunniji, 2007). Posteriormente, com

o agravamento do processo, alterações mais significativas aparecem, como perdas expressivas de memória e afasia. A história natural das alterações neuropsicológicas na infecção por HIV-1 vem se modificando desde 1996 com o advento da HAART. Laboratorialmente, a contagem de células T CD4+ passou a ser um marcador da intensidade da imunodeficiência do paciente, além de bom sinalizador do tempo de duração da doença. O risco de manifestações neuropsicológicas aumenta na medida em que a contagem de células T CD4+ diminui, particularmente quando está abaixo de 200 células/mm³, sendo, portanto, um fator indicativo de possíveis distúrbios cognitivos (Brew, 2004; Manji & Miller, 2004).

Não obstante a boa resposta à HAART, deficiências fixas resultantes de perdas neurais anteriores não podem ser recuperadas e, portanto, alguns eventuais déficits cognitivos prévios não melhoram. Por outro lado, a HAART pode não interferir nas formas de evolução crônica de alterações neuropsicológicas. A ativação de monócitos, da micróglia e dos astrócitos, ao manter produtiva a infecção pelo HIV-1 no cérebro, pode, ao mesmo tempo, ser responsável pelos danos já impostos ou até pela proteção de neurônios não lesados. Assim, o aumento da sobrevivência ocasionado pela HAART, além de estabilizar ou diminuir inicialmente os distúrbios cognitivos, poderá até proporcionar, a partir de maior tempo de sobrevivência do doente, um período maior para que o HIV-1 possa lesar o SNC e promover danos clínicos de aparecimento tardio (Brew, 2004).

Os testes neuropsicológicos têm possibilitado, na população de indivíduos HIV-1+, a identificação de função cognitiva intacta, além de alterações mensuráveis de disfunções precoces tardias ou recidivadas leves, moderadas ou intensas (Ashford et al., 2007).

O déficit cognitivo pode ser responsável pela menor adesão ao tratamento da infecção pelo HIV-1, antecipando um quadro de doenças oportunistas (Miller et al., 1990), bem como produzindo falha no uso regular de preservativos. A presença do HIV-1 no SNC pode ser a principal responsável pelas manifestações neuropsicológicas e por alterações na qualidade de vida do indivíduo (Hinkin et al., 2002; Mehan & Brush, 2001; Odiase, Ogurin & Ogunniji, 2007). Estas ocorrem como distúrbios de diversos graus nas áreas motora, comportamental e cognitiva (Vitiello et al., 2007).

Nos estágios precoces do complexo demencial da AIDS, os resultados de exames neurológicos podem ser normais (Cohen, Perlstein & Braver, 1997; MacArthur et al., 2003). Quando presentes, as anormalidades são poucas e sutis, caracterizando formas leves de danos cognitivos associados ao HIV-1. Embora déficits cognitivos associados ao HIV-1 raramente se desenvolvam em pacientes imunocompetentes, estudos revelaram a presença de declínios cognitivos em pacientes HIV-1 positivos assintomáticos e suas implicações na vida profissional (Koralnik et al., 1990; Newman, Lunn & Harrison, 1995).

As funções cognitivas mais afetadas nos estágios iniciais da AIDS são:

- *Memória*: estudos realizados utilizando métodos de imagem demonstraram o aumento da atividade cerebral durante tarefas relacionadas à memória de trabalho em pacientes HIV-1+ com demência leve (Grant et al., 1987; Odiase, et al., 2007).

- *Aprendizagem*: relatos de estudos apontam para a redução nos escores de testes que medem aprendizagem verbal (Grant et al., 1987; Tozzi et al., 2001).

- *Atenção e concentração*: a atenção e a concentração podem ser reduzidas pelo HIV-1, com lentificação do processamento da informação e das respostas, resultando em desatenção e distração (Martin et al., 1992).

- *Velocidade psicomotora*: é influenciada por fatores como piora clínica, complicações infecciosas, uso de medicações e, não infrequentemente, piora da eficiência mental, atingida pela depressão, preocupação e ansiedade (Waldrop-Valverde, Ownby, Wilkie, Mack, Kumar & Metsch, 2006).

- *Velocidade do processamento da informação e pensamento*: a lentificação do pensamento acompanhada de redução na velocidade do processamento da informação é uma característica importante dos efeitos cognitivos da infecção pelo HIV-1 (Wilkie, Eisdorfer, Morgan, Loewenstein & Szapocznik, 1990; Martin et al., 1992).

Distúrbios psiquiátricos são frequentemente associados à AIDS; o mais encontrado é a depressão. Esta pode ser confundida com quadros cognitivo-demenciais pela semelhança de sintomas, como transtornos da motivação e do humor (Seth, Granville-Grossman, Goldmeir & Lynch, 1991).

Assim, o objetivo deste trabalho foi estudar o desempenho de indivíduos infectados pelo HIV-1 em relação às funções cognitivas, utilizando-se a Escala de Integridade Wechsler para Adultos (WAIS-III).

Método

Estudo prospectivo, observacional, com delineamento transversal.

Participantes

Durante o período de fevereiro de 2006 a outubro de 2006 foram atendidos 216 pacientes com HIV/AIDS no Ambulatório de Imunologia e Alergia da Clínica Médica B do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Os pacientes estudados tiveram confirmação da infecção pelo HIV-1 por dois testes de ensaio imunoenzimático (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* ou ELISA- Vidas® HIV DUO Ultra, Biomérieux® AS, Marcy l'Etoile, França; Access+ HIV-1/2, New, Bio-Rad, Marnes-la-Coquette, França), e um *Western Blot* (*New Lav Blot I*, Bio-Rad, Marnes-la-Coquette, França), realizados no Laboratório de Pesquisa em Imunologia e AIDS (LAPIA) da Clínica Médica B.

Também foram realizadas as contagens de linfócitos T CD4+ por citometria de fluxo utilizando-se o reagente BD FACSCount™ Controls (BD Biosciences Immunocytometry Systems, San Jose, Califórnia, Estados Unidos da América) e a determinação da carga viral do HIV-1 pelo método baseado na ampliação das sequências de ácidos nucleicos (*Nucleic Acid Amplification Based Assay* ou NASBA) (*NucliSens® HIV-1 QT*, Biomérieux, Boxtel, Holanda).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: 1) indivíduos alfabetizados, com 18 anos de idade ou mais; 2) indivíduos com infecção por HIV-1; 3) indivíduos apresentando contagem de linfócitos T CD4+ acima de 200 células/mm³.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: 1) gestantes; 2) indivíduos com idade acima de 65 anos; 3) usuários de drogas endovenosas; 4) portadores de psicoses primárias; 5) pacientes que estivessem usando medicamentos causadores de efeitos adversos

ou psiquiátricos sobre o SNC, tais como efavirenz, benzodiazepínicos e outros agentes de ação psicoativa; 6) indivíduos com doenças oportunistas, especialmente do SNC, em atividade ou não; 7) não concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

A seleção dos pacientes foi realizada em três etapas consecutivas:

Primeira etapa: foram consultados os prontuários médicos de 216 pacientes, a partir dos quais foram analisados os critérios de inclusão e exclusão. Deste total foram excluídos 166 indivíduos, permanecendo 50 pacientes para o estudo. Os pacientes foram excluídos devido aos seguintes fatores: infecção por HIV-1 no SNC (n=60); uso de efavirenz (n=52); contagem de células T CD4+ abaixo de 200 células/mm³ (n=34); idosos (n=11); não concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (n=7); analfabetos (n=2).

Segunda etapa: foi realizada a marcação de consultas para os pacientes que atenderam aos critérios de seleção (n=50). Foram então excluídos 30 pacientes, por não terem comparecido à consulta.

Terceira etapa: esta etapa foi caracterizada pela avaliação neuropsicológica dos 20 indivíduos HIV-1 positivos.

Instrumentos

Os pacientes foram submetidos aos seguintes instrumentos:

a) *Anamnese:* para coleta de dados de identificação, endereço, doenças pré-existentes, medicamentos, exames complementares e funcionamento cognitivo.

b) *Inventários de Beck para Ansiedade e Depressão:* instrumentos autoaplicáveis com duração de aproximadamente dez minutos.

c) *Doze subtestes da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos ou Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III):* instrumento clínico de aplicação individual, com duração de aproximadamente 120 minutos, que permite a avaliação de ampla gama de domínios relacionados às alterações cognitivas causadas pelo HIV-1 no SNC. Trata-se de uma escala prática, investigativa, adaptada e, sobretudo, normatizada à realidade brasileira (Wechsler, 2004). Apresenta 12 subtestes de avaliação do funcionamento intelectual:

I) *Completar figuras:* avalia a acuidade visual, o raciocínio, o julgamento e a memória de longo prazo. São apresentadas 25 figuras coloridas, faltando partes importantes. O examinando deve indicar a parte importante que está faltando em cada figura dentro de um tempo limite de 20 segundos.

II) *Vocabulário:* avalia a linguagem (habilidade verbal, desenvolvimento da linguagem e conhecimento das palavras). O examinando define, oralmente, o significado de cada palavra apresentada em uma lista de 33 palavras lidas, em voz alta, pelo examinador.

III) *Códigos:* avalia o desempenho psicomotor, a atenção seletiva, a atenção sustentada, a velocidade de resposta, a organização visomotora envolvendo velocidade e acurácia na coordenação olho/mão e a memória visual de curto prazo. O examinando deve identificar e copiar símbolos que estão associados aos números dispostos em um modelo. A pontuação é determinada pelo número de símbolos copiados corretamente em 120 segundos.

IV) *Semelhanças:* avalia as funções executivas (comparações verbais abstratas, formação de conceitos e habilidade verbal geral). É composto por 19 itens contendo duas palavras que representam objetos ou conceitos comuns que são apresentados, oralmente, ao examinando. Este deve identificar a similaridade entre dois objetos ou conceitos ou qual a característica comum entre eles.

V) *Cubos:* avalia o componente espacial da percepção em um nível conceitual e a habilidade construtiva (construção). Avalia a organização perceptual e visual, a conceitualização abstrata (análise do todo em suas partes componentes) e a formação de conceito não verbal e visualização espacial. Contém nove cubos; cada cubo tem dois lados brancos, dois vermelhos e dois metade vermelho, metade branco. O examinando deve reproduzir modelos de duas cores. Cada modelo tem um tempo determinado para a construção.

VI) *Aritmética:* avalia habilidades de cálculo e raciocínio matemático, como capacidade de resolver as quatro operações básicas, habilidade de resolução de problemas complexos, atenção, abstração, concentração, flexibilidade cognitiva e memória imediata. O examinando é submetido a 20 problemas de aritmética que ele deve resolver mentalmente e responder oralmente dentro de um tempo limite.

VII) *Raciocínio matricial*: avalia o processamento de informações visuais e raciocínio abstrato envolvendo quatro itens: padrões contínuos e discretos, classificação, raciocínio analógico e raciocínio em série. Cada uma das 26 figuras consiste em uma matriz-estímulo, na qual falta uma parte, e cinco alternativas de resposta. O examinando seleciona a resposta correta que completa a matriz, não havendo limite de tempo para sua execução.

VIII) *Dígitos*: avalia a capacidade de armazenamento de curto prazo (recordação e repetição imediata). Representa dois elementos básicos da atenção: rapidez e *span* (quantidade do sistema de processamento). É apresentada, oralmente, ao examinando, uma série de números, que deve ser repetida literalmente na ordem direta e na ordem inversa. Não há limite de tempo.

IX) *Informações*: avalia memória retrógrada, memória semântica e habilidade verbal geral (aquisição de conhecimento e retenção). Pede-se ao examinando que responda, oralmente, a uma série de 28 questões que se relacionam aos eventos comuns, objetos, lugares e pessoas, não havendo limite de tempo para sua realização.

X) *Arranjo de figuras*: avalia o raciocínio sequencialmente ordenado sobre material visual. Visa reconhecer a essência da história e antecipar e compreender a sequência de eventos, particularmente eventos sociais; esta habilidade está, portanto, envolvida na capacidade de antecipar consequências, planejar e elaborar conceitos temporais.

XI) *Compreensão*: avalia o raciocínio verbal, a memória remota, o julgamento, a abstração e a flexibilidade cognitiva (avaliação e uso de experiências passadas e conhecimento dos padrões convencionais de comportamento). Solicita-se ao examinando que responda oralmente a uma série de 18 questões que exigem soluções para problemas cotidianos ou o entendimento de regras e conceitos sociais. O tempo de execução da tarefa não é considerado.

XII) *Procurar símbolos*: avalia atenção, memória de curto prazo, rapidez de processamento, precisão, discriminação perceptual e habilidade para explorar símbolos visuais. Para cada item deste subteste, o examinando analisa, visualmente, dois grupos de sím-

bolos: um grupo modelo (composto de dois símbolos) e um grupo de procura (composto de cinco símbolos), e indica se um dos símbolos faz parte do grupo de procura. O examinando responde ao maior número de itens possíveis dentro de um limite de 120 segundos.

Para a obtenção dos índices fatoriais foi considerada a soma dos subtestes:

- Índice de Compreensão Verbal (ICV): vocabulário + semelhanças + informação.

- Índice de Organização Perceptual (IOP): completar figuras + cubos + raciocínio matricial.

- Índice de Memória Operacional (IMO): aritmética + dígitos.

- Índice de Velocidade do Processamento (IVP): códigos + procurar símbolos.

Os instrumentos citados foram aplicados pelo pesquisador principal. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (protocolo nº 122/2005).

Os dados coletados referentes à anamnese e aos resultados de exames complementares e da bateria de subtestes foram codificados com números e armazenados em banco de dados criado no programa Access 97 (versão 6.0). Com base na análise univariada (estatística descritiva), foram determinados os valores para média, desvio-padrão, mediana, faixa de variação, amplitude, frequência e percentis (5° a 95°). A análise estatística foi realizada utilizando-se o pacote *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, release 12.0*.

Resultados

Características demográficas, clínicas e laboratoriais da amostra estudada

Foram avaliados 20 indivíduos: cinco (25%) do sexo masculino e 15 (75%) do sexo feminino, com média de idade de 39,65, desvio-padrão de 10,15 anos (variando de 24 a 62 anos). Com relação ao estágio da infecção pelo HIV-1, não houve observação de qualquer caso com alteração neurológica clinicamente detectável. A contagem média de células T CD4⁺ foi de 467,20 células/mm³, variando de 202,00 a 977,00 células/mm³. Entre

os pacientes estudados, seis (30%) não fizeram uso de HAART e 14 (70%) relataram uso de HAART.

Escores dos subtestes

Com relação aos escores dos subtestes (Tabela 1), a mediana e a faixa de variação foram as seguintes: compreensão de figuras=12,00 pontos (8,00 a 15,00 pontos); vocabulário=9,00 pontos (5,00 a 12,00 pontos); códigos=11,00 pontos (7,00 a 14,00 pontos); semelhanças=11,00 pontos (8,00 a 15,00 pontos); cubos=11,00 pontos (6,00 a 12,00 pontos); aritmética=8,50 pontos (7,00 a 13,00 pontos); raciocínio matricial=9,00 pontos (7,00 a 16,00 pontos); dígitos=10 pontos (8,00 a 16,00 pontos); informações=9,50 pontos (7,00 a 13,00 pontos); arranjo de figuras=11,00 pontos (6,00 a 17,00 pontos); compreensão=9,00 pontos (4,00 a 13,00 pontos); procurar símbolos=11,50 pontos (6,00 a 16,00 pontos).

Foram observados dois resultados abaixo do percentil 5% em relação aos subtestes cubos e informações, dois resultados acima do percentil 95% em relação aos subtestes dígitos e arranjo de figuras, um resultado com valor abaixo do percentil 5% e outro acima do percentil 95% para o subteste procurar símbolos.

Índices fatoriais

O índice de compreensão verbal mede o conhecimento adquirido, o raciocínio verbal e a atenção a materiais verbais, sendo o índice fatorial aquele que

reflete uma medida mais refinada da compreensão verbal. O índice de organização perceptual é uma medida mais refinada de raciocínio fluido, não verbal, de atenção a detalhes e de integração visomotora, mais especificamente a solução de problemas visuoespaciais. O índice de memória operacional reflete a capacidade do indivíduo de prestar atenção, reter as informações, processá-las na memória por um breve período e, por último, formular a resposta. O índice de velocidade de processamento reflete a capacidade do indivíduo de processar informações visuais rapidamente.

Com relação aos escores dos índices fatoriais (Tabela 2), a mediana e a faixa de variação foram as seguintes: índice de compreensão verbal=29,00 pontos (19,00 a 37,00 pontos); índice de organização perceptual=31,50 pontos (21,00 a 42,00 pontos); índice de memória operacional=19,00 pontos (15,00 a 24,00 pontos); índice de velocidade de processamento=22,50 pontos (13,00 a 28,00 pontos);

Na amostra estudada foi observado um caso (paciente nº 5), com IVP considerado muito inferior de acordo com a classificação de WAIS-III (Figura 1). Os demais pacientes (n=17) apresentaram desempenho dentro da média em relação aos índices fatoriais.

Discussão

Com a introdução da HAART, os indivíduos com HIV/AIDS apresentaram redução da incidência de infecções oportunistas, de tumores associados ao HIV-1,

Tabela 1. Análise univariada dos parâmetros dos subtestes de uma amostra (n=20) de pacientes com infecção pelo HIV. Rio de Janeiro (RJ), 2006.

Estimativas dos parâmetros (pontos)	Subtestes de WAIS-III*											
	CF	VOC	COD	SEM	CLUB	ARI	RM	DIG	INF	AF	COM	PS
Média	11,85	9,50	11,15	10,95	10,25	9,05	10,70	10,10	9,45	11,05	9,00	11,35
Desvio-padrão	2,03	2,09	2,00	1,57	1,68	1,90	3,27	1,98	1,95	2,83	2,51	2,51
Mediana	12,00	9,50	11,00	11,00	11,00	8,50	9,00	10,00	9,50	11,00	9,00	11,50
Moda	12,00	12,00	12,00	12,00	11,00	8,00	9,00	9,00	7,00	11,00	11,00	12,00
Valor mínimo	8,00	5,00	7,00	8,00	6,00	7,00	7,00	8,00	7,00	6,00	4,00	6,00
Valor máximo	15,00	12,00	14,00	15,00	12,00	13,00	16,00	16,00	13,00	17,00	13,00	16,00
Amplitude	7,00	7,00	7,00	7,00	6,00	6,00	9,00	8,00	6,00	11,00	9,00	10,00
Percentil 5%	8,00	5,05	7,05	8,05	6,10	7,00	7,00	8,00	7,00	6,05	4,05	6,15
Percentil 95%	15,00	12,00	14,00	14,85	12,00	13,00	16,00	15,00	13,00	16,95	12,90	15,90

*WAIS: *Wechsler adult intelligence scale* ou escala de inteligência de Wechsler para adultos; CF: compreensão de figuras; VOC: vocabulário; COD: códigos; SEM: semelhanças; CUB: cubos; ARI: aritmética; RM: raciocínio matricial; DIG: dígitos; INF: informações; AR: arranjo de figuras; COP: compreensão; PS: procurar símbolos.

Tabela 2. Análise univariada dos parâmetros dos índices fatoriais de uma amostra (n=20) de pacientes com infecção pelo HIV. Rio de Janeiro, 2006.

Estimativas dos parâmetros (pontos)	Índices fatoriais*			
	ICV	IOP	IMO	IVP
Média	28,60	1,40	19,20	22,00
Desvio-padrão	5,69	5,58	2,44	3,44
Mediana	28,60	31,00	19,00	22,50
Moda	35,00	28,00	18,00	23,00
Valor mínimo	19,00	21,00	15,00	13,00
Valor máximo	37,00	42,00	24,00	28,00
Amplitude	18,00	21,00	9,00	15,00
Percentil 5%	19,05	21,00	15,00	13,25
Percentil 95%	36,95	41,00	23,95	27,95

* Índices Fatoriais de WAIS (*Wechsler Adult Intelligence Scale* ou Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos).

ICV: índice de compreensão verbal; IOP: índice de organização perceptual; IMO: índice de memória operacional; IVP: índice de velocidade de processamento.

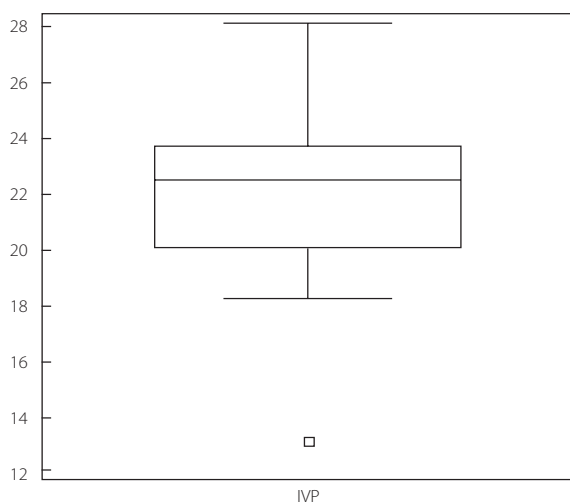


Figura 1. Diagrama de caixas do índice de velocidade do processamento (IVP) mostrando um escore considerado muito inferior (abaixo do 5º percentil) do caso nº 5.

Nota: A caixa central representa os valores do primeiro quartil (25º) ao terceiro quartil (75º) e a mediana (22,5 pontos) é mostrada como uma linha média horizontal.

bem como diminuição acentuada da demência associada ao HIV-1 (Brodt, Kamps, Gute, Knupp, Staszewski & Helm, 1999). Os padrões de alterações neuropsicológicas foram acentuadamente diferentes quando se comparou a era pré-HAART com a HAART. Houve nítida diminuição de manifestações neuropsicológicas na era pós-HAART, particularmente com referência ao aprendizado e à atenção, fluência verbal e visuoconstrução. No entanto,

no que se refere ao aprendizado e à atenção, foi observada uma deterioração dessas funções cognitivas (Cysique, Maruff & Brew, 2004).

Neste estudo, embora tenham sido observados resultados fora da média em uma proporção dos subtestes utilizados, foram obtidas, mediante a análise dos índices fatoriais, medidas mais específicas das funções cognitivas. Desta forma, em comum com os achados das fontes pesquisadas, observou-se um caso de paciente do sexo masculino, com 39 anos, com contagem de células T CD4⁺ de 366 células/mm³, em uso da combinação terapêutica lamivudine + atazanavir + ritonavir, que apresentou desempenho abaixo da média (considerado muito inferior na classificação dos escores da WAIS-III) em atenção e aprendizado, podendo sugerir uma deficiência no funcionamento cognitivo. Este achado não pode ser considerado perda ou alteração relacionada à HAART, já que não foram realizadas comparações anteriores desse mesmo paciente (teste e reteste).

Déficits neuropsicológicos típicos, como perda da atenção sustentada, flexibilidade mental, velocidade motora, memória (Miller et al., 1990) e memória de trabalho (Law et al., 1994; Grassi et al., 1999), podem ser detectados em indivíduos com HIV/AIDS quando se aplicam testes neuropsicológicos adequados (Chang, Ernest, Leonildo-Yee, Walot & Singer, 1999; Suwanwela et al., 2000). Estes dados não puderam ser confirmados no estudo aqui descrito, provavelmente pela necessi-

dade de ampliação do número de casos estudados e um período mais prolongado entre a infecção e o tratamento. É possível que, em estudos futuros, incluindo a retestagem neuropsicológica, possam ser encontrados tais indícios.

Embora alguns autores (Chang et al., 1999; Suwanwela et al., 2000) tenham relatado que alterações cognitivas possam ser mais facilmente detectadas por meio de exames de imagens em indivíduos com lesões mínimas ou mesmo imperceptíveis, estudo mais recente (Kempainen, 2004) revelou que os testes neuropsicológicos são ferramentas mais sensíveis na identificação destas alterações, além de acessíveis quanto aos custos de execução e à simplicidade de aplicação, diferentemente dos exames de neuroimagem. A bateria de testes cognitivos tem a capacidade de mostrar a função cerebral fora do repouso, em plena atividade. Convém ressaltar que, para um país emergente como o Brasil, é possível implantar estes testes em larga escala em qualquer município.

Os resultados deste estudo indicam que é possível detectar desempenho abaixo do nível médio do funcionamento cognitivo por meio da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III) em indivíduos infectados pelo HIV-1, mesmo em vigência de tratamento com HAART.

Referências

- Ashford, J. W., Borson, S., O'Hara, R., Dash, P., Frank, L., Robert P., et al. (2007). Should older adults be screened for dementia? It is important to screen for evidence of dementia! *The Journal of the Alzheimer's Association*, 3 (2), 75-80.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças*. Série Manuais nº 60. Brasília: MS.
- Brew, B. J. (2004). Evidence for a change in AIDS dementia complex in the era of highly active antiretroviral therapy and possibility of new forms of AIDS dementia complex. *AIDS*, 18 (Suppl 1), S75-S70.
- Brod, H. R., Kamps, B. S., Gute P., Knupp, B., Staszewski, S., & Helm, E. B. (1997). Changing incidence of AIDS-defining illness in the era of antiretroviral combination therapy. *AIDS*, 11 (14), 1731-1739.
- Chang, L., Ernest, T., Leonildo-Yee, M., Walot, I., & Singer, E. (1999). Cerebral metabolite abnormalities correlate with clinical severity of HIV-cognitive motor complex. *Neurology*, 52 (1), 100-108.
- Clifford, D. B. (2002). AIDS dementia. *The Medical Clinics of North America*, 86 (3), 537-550.
- Cohen, J. D., Perlstein, W. M., & Braver, T. S. (1997). Temporal dynamics of brain activation during a working memory task. *Nature*, 386 (6625), 604-608.
- Cook, J., & Tyor, W. (2006). The pathogenesis of HIV-associated dementia: recent advances using a SCID mouse model of dementia of HIV-encephalitis. *The Einstein Journal of Biology and Medicine*, 22 (1), 32-40.
- Cysique, L.A., Maruff, P., & Brew, B.J. (2004). Prevalence and pattern of neuropsychological impairment in human immunodeficiency virus-infected/acquired across pre and post-highly active antiretroviral therapy eras: a combined study of two cohorts. *Journal of Neurovirology*, 10 (6), 350-357.
- Grant, I., Atkinson, J. H., Hesselink, J. R., Kennedy, C. J., Richman, D. D., Spector, S. A., et al. (1987). Evidence for early central nervous system involvement in the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and other HIV infection. *Studies with neuropsychological testing and magnetic resonance imaging. Annals of Internal Medicine*, 107 (6), 828-836.
- Grassi, B., Graghebtini, G., Campana, A., Grassi, E., Bertelli, S., Cinque, P., et al. (1999). Spatial working memory in asymptomatic HIV-infected subjects. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11 (3), 387-391.
- Griffin, D. E. (1997). Cytokines in the brain during viral infection: clues to HIV-associated dementia. *The Journal of Clinical Investigation*, 100 (12), 2948-2951.
- Hinkin, C. H., Castellon, A. A., Durvasula, R. S., Hardy, D. J., Lam, M. N., Mason, K. I., et al. (2002). Medication adherence among HIV+ adults: effect of cognitive dysfunction and regimen complexity. *Neurology*, 59 (12), 1944-1950.
- Kempainen, J. K. (2004). Assessment of cognitive changes in HIV/AIDS. *Neurology Today*, 4 (11), 66-70.
- Koralnik, I. J., Beaumanoir, A., Häusler, R., Kohler, A., Safran, A. B., Delacoux, R., et al. (1990). Controlled study of early neurological abnormalities in men with asymptomatic HIV infection. *The New England Journal of Medicine*, 323 (13), 864-870.
- Law, W. A., Martin, A., Mapou, R. L., Roller, T. L., Salazar, A. M., Temoshok, L. R., et al. (1994). Working memory in individuals with HIV infection. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16 (2), 173-182.
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University.
- McArthur, J. C., Haughey, N., Gartner, S., Conant, K., Pardo, C., Nath, A., et al. (2003). Human immunodeficiency virus-associated dementia: an evolving disease. *Journal of Neurovirology*, 9 (2), 205-221.
- Manji, H., & Miller, R. (2004). The neurology of HIV infection. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 5 (Suppl 1), i29-35.
- Martin, E. M., Robertson, L. C., Edelstein, H. E., Jagust, W. J., Sorensen, D. J., San Giovanni, D., et al. (1992). Performance of patients with early HIV-1 infection on the stroop task. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 14 (5), 3311-3320.

- Meehan, R. A., & Brush, J. A. (2001). An overview of AIDS dementia complex. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 16 (4), 225-229.
- Miller, E. N., Selnes, O. A., McArthur, J. C., Satz, P., Becker, J. T., Cohen, B. A., et al. (1990). Neuropsychological performance in HIV-1 infected homosexual men: the multicenter AIDS cohort study (MACS). *Neurology*, 40 (2), 197-203.
- Newman, S. P, Lunn, S., & Harrison, M. J. C. (1995). Do asymptomatic HIV seropositive individuals show cognitive deficit? *AIDS*, 9 (11), 1211-1220.
- Odiase, F. E., Ogunrin, O. A., & Ogunniyi, A. A. (2007). Memory performance in HIV/AIDS- a prospective case control study. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 34 (2), 154-159.
- Paul, R. H., Cohen, R. A., & Stern, R. A. (2002). Neurocognitive manifestations of human immunodeficiencyvirus. *CNS Spectrums*, 7 (12), 860-866.
- Sacktor, N., Lyles, R. H., Skolasky, R., Kleeberger, C., Selnes, O. A., Miller, E. N., et al. (2001). HIV-associated neurologic disease incidence changes. Multicenter AIDS cohort study, 1990-1998. *Neurology*, 56 (2), 257-260.
- Seth, R., Granville-Grossman, K., Goldmeier, D., & Lynch, S. (1991). Psychiatric illnesses in patients with HIV infection and AIDS referred to the liaison psychiatrist. *The British Journal of Psychiatry*, 159 (2), 347-350.
- Simão, M. (2006). Apresentação. *Boletim Epidemiológico-AIDS e DST*, 3 (1) 3-6.
- Suwanwela, N., Phanuphak, P., Phanthumchinda, K., Suwanwela, N. C., Tantivatana, J., Ruxrungtham, K., et al. (2000). Magnetic resonance spectroscopy of the brain in neurologically asymptomatic HIV-infected patients. *Magnetic Resonance Imaging*, 18 (7), 859-865.
- Tozzi, V., Balestra, P., Galgani, S., Narciso, P., Sampaolesi, A., Antinori, A., et al. (2001). Changes in neurocognitive performance in cohort of patients treated with HAART for 3 years. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 28 (1), 19-27.
- Vittiello, B., Goodkin, K., Ashtana, D., Shapshak, P., Atkinson, J. H., Helsestine, P. N., et al. (2007). HIV-1 RNA concentration and cognitive performance in a cohort of HIV-positive people. *AIDS*, 21 (11), 1415-1422.
- Waldrop-Valverde, D., Ownby, R. L., Wilkie, F. L., Mack, A., Kumar, M., & Metsch L. Neurocognitive aspects of medication adherence in HIV-positive injecting drug users. *AIDS and Behavior*, 10 (3), 287-297.
- Wechsler, D. (2004). *Escala de inteligência para adultos: manual para administração e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wilkie, F. L., Eisdorfer, C., Morgan, R., Loewenstein, D. A., & Szapocznik, J. (1990). Cognition in early human immunodeficiency virus infection. *Archives of Neurology*, 47 (4), 433-440.
- World Health Organization. (2006). *Global estimates for adults and children*. Geneva: WHO.

Recebido em: 5/9/2007

Versão final reapresentada em: 12/5/2008

Aprovado em: 25/6/2008

Estados emocionais de casais submetidos à fertilização *in vitro*¹

Emotional states of couples undergoing in vitro fertilization

Helena Maria Loureiro **MONTAGNINI**⁵

Sérgio Luís **BLAY**²

Neil Ferreira **NOVO**³

Vilmon de **FREITAS**⁴

Agnaldo Pereira **CEDENHO**⁵

Resumo

A infertilidade interrompe um projeto de vida pessoal e do casal, produzindo sofrimento psíquico. O desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida possibilitou a solução para casais que anteriormente não teriam alternativas de tratamento. Assim, a fertilização *in vitro* constitui uma nova fonte de esperança para ter um filho, mas, ao mesmo tempo, pode ser acompanhada de muitas dificuldades. O objetivo deste estudo foi comparar os estados emocionais de homens e mulheres submetidos à fertilização *in vitro* e verificar a relação entre estado emocional das mulheres e ocorrência de gravidez. Foram avaliados vinte casais submetidos ao primeiro ciclo de fertilização *in vitro*, entre o 5º e o 10º dia após a transferência dos pré-embriões. A avaliação foi realizada por meio de testes psicológicos e entrevistas. As mulheres apresentaram níveis mais altos de ansiedade e depressão que os homens. A autoestima delas mostrou-se mais baixa. Um quarto das mulheres que apresentaram sintomas psicoemocionais não engravidou, porém esta relação não foi significativa. Concluiu-se que as mulheres apresentaram mais ansiedade e sintomas depressivos que os homens e autoestima mais baixa. O grupo de mulheres com sintomas psicoemocionais apresentou tendência a não engravidar.

Unitermos: Ansiedade. Auto-imagem. Depressão. Infertilidade.

Abstract

Infertility intrudes into the plans in one's personal life and the life of a couple, and causes mental suffering. In vitro fertilization is a new technique in reproductive technology and offers fresh hope of having children, but at the same time, it is considered to be a stressful experience. The aim of this study is to compare the emotional state of men and women undergoing in vitro fertilization and identify a possible relationship

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir de dissertação de H.M.L. MONTAGNINI, intitulada "Aspectos emocionais de casais submetidos à fertilização *in vitro*". Universidade Federal de São Paulo. Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

² Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psiquiatria. São Paulo, SP, Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Santo Amaro, Disciplina de Saúde Pública. Santo Amaro, SP, Brasil.

⁴ Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Ginecologia. São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Cirurgia, Serviço de Reprodução Humana. R. Botucatu, 725, V. Clementina, 04023-900, São Paulo, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: H.M.L. MONTAGNINI. E-mail: <hmmontag.uol.com.br>.

between women's emotional state and a successful outcome. Twenty couples in their first cycle of in vitro fertilization were included in this study. Men and women were submitted individually to psychological interviews and tests between 5 and 10 days after the transfer of pre-embryos. Women presented higher levels of anxiety and depression than men. Their self-esteem proved to be lower. Those women (25%) that presented psycho-emotional symptoms, did not get pregnant, however this relationship was not significant. Based on these findings, we conclude that women presented greater anxiety and symptoms of depression than the men and had lower self-esteem. The group of women with psycho-emotional symptoms displayed a tendency not to get pregnant.

Uniterms: Anxiety. Self-concept. Depression. Infertility.

A infertilidade interrompe um projeto de vida pessoal e do casal, produzindo sofrimento psíquico. Para alguns, ter um filho é o principal objetivo de vida e, nesses casos, o sofrimento decorrente da infertilidade é maior (Collins, Freeman, Boxer & Tureck, 1992). Homens e mulheres têm maneiras diferentes de experienciar e lidar com as dificuldades decorrentes da infertilidade e seu tratamento (Wright et al., 1991).

A Fertilização *In Vitro* (FIV) constitui uma nova esperança para ter um filho, mas, ao mesmo tempo, pode ser acompanhada de muitas dificuldades e desapontamentos.

Ao iniciar o primeiro procedimento de FIV, os casais mostram-se muito otimistas e superestimam suas chances de sucesso. Apresentam níveis normais de ansiedade, depressão e autoestima, não se evidenciando diferenças significativas entre homens e mulheres (Hearn, Yuzpe, Brown & Casper, 1987). Edelman, Connolly e Bartlett (1994) consideraram a existência de uma seleção natural, em que somente aqueles que têm condições de lidar com as dificuldades do tratamento chegam a procurá-lo. Nessa mesma linha, Beaurepaire, Jones, Thiering, Saunders & Tennant (1994) observaram resultados diferentes, relatando que as mulheres, quando comparadas aos homens, apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, autoestima mais baixa, culpa e vergonha associadas à infertilidade. A maior dificuldade para ambos é a ansiedade, que está acima dos níveis tidos como normais.

Boivin et al. (1998), realizando avaliação diária de homens e mulheres durante o tratamento em cada estágio da FIV, observaram que a infertilidade e o tratamento têm impacto negativo maior nas mulheres que nos homens.

Após a falha de um primeiro ciclo, homens e mulheres apresentam aumento significativo de ansiedade e sintomas depressivos (Newton, Hearn & Yuzpe, 1990;

Verhaak et al., 2001). Embora as médias dos escores não sejam clinicamente elevadas e a maioria lide adequadamente, a prevalência de depressão leve e moderada cresce substancialmente, principalmente entre as mulheres.

Recentes estudos têm mostrado relação negativa entre *stress* e sucesso de FIV (Boivin & Takefman, 1995; Verhaak et al., 2001). Níveis mais altos de depressão e ansiedade parecem estar relacionados a menores índices de gravidez. A relevância clínica desses achados impede à necessidade de maiores investigações nessa área.

Este estudo propôs avaliar e comparar os estados emocionais de casais com infertilidade primária, quando submetidos ao primeiro ciclo de um tratamento de FIV, e verificar a relação entre estado emocional das mulheres e ocorrência de gravidez.

Método

Participantes

Participaram do estudo vinte casais que realizaram o primeiro procedimento de FIV no Setor de Reprodução Humana da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, Brasil. Foram incluídos no estudo casais com infertilidade conjugal primária de causa feminina, com mulheres com até 35 anos de idade. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (protocolo nº 1018/02) e os pacientes assinaram o consentimento informado antes de iniciar o estudo.

Instrumentos e Procedimentos

Cada membro do casal foi avaliado individualmente pela psicóloga da equipe entre o 5º e o 10º dia

após a transferência dos pré-embriões. Os seguintes instrumentos foram utilizados:

1) Entrevista estruturada: questões sobre dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e atividade profissional) e dados da história clínica da infertilidade (tempo de união, tempo de infertilidade, tempo de diagnóstico e tratamentos anteriores).

2) Questionário de Saúde Geral (GHQ-12) (Goldberg, 1972): instrumento com 12 itens, utilizado para avaliar morbidade psiquiátrica e identificar prováveis casos e prováveis não casos. O escore total varia de 0 a 12; escores ≥ 4 indicam a presença de sintomas psicoemocionais (prováveis casos). Estudo realizado com a população brasileira indicou boa validade e consistência interna (Mari & Williams, 1985).

3) Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson & Mock Erbaugh, 1961): consiste de 21 categorias de sintomas e atitudes que descrevem sintomas depressivos. A pontuação varia de 0 a 63; escores mais altos indicam maior severidade de depressão. Foi utilizado o ponto de corte 20 para caracterizar depressão (Kendall, Hollon, Beck, Hammen & Ingram, 1987). Foram realizados estudos enfocando as propriedades psicométricas da versão em língua portuguesa e os resultados evidenciaram boa validade de construto (Gorenstein, Pompéia & Andrade, 1995) e de validade discriminante (Gorenstein & Andrade, 1996).

4) Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) (Hamilton, 1960): instrumento desenvolvido para avaliação e quantificação dos sintomas depressivos. Foi utilizada a versão de 17 itens, cujos escores variam de 0 a 50 pontos; escores mais altos indicam depressão. Foi utilizado o ponto de corte 18 para caracterizar depressão moderada (Del Porto, 1989; R.A. Moreno & D.H. Moreno, 1998). As informações foram obtidas em entrevista, utilizando-se o manual para entrevista da HAM-D (Williams, 1988). A escala é considerada instrumento válido para avaliar sintomas depressivos no contexto brasileiro (Dratcu, da Costa Ribeiro & Calil, 1987).

5) Escala de Auto-estima de Rosenberg (Rosemberg, 1965): escala de dez itens que avalia sentimentos relacionados ao próprio indivíduo. Os escores variam de 0 a 30; escores mais altos refletem baixos níveis de autoestima. É considerada adequada ao contexto brasileiro, com bons índices de reprodutibilidade e validade (Dini, 2000).

Análise

O teste de Wilcoxon foi utilizado para comparar os membros de cada casal em relação aos escores obtidos nas escalas (Siegel & Castellan, 1988). O teste de McNemar foi usado para estudar as discordâncias entre os componentes do casal para cada um dos itens das escalas utilizadas (Remington & Schork, 1970). Para comparação dos grupos de mulheres com ou sem sintomas psicoemocionais, em relação à escolaridade, atividade profissional, tratamentos anteriores, etiologia da infertilidade e ocorrência de gravidez, foi utilizado o teste exato de Fisher (Siegel & Castellan, 1988). O teste de Mann-Whitney (Siegel & Castellan, 1988) foi utilizado para comparar os grupos de mulheres com ou sem sintomas psicoemocionais, em relação à idade, tempo de união, de infertilidade e de diagnóstico. Em todos os testes $p < 0,05$ foi considerado significativo.

Resultados

A idade média das mulheres foi de 31,4 anos (variação de 24 a 35 anos) e dos homens foi de 34,8 anos (variação de 28 a 43 anos). Todos os homens estavam empregados, enquanto 75% das mulheres trabalhavam fora de casa, 10% estavam desempregadas e 15% exerciam atividades domésticas. O nível educacional de homens e mulheres foi similar, 70% apresentando nível superior. O tempo de união e de infertilidade variou de 2 a 10 anos, com média de 5,3 anos (tempo de união) e de 3,7 anos (tempo de infertilidade). As causas da infertilidade feminina foram: alterações tubárias (65%), anovulação crônica (10%), endometriose (5%) e sem causa aparente (20%).

Não houve relação significativa entre variáveis sociodemográficas, dados da história clínica e medidas psicológicas.

Comparando-se as respostas dos homens e mulheres nas escalas GHQ-12, Hamilton e BDI, verificou-se que os escores das mulheres foram significativamente maiores que os dos homens. Além disso, a distribuição dos escores da escala de autoestima de Rosenberg concentrou-se em maiores valores para as mulheres (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação das médias dos escores de homens e mulheres nas escalas GHQ-12, HAM-D, BDI e Rosenberg (n=20 casais). Unifesp, São Paulo (SP), 2003.

Escalas	Homens	Mulheres	Wilcoxon	p
GHQ-12	0,6	2,7	T = 4,0	0,001
HAM-D	2,1	5,6	3,43	0,003
BDI	3,2	6,3	2,03	0,021
Rosenberg	4,5	7,7	2,62	0,004

Teste de Wilcoxon Z crítico = 1,96. GHQ-12: questionário de saúde geral; HAM-D: escala de depressão de Hamilton; BDI: inventário de depressão de Beck.

Segundo o GHQ-12, 25% das mulheres obtiveram escores ≥ 4 , caracterizando presença de sintomas psicoemocionais, enquanto os homens não apresentaram sintomas.

As escalas de depressão evidenciaram diferentes classificações. Na Escala de Depressão de Hamilton, 30% das mulheres foram classificadas com depressão leve, enquanto, no BDI, 15% delas obtiveram essa classificação. De acordo com essas duas escalas, os homens não apresentaram sintomas.

As médias dos escores do BDI (6,3 para mulheres e 3,2 para os homens) ficaram abaixo das médias da população normativa (9,7 para mulheres e 7,1 para homens) (Gorenstein, Andrade, Vieira Filho, Tung & Artes,

1999). Os escores das demais escalas não foram comparados com os da população geral porque não há estudos com grupos normativos.

Na distribuição da frequência de respostas positivas dos casais para cada item das escalas utilizadas, identificou-se que as mulheres apresentaram de forma estatisticamente significativa maiores pontuações nos indicadores de ansiedade e sintomas depressivos (Tabela 2).

A gravidez ocorreu em quatro mulheres (20%), sendo confirmada pela dosagem do hormônio coriônico gonadotrófico e batimento cardíaco fetal à ultrassonografia na sétima semana de gestação. As mulheres que apresentaram sintomas psicoemocionais, segundo o GHQ-12, não engravidaram (Tabela 3).

Tabela 3. Relação entre sintomas psicoemocionais medidos pelo GHQ-12 e ocorrência de gravidez (n=20). Unifesp, São Paulo (SP), 2003.

GHQ-12	Gravidez		Total
	Sim	Não	
Com sintomas	0	5	5
Sem sintomas	4	11	15
Total	4	16	20

Teste exato de Fisher $p=0,281$ (ns); GHQ-12: questionário de saúde geral; ns: não significativa.

Tabela 2. Discordâncias significativas entre os componentes dos casais em itens das escalas utilizadas. Unifesp, São Paulo (SP), 2003.

Itens	Mulheres*		Homens*		p ^b
	n	%	n	%	
<i>GHQ-12</i>					
Tensão e nervosismo	11	55	5	25	0,035
Capacidade de manter atenção	6	30	1	5	0,031
Tristeza e depressão	6	30	0	0	0,015
<i>HAM-D</i>					
Humor depressivo	8	40	0	0	0,039
Incapacidade ou fadiga para atividades diárias	5	25	0	0	0,031
Sintomas somáticos	10	50	2	10	0,010
Redução da libido	13	65	5	25	0,010
Auto-observação aumentada	19	95	1	5	0
<i>BDI</i>					
Preocupação com a saúde	12	60	4	20	0,019
Diminuição da libido	13	65	4	20	0,011
<i>Rosenberg</i>					
Sentimento de inutilidade	5	25	0	0	0,031

* Número de pacientes que responderam positivamente aos itens; ^b Teste de McNemar ($p < 0,05$). GHQ12: questionário de saúde geral; HAM-D: escala de depressão de Hamilton; BDI: inventário de depressão de Beck.

Discussão

Em todas as escalas utilizadas, os escores das mulheres foram significativamente maiores que os dos homens. Vários estudos que compararam o estado emocional de homens e mulheres encontraram resultados semelhantes (Beaurepaire et al., 1994; Beutel et al., 1999; Newton et al., 1990; Slade, Emery & Lieberman, 1997).

Essas diferenças podem ser atribuídas a vários fatores, entre eles, os níveis de exigência aos quais cada membro do casal é submetido durante o tratamento, que é mais invasivo nas mulheres. Berg, Wilson e Weingartner (1991) concluíram que algumas mulheres apresentaram maior investimento na maternidade, considerando-a algo central para sua identidade. Para elas, a infertilidade passou a ser o maior problema de suas vidas e, ter um filho, o objetivo principal, o que se converteu em fonte de sofrimento psíquico. Outro aspecto que deve ser considerado é que, neste estudo, a causa da infertilidade conjugal é feminina, podendo levar as pacientes a se sentirem mais responsáveis pela ausência de filho e culpadas perante o companheiro.

Este dado pode justificar, em parte, a ausência de sintomas no grupo dos homens. Quando a infertilidade é masculina, a experiência e a resposta emocional dos homens são diferentes, pois têm que lidar com as inconveniências do tratamento e atitude dos outros diante da infertilidade; sentem-se, nessa situação, responsáveis pela dificuldade que o casal vive (Mahstedt, 1985).

Para entender de que maneira se manifestaram as diferenças dos estados emocionais entre homens e mulheres, observaram-se os itens em que as discordâncias se mostraram significantes. Estes se referem ao humor depressivo e à ansiedade, presentes no momento em que o casal aguardava o resultado do tratamento da FIV. Tal estado emocional levou as mulheres a uma maior dificuldade de se vincularem às atividades diárias, apresentando-se mais voltadas para o momento que estavam vivendo, como o tratamento e a expectativa do resultado. Isto poderia justificar a diminuição do interesse sexual das mulheres, porém, como a avaliação foi pontual, não foi possível determinar se a alteração sexual estende-se por um período de tempo maior.

Dezenove mulheres (95%) apresentaram maior observação do próprio corpo, voltando-se mais para si, monitorando seus corpos em busca de indícios de gravidez. Vale salientar que alguns dos sintomas apresentados, referentes ao aspecto somático da ansiedade e alteração do humor, confundem-se com efeitos colaterais dos medicamentos utilizados pelas mulheres para realizar o procedimento de FIV. Tal aspecto deve ser considerado para analisar os resultados com maior cautela, considerando-se a dificuldade em discriminar quais e quantos desses sintomas foram decorrentes da ansiedade ou dos medicamentos utilizados.

Durante as entrevistas, os homens (40%) mostraram-se mais agitados e inquietos que as mulheres (20%), segundo a escala HAM-D. Isso indica maior desconforto e constrangimento dos homens diante da situação de serem avaliados, o que os leva a darem respostas mais aceitas socialmente (Berg et al., 1991). Este dado deve ser considerado para compreender a ausência total de sintomas psicoemocionais no grupo dos homens.

As escalas HAM-D e BDI apresentaram diferenças no modo de pontuação e em suas estruturas, priorizando diferentes categorias de sintomas. A escala HAM-D considera mais os sintomas somáticos (28%), cognitivos (28%) e ansiosos (16%), ao passo que o BDI valoriza mais os sintomas cognitivos (52%) e somáticos (29%). Essas diferenças justificam as diferentes classificações que ocorreram. Segundo a HAM-D, 30% das mulheres apresentaram depressão leve, enquanto no BDI, 15% das mulheres apresentaram disforia e depressão moderada. Os homens não apresentaram sintomas. Embora as mulheres tenham apresentado escores superiores aos de seus companheiros, os valores não alcançaram, em nenhuma das escalas, níveis que indicassem alterações clínicas relevantes.

Os escores de homens e mulheres inférteis no BDI encontraram-se abaixo dos valores da população normativa, talvez devido ao otimismo dos casais diante da perspectiva de terem o filho desejado, confirmando achados de outros estudos (Beaurepaire et al., 1994; Hearn et al., 1987; Slade et al., 1997; Verhaak et al., 2001).

As diferenças no estado emocional começam a se evidenciar a partir do segundo procedimento, no qual as mulheres apresentam escores de depressão clinicamente mais elevados, quando comparados ao

primeiro procedimento (Beaurepaire et al., 1994; Beutel et al., 1999). No estudo aqui descrito, as mulheres que apresentaram sintomas psicoemocionais possivelmente apresentaram maior dificuldade em lidar com o tratamento de FIV. Levando-se em consideração a tendência de haver aumento dos índices de depressão nos procedimentos consecutivos, essas mulheres constituem um potencial grupo de risco. Assim, é importante identificar e fornecer auxílio psicológico às pacientes com manifestações sintomáticas leves, para que adquiram meios mais eficazes de lidar com a situação e evitar a exacerbação dos sintomas apresentados.

Apesar de não ter havido relação significativa entre sintomas psicoemocionais e ocorrência de gravidez, nenhuma das mulheres com tais sintomas engravidou, aspecto que poderia ser mais bem avaliado em um grupo maior de pacientes.

A relação entre estado emocional e ocorrência de gravidez remete a situações vividas por algumas mulheres com dificuldade para engravidar e que engravidam naturalmente após adoção, desistência ou interrupção de tratamento para infertilidade, ou mesmo depois de terem um filho por fertilização *in vitro* (Hennelly, Harrison, Kelly, Jacob & Barrett, 2000).

Nos estudos realizados para verificar a relação entre aspectos psicológicos e ocorrência de gravidez, os resultados mostram controvérsias, o que pode ser atribuído à utilização de diferentes instrumentos, assim como ao momento da avaliação, considerando-se que há alterações do estado emocional conforme a fase do tratamento, como os efeitos colaterais dos medicamentos.

Este estudo realizou a avaliação após a transferência de pré-embriões, retratando com maior exatidão o estado emocional no período da implantação dos mesmos, no qual a interação entre fatores biológicos e psicológicos tem maior influência na ocorrência da gravidez. Este aspecto deve ser mais estudado pela sua relevância clínica, pois, com a promoção de melhores condições emocionais, pode haver um aumento na taxa de gravidez em tratamento de fertilização assistida.

A infertilidade e seus tratamentos constituem um longo processo, no decorrer do qual emergem diversos sentimentos e comportamentos. Os dados desta pesquisa referem-se a um momento específico dos

casais, capturando um processo de ajustamento pontual. Apesar desta limitação, o estudo traz contribuições importantes com implicações práticas para o suporte psicológico dos casais em tratamento de FIV.

Referências

- Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., & Tennant, C. (1994). Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (3), 229-40.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4 (1), 53-63.
- Berg, B. J., Wilson, J. F. & Weingartner, P. J. (1991). Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Social Science and Medicine*, 33 (9), 1071-1080.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Köhn, F.-M., Schroeder-Printzen, I., et al. (1999). Treatment: related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31 (1), 27-35.
- Boivin, J., & Takefman, J. E. (1995). Stress level across stages of *in vitro* fertilization in subsequently pregnant and non pregnant women. *Fertility and Sterility*, 64 (4), 802-810.
- Boivin, J., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Hjelmstedt, A., Collins, A., & Bergh T. (1998). Psychological reactions during in-vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*, 13 (11), 3262-7.
- Collins, A., Freeman, E. W., Boxer, A. S., & Tureck, R. (1992). Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering *in vitro* fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 57 (2), 350-356.
- Del Porto, J. A. (1989). Aspectos gerais das escalas para avaliação de depressão. In Centro de pesquisa em psicobiologia clínica. *Escala de avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina.
- Dini, G. M. (2000). *Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de São Paulo.
- Dratcu, L., Costa Ribeiro, L., & Calil, H. M. (1987). Depression assesment in Brazil. The first application of the Montgomery-Asberg depression rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 797-800.
- Edelmann, R. J., Connolly K. J., & Bartlett, H. (1994). Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (4), 355-364.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph nº 21. London: Oxford University Press.

- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1996). Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29 (4), 453-7.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Vieira Filho, A. H. G., Tung, T. C., & Artes, R. (1999). Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (5), 553-62.
- Gorenstein, C., Pompéia, S., & Andrade, L. (1995). Scores of Brazilian university students on the Beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory. *Psychological Reports*, 77, 635-641.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hearn, M. T., Yuzpe, A. A., Brown, S. E., & Casper, R. F. (1987). Psychological characteristics of *in vitro* fertilization participants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 156 (2), 269-74.
- Hennelly, B., Harrison, R. F., Kelly, J., Jacob, S., & Barrett, T. (2000). Spontaneous conceptin after a successful attempt at *in vitro* fertilization/intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 73, 774-78.
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. I., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11 (3), 289-99.
- Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 43 (3), 335-45.
- Mari, J. J., & Williams, P. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15, 651-9.
- Moreno, R. A., & Moreno, D.H. (1998). Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5, edição especial), 262-272.
- Newton, C. R., Hearn, M. T., & Yuzpe, A. A. (1990). Psychological assessment and follow-up after *in vitro* fertilization: assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*, 54 (5), 879-86.
- Remington, R. D., & Schork, M. A. (1970). *Statistics with applications to biological and health sciences*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press.
- Siegel, S., & Castellan, J. R. (1988). *Nonparametric statistics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in *in-vitro* fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12 (1), 183-90.
- Thiering, P., Beaurepaire, J., Jones, M., Saunders, D., & Tennant C. (1993). Mood state as a predictor of treatment outcome after *in vitro* fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (5), 481-91.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Eugster, A., van Minnen, A., Kremer, J. A. M., & Kraaimaat, F. W. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of *in vitro* fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 76 (3), 525-31.
- Williams, J. B. W. (1988). A structured interview guide for the Hamilton depression rating scale. *Archives of General Psychiatry*, 45 (8), 742-7.
- Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., & Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55 (1), 100-8.

Recebido em: 13/9/2007

Versão final reapresentada em: 7/4/2008

Aprovado em: 24/4/2008

Um breve histórico da psicologia jurídica no Brasil e seus campos de atuação

A brief history of forensic psychology in Brazil and its fields of application

Vivian de Medeiros **LAGO**¹

Paloma **AMATO**¹

Patrícia Alves **TEIXEIRA**¹

Sonia Liane Reichert **ROVINSKI**²

Denise Ruschel **BANDEIRA**¹

Resumo

Este artigo tem como objetivo discutir alguns referenciais históricos da Psicologia Jurídica no Brasil e, a seguir, apresentar os principais campos de atuação, com uma sucinta descrição das tarefas desempenhadas pelo psicólogo em cada um deles. Um segundo objetivo é que esse material sirva como referencial teórico para disciplinas de Psicologia Jurídica, pois foi delineado para ter um caráter introdutório. As principais áreas de interface entre Psicologia e Direito discutidas são: Direito da Família, Direito da Criança e Adolescente, Direito Cível, Direito Penal e Direito do Trabalho. Questões referentes à formação acadêmica são levantadas e novas possibilidades de atuação na área da Psicologia Jurídica são apontadas, indicando perspectivas futuras sobre o assunto.

Unitermos: Psicologia forense. Histórico. Psicólogos.

Abstract

This article aims to discuss some historical references concerning Forensic Psychology in Brazil and to present the main fields of application and a brief description of the tasks developed by the psychologist in each one. A second aim is for this material to be used as a theoretical reference for Forensic Psychology subjects, since it was designed with this introductory emphasis. The main areas of interface between Psychology and Law are: Family Law, Child and Adolescent Law, Civil Law, Criminal Law and Labor Legislation. Questions related to education are highlighted and new possibilities for working in Forensic Psychology are noted, with a recommendation of future perspectives on the topic.

Uniterms: Forensic Psychology. History. Psychologists.

Delimitar o início da Psicologia Jurídica no Brasil é uma tarefa complexa, em razão de não existir um único marco histórico que defina esse momento. Assim,

o objetivo deste artigo é apresentar e discutir alguns referenciais históricos documentados que permitam relatar como a Psicologia e o Direito se aproximaram

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. R. Ramiro Barcelos, 2600, Sala 120, Santana, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: D.R. Bandeira. E-mail: <drbandei@terra.com.br>.

² Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

na história brasileira. A seguir, serão apresentados os principais campos de atuação do psicólogo jurídico, com uma sucinta descrição das tarefas desempenhadas em cada setor. Objetiva-se, ainda, que o artigo possa ser utilizado como referência bibliográfica para disciplinas de Psicologia Jurídica, pois seu caráter introdutório foi delineado com esse propósito.

A história da atuação de psicólogos brasileiros na área da Psicologia Jurídica tem seu início no reconhecimento da profissão, na década de 1960. Tal inserção deu-se de forma gradual e lenta, muitas vezes de maneira informal, por meio de trabalhos voluntários. Os primeiros trabalhos ocorreram na área criminal, enfocando estudos acerca de adultos criminosos e adolescentes infratores da lei (Rovinski, 2002). O trabalho do psicólogo junto ao sistema penitenciário existe, ainda que não oficialmente, em alguns estados brasileiros há pelo menos 40 anos. Contudo, foi a partir da promulgação da Lei de Execução Penal (Lei Federal nº 7.210/84) Brasil (1984), que o psicólogo passou a ser reconhecido legalmente pela instituição penitenciária (Fernandes, 1998).

Entretanto, a história revela que essa preocupação com a avaliação do criminoso, principalmente quando se trata de um doente mental delinquente, é bem anterior à década de 1960 do século XX. Durante a Antiguidade e a Idade Média a loucura era um fenômeno bastante privado. Ao "louco" era permitido circular com certa liberdade, e os atendimentos médicos restringiam-se a uns poucos abastados. A partir de meados do século XVII, a loucura passou a ser caracterizada por uma necessidade de exclusão dos doentes mentais. Criaram-se estabelecimentos para internação em toda a Europa, nos quais eram encerrados indivíduos que ameaçassem a ordem da razão e da moral da sociedade (Rovinski, 1998). A partir do século XVIII, na França, Pinel realizou a revolução institucional, liberando os doentes de suas cadeias e dando assistência médica a esses seres segregados da vida em sociedade (Pavon, 1997).

Após esse período, os psicólogos clínicos começaram a colaborar com os psiquiatras nos exames psicológicos legais e em sistemas de justiça juvenil (Jesus, 2001). Com o advento da Psicanálise, a abordagem frente à doença mental passou a valorizar o sujeito de forma mais compreensiva e com um enfoque dinâmico. Como consequência, o psicodiagnóstico ganhou força, deixan-

do de lado um enfoque eminentemente médico para incluir aspectos psicológicos (Cunha, 1993). Os pacientes passaram a ser classificados em duas grandes categorias: de maior ou de menor severidade, ficando o psicodiagnóstico a serviço do último grupo, inicialmente. Desta forma, os pacientes menos severos eram encaminhados aos psicólogos, para que esses profissionais buscassem uma compreensão mais descritiva de sua personalidade. Os pacientes de maior severidade, com possibilidade de internação, eram encaminhados aos psiquiatras (Rovinski, 1998). Balu (1984) demonstrou, a partir de estudos comparativos e representativos, que os diagnósticos de Psicologia Forense podiam ser melhores que os dos psiquiatras (Souza, 1998).

De acordo com Brito (2005), os psicodiagnósticos eram vistos como instrumentos que forneciam dados matematicamente comprováveis para a orientação dos operadores do Direito. Inicialmente, a Psicologia era identificada como uma prática voltada para a realização de exames e avaliações, buscando identificações por meio de diagnósticos. Essa época, marcada pela inauguração do uso dos testes psicológicos, fez com que o psicólogo fosse visto como um testólogo, como na verdade o foi na primeira metade do século XX (Gromth-Marnat, 1999). Psicólogos da Alemanha e França desenvolveram trabalhos empírico-experimentais sobre o testemunho e sua participação nos processos judiciais. Estudos acerca dos sistemas de interrogatório, os fatos delitivos, a detecção de falsos testemunhos, as amnésias simuladas e os testemunhos de crianças impulsionaram a ascensão da então denominada Psicologia do Testemunho (Garrido, 1994). Atualmente, o psicólogo utiliza estratégias de avaliação psicológica, com objetivos bem definidos, para encontrar respostas para solução de problemas. A testagem pode ser um passo importante do processo, mas constitui apenas um dos recursos de avaliação (Cunha, 2000).

Esse histórico inicial reforça a aproximação da Psicologia e do Direito através da área criminal e a importância dada à avaliação psicológica. Porém, não era apenas no campo do Direito Penal que existia a demanda pelo trabalho dos psicólogos. Outro campo em ascensão até os dias atuais é a participação do psicólogo nos processos de Direito Civil. No estado de São Paulo, o psicólogo fez sua entrada informal no Tribunal

de Justiça por meio de trabalhos voluntários com famílias carentes em 1979. A entrada oficial se deu em 1985, quando ocorreu o primeiro concurso público para admissão de psicólogos dentro de seus quadros (Shine, 1998).

Ainda dentro do Direito Civil, destaca-se o Direito da Infância e Juventude, área em que o psicólogo iniciou sua atuação no então denominado Juizado de Menores. Apesar das particularidades de cada estado brasileiro, a tarefa dos setores de psicologia era, basicamente, a perícia psicológica nos processos cíveis, de crime e, eventualmente, nos processos de adoção. Com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Brasil (1990), em 1990, o Juizado de Menores passou a ser denominado Juizado da Infância e Juventude. O trabalho do psicólogo foi ampliado, envolvendo atividades na área pericial, acompanhamentos e aplicação das medidas de proteção ou medidas socioeducativas (Tabajaski, Gaiger & Rodrigues, 1998). Essa expansão do campo de atuação do psicólogo gerou um aumento do número de profissionais em instituições judiciárias mediante a legalização dos cargos pelos concursos públicos. São exemplos a criação do cargo de psicólogo nos Tribunais de Justiça dos estados de Minas Gerais (1992), Rio Grande do Sul (1993) e Rio de Janeiro (1998) (Rovinski, 2002).

Outro dado histórico importante foi a criação do Núcleo de Atendimento à Família (NAF), em outubro de 1997, implantado no Foro Central de Porto Alegre e pioneiro na justiça brasileira. O trabalho objetiva oferecer a casais e famílias com dificuldades de resolver seus conflitos um espaço terapêutico que os auxilie a assumir o controle sobre suas vidas, colaborando, assim, para a celeridade do Sistema Judiciário (Silva & Polanczyk, 1998).

Vale observar ainda que, com o propósito de acompanhar as mudanças legais e adequar as instituições de atendimento a crianças e adolescentes às diretrizes presentes no ECA, fez-se necessário o reordenamento institucional dessas entidades em todo o país. A extinta Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM) mesclava, em uma mesma instituição, crianças e adolescentes vítimas de violência, maus tratos, negligência, abuso sexual e abandono com jovens autores de atos infracionais (<http://www.sjds.rs.gov.br>). Pela Lei 11.800/02 foram criadas duas fundações: a

Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE), responsável pela execução das medidas socioeducativas, e a Fundação de Proteção Especial (FPE), responsável pela execução das medidas de proteção. O surgimento dessas fundações se deu inicialmente no estado do Rio Grande do Sul. Elas são a consolidação do processo de adaptação aos preceitos regidos pelo ECA, iniciado nos anos 1990.

Diante do exposto, percebe-se um histórico inicial da aproximação da Psicologia e do Direito atrelado a questões envolvendo crime e também os direitos da criança e do adolescente. Contudo, nos últimos dez anos a demanda pelo trabalho do psicólogo em áreas como Direito da Família e Direito do Trabalho vem tomando força. Além desses campos, outras possibilidades de participação do psicólogo em questões judiciais vêm surgindo, as quais serão apresentadas e discutidas na segunda parte deste artigo.

Em relação à área acadêmica, cabe citar que a Universidade do Estado do Rio de Janeiro foi pioneira em relação à Psicologia Jurídica. Foi criada, em 1980, uma área de concentração dentro do curso de especialização em Psicologia Clínica, denominada "Psicodiagnóstico para Fins Jurídicos". Seis anos mais tarde, passou por uma reformulação e tornou-se um curso independente do Departamento de Clínica, fazendo parte do Departamento de Psicologia Social (Altoé, 2001). Atualmente, não são todos os cursos de Psicologia que oferecem a disciplina de Psicologia Jurídica. E, quando o fazem, normalmente é uma matéria opcional e com uma carga horária pequena. Já nos cursos de Direito, ainda que a carga horária também seja reduzida, a disciplina já se tornou de caráter compulsório.

Esses dados acarretam uma deficiência na formação acadêmica dos profissionais, o que exige o oferecimento, por parte das instituições judiciárias, de cursos de capacitação, treinamento e reciclagem. Os psicólogos sentem estar sempre "correndo atrás do prejuízo", uma vez que as discussões sempre giram ao redor de noções básicas com as quais o psicólogo deveria ter tomado contato antes de chegar à instituição (Anaf, 2000). Porém, essa realidade tem se modificado. Atualmente, são oferecidos cursos de pós-graduação em Psicologia Jurídica em universidades de estados brasileiros como Alagoas, Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais,

Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo, o que revela a expansão da área no País.

Como pode ser evidenciado, o Direito e a Psicologia se aproximaram em razão da preocupação com a conduta humana. O momento histórico pelo qual a Psicologia passou fez com que, inicialmente, essa aproximação se desse por meio da realização de psicodiagnósticos, dos quais as instituições judiciárias passaram a se ocupar. Contudo, outras formas de atuação além da avaliação psicológica ganharam força, entre elas a implantação de medidas de proteção e socioeducativas e o encaminhamento e acompanhamento de crianças e/ou adolescentes. Observa-se que a avaliação psicológica ainda é a principal demanda dos operadores do Direito. Porém, outras atividades de intervenção, como acompanhamento e orientação, são igualmente importantes, como se verá na seção seguinte deste artigo. São áreas de atuação que devem coexistir, uma vez que seus objetivos são distintos, buscando atender a propósitos diferenciados, mas também complementares.

Principais campos de atuação

Na Psicologia Jurídica há uma predominância das atividades de confecções de laudos, pareceres e relatórios, pressupondo-se que compete à Psicologia uma atividade de cunho avaliativo e de subsídio aos magistrados. Cabe ressaltar que o psicólogo, ao concluir o processo da avaliação, pode recomendar soluções para os conflitos apresentados, mas jamais determinar os procedimentos jurídicos que deverão ser tomados. Ao juiz cabe a decisão judicial; não compete ao psicólogo incumbir-se desta tarefa. É preciso deixar clara esta distinção, reforçando a ideia de que o psicólogo não decide, apenas conclui a partir dos dados levantados mediante a avaliação e pode, assim, sugerir e/ou indicar possibilidades de solução da questão apresentada pelo litígio judicial.

Contudo, nem sempre o trabalho do psicólogo jurídico está ligado à questão da avaliação e consequente elaboração de documentos, conforme se apresenta a seguir. Os ramos do Direito que frequentemente demandam a participação do psicólogo são: Direito da Família, Direito da Criança e do Adolescente, Direito Civil, Direito Penal e Direito do Trabalho.

Cabe observar que o Direito de Família e o Direito da Criança e do Adolescente fazem parte do Direito Civil. Porém, como na prática as ações são ajuizadas em varas diferenciadas, optou-se por fazer essa divisão, por ser também didaticamente coerente.

- *Psicólogo jurídico e o direito de família*: destaca-se a participação dos psicólogos nos processos de separação e divórcio, disputa de guarda e regulamentação de visitas.

- *Separação e divórcio*: os processos de separação e divórcio que envolvem a participação do psicólogo são na sua maioria litigiosos, ou seja, são processos em que as partes não conseguiram acordar em relação às questões que um processo desse cunho envolve. Não são muito comuns os casos em que os cônjuges conseguem, de maneira racional, atingir o consenso para a separação. Isso implica resolver o conflito que está ou que ficou nas entrelinhas, nos meandros dos relacionamentos humanos, ou seja, romper com o vínculo afetivo-emocional (Silveira, 2006).

Portanto, o psicólogo pode atuar como mediador, nos casos em que os litigantes se disponham a tentar um acordo ou, quando o juiz não considerar viável a mediação, ao psicólogo pode ser solicitada uma avaliação de uma das partes ou do casal. Processos de separação e divórcio englobam partilha de bens, guarda de filhos, estabelecimento de pensão alimentícia e direito à visitação. Desta forma, seja como avaliador ou mediador, o psicólogo buscará os motivos que levaram o casal ao litígio e os conflitos subjacentes que impedem um acordo em relação aos aspectos citados. Nos casos em que julgar necessário, o psicólogo poderá, inclusive, sugerir encaminhamento para tratamento psicológico ou psiquiátrico da(s) parte(s).

- *Regulamentação de visitas*: conforme exposto acima, o direito à visitação é uma das questões a ser definida a partir do processo de separação ou divórcio. Contudo, após a decisão judicial podem surgir questões de ordem prática ou até mesmo novos conflitos que tornem necessário recorrer mais uma vez ao Judiciário, solicitando uma revisão nos dias e horários ou forma de visitas. Nesses casos, o psicólogo jurídico contribui por meio de avaliações com a família, objetivando esclarecer os conflitos e informar ao juiz a dinâmica presente nesta família, com sugestões das medidas que poderiam ser tomadas. O psicólogo pode, ainda, atuar

como mediador, procurando apontar a interferência de conflitos intrapessoais na dinâmica interpessoal dos cônjuges, com o objetivo de produzir um acordo pautado na colaboração, de forma que a autonomia da vontade das partes seja preservada (Schabbel, 2005).

• *Disputa de guarda*: nos processos de separação ou divórcio é preciso definir qual dos ex-cônjuges deterá a guarda dos filhos. Em casos mais graves, podem ocorrer disputas judiciais pela guarda (Silva, 2006). Nesses casos, o juiz pode solicitar uma perícia psicológica para que se avalie qual dos genitores tem melhores condições de exercer esse direito. Além dos conhecimentos sobre avaliação, psicopatologia, psicologia do desenvolvimento e psicodinâmica do casal, assuntos atuais como a guarda compartilhada, falsas acusações de abuso sexual e síndrome de alienação parental podem estar envolvidos nesses processos. Portanto, é necessário que os psicólogos que atuam nessa área estudem esses temas, saibam seu funcionamento e busquem a melhor forma de investigá-los, de modo a realizar uma avaliação psicológica de qualidade.

Pais que colocam os interesses e vaidade pessoal acima do sofrimento que uma disputa judicial pode acarretar aos filhos, na tentativa de atingir ou magoar o ex-companheiro, revelam-se com problemas para exercer a parentalidade de forma madura e responsável (Castro, 2005). Portanto, nesses casos, a mediação não é uma prática comum, dado o alto nível de conflitos existentes entre os ex-cônjuges e que os fazem disputar seus filhos judicialmente.

- *Psicólogo jurídico e o direito da criança e do adolescente*: destaca-se o trabalho dos psicólogos junto aos processos de adoção e destituição de poder familiar e também o desenvolvimento e aplicação de medidas socioeducativas dos adolescentes autores de ato infracional.

• *Adoção*: os psicólogos participam do processo de adoção por meio de uma assessoria constante para as famílias adotivas, tanto antes quanto depois da colocação da criança. A equipe técnica dos Juizados da Infância e da Juventude deve saber recrutar candidatos para as crianças que precisam de uma família e ajudar os postulantes a se tornarem pais capazes de satisfazer às necessidades de um filho adotivo (Weber, 2004). A primeira tarefa de uma equipe de adoção é garantir que os candidatos estejam dentro dos limites das dispo-

sições legais e a segunda é iniciar um programa de trabalho com os postulantes aceitos, elaborado especialmente para assessorar, informar e avaliar os interessados, e não apenas “selecionar” os mais aptos (Weber, 1997). Como a adoção é um vínculo irrevogável, o estudo psicossocial torna-se primordial para garantir o cumprimento da lei, prevenindo assim a negligência, o abuso, a rejeição ou a devolução.

Além do trabalho desenvolvido junto aos Juizados da Infância e Juventude, existe também o dos psicólogos que trabalham nas Fundações de Proteção Especial. Essas instituições têm como objetivo oferecer um cuidado especial capaz de minorar os efeitos da institucionalização, proporcionando às crianças e aos adolescentes abrigados uma vivência que se aproxima à realidade familiar. Os vínculos estabelecidos com os monitores que cuidam delas são facilitadores do vínculo posterior na adoção, uma vez que se estabelece e se mantém nos mesmos a capacidade de vincular-se afetivamente. As relações substitutas provisórias, representadas pelo acolhimento institucional que abriga os que aguardam uma possibilidade de inclusão em família substituta, são decisivas para o desenlace do processo de adoção (Albornoz, 2001).

• *Destituição do poder familiar*: o poder familiar é um direito concedido a ambos os pais, sem nenhuma distinção ou preferência, para que eles determinem a assistência, criação e educação dos filhos. Esse direito é assistido aos genitores, ainda que separados e a guarda conferida a apenas um dos dois. Porém, a legislação brasileira prevê casos em que esse direito pode ser suspenso, ou até mesmo destituído, de forma irrevogável. A partir desta determinação judicial, os pais perdem todos os direitos sobre o filho, que poderá ficar sob a tutela de uma família até a maioridade civil.

O papel do psicólogo nesses casos é fundamental. É preciso considerar que a decisão de separar uma criança de sua família é muito séria, pois desencadeia uma série de acontecimentos que afetarão, em maior ou menor grau, toda a sua vida futura. Independentemente da causa da remoção - doença, negligência, abandono, maus-tratos, abuso sexual, ineficiência ou morte dos pais - a transferência da responsabilidade para estranhos jamais deve ser feita sem muita reflexão (Cesca, 2004).

- *Adolescentes autores de atos infracionais*: o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê medidas socioeducativas que comportam aspectos de natureza coercitiva. São medidas punitivas no sentido de que responsabilizam socialmente os infratores, e possuem aspectos eminentemente educativos, no sentido da proteção integral, com oportunidade de acesso à formação e à informação. Os psicólogos que desenvolvem seu trabalho junto aos adolescentes infratores devem lhes propiciar a superação de sua condição de exclusão, bem como a formação de valores positivos de participação na vida social. Sua operacionalização deve, prioritariamente, envolver a família e a comunidade com atividades que respeitem o princípio da não discriminação e não estigmatização, evitando rótulos que marquem os adolescentes e os exponham a situações vexatórias, além de impedi-los de superar as dificuldades na inclusão social.

Na Fundação de Apoio Socioeducativo de Porto Alegre (RS), colocou-se em prática um projeto pioneiro que utiliza soluções mais eficazes para responsabilizar e corrigir comportamentos considerados transgressores: a Justiça Restaurativa. Essa medida tem por objetivo tratar e julgar melhor as questões que levaram os jovens a cometerem um ato infracional, e tem como foco a reparação dos danos causados às pessoas e relacionamentos, ao invés de punir os transgressores. Através de um mediador, as vítimas e os jovens procuram dialogar para que eles se conscientizem dos erros que cometeram. Esse tipo de projeto tem o intuito de evitar que o adolescente volte a cometer crimes e que os danos causados às vítimas sejam minimizados (Jesus, 2005).

Psicólogo jurídico e o direito civil: o psicólogo atua nos processos em que são requeridas indenizações em virtude de danos psíquicos e também nos casos de interdição judicial.

• *Dano psíquico*: o dano psíquico pode ser definido como a seqüela, na esfera emocional ou psicológica, de um fato particular traumatizante (Evangelista & Menezes, 2000). Pode-se dizer que o dano está presente quando são gerados efeitos traumáticos na organização psíquica e/ou no repertório comportamental da vítima. Cabe ao psicólogo, de posse de seu referencial teórico e instrumental técnico, avaliar a real presença desse dano. Entretanto, o psicólogo deve estar atento a possíveis manipulações dos sintomas, já que está em suas mãos

a recomendação, ou não, de um ressarcimento financeiro (Rovinski, 2005).

• *Interdição*: a interdição refere-se à incapacidade de exercício por si mesmo dos atos da vida civil. Uma das possibilidades de interdição previstas pelo código civil são os casos em que, por enfermidade ou deficiência mental, os sujeitos de direito não tenham o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil. Nesses casos, compete ao psicólogo nomeado perito pelo juiz realizar avaliação que comprove ou não tal enfermidade mental. À justiça interessa saber se a doença mental de que o paciente é portador o torna incapaz de reger sua pessoa e seus bens (Monteiro, 1999).

As questões levantadas em um processo de interdição incluem a validade, nulidade ou anulabilidade de negócios jurídicos, testamentos e casamentos. Além dessas, ficam prejudicadas a contração de deveres e aquisição de direitos, a aptidão para o trabalho, a capacidade de testemunhar e a possibilidade de ele próprio assumir tutela ou curatela de incapaz e exercer o poder familiar (Taborda, Chalub & Abdalla-Filho, 2004).

- *Psicólogo jurídico e o direito penal*: o psicólogo pode ser solicitado a atuar como perito para averiguação de periculosidade, das condições de discernimento ou sanidade mental das partes em litígio ou em julgamento (Arantes, 2004). Portanto, destaca-se o papel dos psicólogos junto ao Sistema Penitenciário e aos Institutos Psiquiátricos Forenses.

A criação da Lei de Execução Penal (LEP), em 1984, foi um marco no trabalho dos psicólogos no sistema prisional, pois a partir dela o cargo de psicólogo passou a existir oficialmente (Carvalho, 2004). A Lei 10.792/2003 trouxe mudanças à LEP, uma vez que extinguiu o exame criminológico feito para instruir pedidos de benefícios e o parecer da Comissão Técnica de Classificação Brasil (2003). Para a concessão de benefícios legais, as únicas exigências previstas são o lapso de tempo já cumprido e a boa conduta. No entanto, há uma pressão por parte do Ministério Público e Poder Judiciário pela continuidade das avaliações técnicas. No estado de São Paulo, após as rebeliões ocorridas no sistema penitenciário, as avaliações técnicas estão voltando a ser uma exigência para a concessão dos benefícios legais (Sá, 2007).

As avaliações psicológicas individualizadas, previstas em lei, são inviáveis nos presídios brasileiros

em razão das superpopulações existentes. Pelo mesmo motivo, proporcionar um “tratamento penal” aos apenados ou estabelecer outro tipo de relações institucionais com os demais funcionários, internos e/ou seus familiares são tarefas difíceis para os psicólogos que trabalham junto ao sistema carcerário (Kolker, 2004).

Existe ainda o trabalho dos psicólogos junto aos doentes mentais que cometeram algum delito. Esses sujeitos recebem medida de segurança, decretada pelo juiz, e são encaminhados para Institutos Psiquiátricos Forenses (IPF). Além de abrigar esses doentes mentais, os IPF são responsáveis pela realização de perícias oficiais na área criminal e pelo atendimento psiquiátrico à rede penitenciária. Atualmente existem no Brasil 28 instituições psiquiátricas forenses e cerca de 4 mil internos (Piccinini, 2006).

No Rio Grande do Sul, o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPFMC) foi o segundo fundado no País, em 1924. O trabalho do psicólogo nesse instituto teve início em 1966, através do estágio curricular de psicopatologia. Inicialmente as atividades da Psicologia eram subordinadas à Medicina, pois havia a necessidade de prescrição médica para os pacientes psicóticos. Além disso, os laudos psiquiátricos elaborados não eram assinados pelos psicólogos, devido a um dispositivo legal que atribuía a competência e a responsabilidade desses laudos ao psiquiatra forense (Modena, 2007). Com o passar dos anos houve ampliação do atendimento multidisciplinar, que passou a reunir as diferentes habilidades técnicas em prol de uma prestação de serviço com maior qualidade aos pacientes. Assim, o Setor de Psicologia foi alcançando sua independência e autonomia dentro dos IPF.

Psicólogo jurídico e o direito do trabalho: o psicólogo pode atuar como perito em processos trabalhistas. A perícia a ser realizada nesses casos serve como uma vistoria para avaliar o nexo entre as condições de trabalho e a repercussão na saúde mental do indivíduo. Na maioria das vezes, são solicitadas verificações de possíveis danos psicológicos supostamente causados por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, casos de afastamento e aposentadoria por sofrimento psicológico. Cabe ao psicólogo a elaboração de um laudo, no qual irá traduzir, com suas habilidades e conhecimento, a natureza dos processos psicológicos sob investigação (Cruz & Maciel, 2005).

Outros campos de atuação

Vitimologia: objetiva a avaliação do comportamento e da personalidade da vítima. Cabe ao psicólogo atuante nessa área traçar o perfil e compreender as reações das vítimas perante a infração penal. A intenção é averiguar se a prática do crime foi estimulada pela atitude da vítima, o que pode denotar uma cumplicidade passiva ou ativa para com o criminoso. Para tanto, a análise é feita desde a ocorrência até as consequências do crime (Brega Filho, 2004). Além disso, a vitimologia dedica-se também à aplicação de medidas preventivas e à prestação de assistência às vítimas, visando, assim, à reparação de danos causados pelo delito.

Psicologia do testemunho: os psicólogos podem ser solicitados a avaliar a veracidade dos depoimentos de testemunhas e suspeitos, de forma a colaborar com os operadores da justiça. O chamado fenômeno das falsas memórias tem assumido um papel muito importante na área da Psicologia do Testemunho. Hoje, sabe-se que o ser humano é capaz de armazenar e recordar informações que não ocorreram. As falsas memórias podem resultar da repetição de informações consistentes e inconsistentes no depoimento de testemunhas sobre o mesmo evento. É preciso desenvolver pesquisas na área que possam contribuir para a elucidação dos mecanismos responsáveis pelas falsas memórias e, assim, auxiliar o aprimoramento de técnicas para avaliação de testemunhos (Stein, 2000).

Uma área recente e relacionada à Psicologia do Testemunho que vem ganhando espaço é o Depoimento sem Dano, que objetiva proteger psicologicamente crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais e outras infrações penais que deixam graves sequelas no âmbito da estrutura da personalidade. Esse projeto foi criado no Segundo Juizado da Infância e Juventude de Porto Alegre, em razão das dificuldades enfrentadas pela justiça na tomada de depoimentos de crianças e adolescentes (Cezar, 2007).

A fim de atingir tais objetivos, é importante que o técnico entrevistador - assistente social ou psicólogo - possua habilidade em ouvir, demonstre paciência, empatia, disposição para o acolhimento e capacidade de deixar o depoente à vontade durante a audiência. O técnico deve, ainda, conhecer acerca da dinâmica do

abuso e, preferencialmente, possuir experiência em situações de perícia, o que facilita a compreensão e interação de todos os envolvidos no ato judicial (Cezar, 2007). Desta forma, a inserção de uma equipe psicossocial no âmbito da justiça respeita e preserva o estado emocional da vítima, permitindo, assim, um processo menos oneroso e mais justo para o caso.

Considerações Finais

Este artigo buscou apontar o histórico da Psicologia Jurídica, algumas questões referentes à formação acadêmica nessa área e os principais campos de atuação. Diante do exposto, é possível concluir que esse ramo da Psicologia é muito recente, especialmente na área científica. As referências utilizadas para construir esse material reforçam a dificuldade de encontrar textos relacionados ao assunto, especialmente artigos científicos. As deficiências na formação decorrem, em parte, do rápido desenvolvimento das relações entre Psicologia e Direito e o despreparo para lidar com os avanços e as novas áreas de atuação que surgem a cada dia.

Ao analisar os campos de atuação do psicólogo jurídico, percebe-se um predomínio da atuação desses profissionais enquanto avaliadores. A elaboração de psicodiagnósticos, presente desde o surgimento da Psicologia Jurídica, permanece como um forte campo de exercício profissional. Contudo, a demanda por acompanhamentos, orientações familiares, participações em políticas de cidadania, combate à violência, participação em audiências, entre outros, tem crescido enormemente. Esse fato amplia a inserção do psicólogo no âmbito jurídico, ao mesmo tempo em que exige uma constante atualização dos profissionais envolvidos na área. O psicólogo não pode deixar de realizar psicodiagnósticos, âmbito de sua prática privativa. Entretanto, deve estar disposto a enfrentar as novas possibilidades de trabalho que vêm surgindo, ampliando seus horizontes para novos desafios que se apresentam.

Destaca-se ainda a necessidade de ampliar o espaço para discussão acerca da Psicologia Jurídica no ambiente acadêmico, mediante a criação de disciplinas e promoção de encontros nos quais se busque suprir a

carência existente nos currículos dos cursos de Psicologia. Ademais, é preciso ampliar a área de pesquisa, de forma a produzir obras científicas que contemplem os diferentes campos em que a Psicologia Jurídica tem passado a atuar e contribuir. A partir do momento em que as pesquisas realizadas comprovem a importância do trabalho do psicólogo junto às instituições judiciárias, a inserção e valorização do trabalho deste profissional ficam facilitadas e fortalecidas.

Por fim, destaca-se a necessidade de conhecer determinadas terminologias da área jurídica e a importância de um trabalho interdisciplinar, junto a advogados, juízes, promotores, assistentes sociais e sociólogos. Eis o grande desafio da psicologia jurídica: não ficar limitada aos conhecimentos advindos da ciência psicológica e trocar conhecimentos com ciências afins, buscando redimensionar a compreensão do agir humano, considerando os aspectos legais, afetivos e comportamentais.

Referências

- Albornoz, A. C. G. (2001). Adoção: aspectos psicológicos. *Psico*, 32 (2), 195-206.
- Altoé, S. E. (2001). Atualidade da psicologia jurídica. *Psibrasil Revista de Pesquisadores da Psicologia no Brasil*, 2. Recuperado em agosto 2006, disponível em www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/psicologiarevistasest.html
- Anaf, C. (2000). Formação em psicologia jurídica. In Universidade Presbiteriana Mackenzie (Ed.), *Anais do 3º Congresso Ibero-Americano de Psicologia Jurídica* (pp. 91-93). São Paulo.
- Arantes, E. M. M. (2004). Pensando a psicologia aplicada à justiça. In H. S. Gonçalves & E. P. Brandão. *Psicologia jurídica no Brasil* (pp.15-49). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Balu, T. H. (1984). *The psychologist as expert witness*. New York: John Wiley & Sons.
- Brasil. (1990). Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº 8.069/90. Recuperado em junho, 2007, disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/L8069.htm>
- Brasil. (1984). Lei de Execução Penal. Lei nº 7.210/84. Recuperado em agosto, 2007, disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L7210.htm>
- Brasil. Lei nº 10.792/2003. Recuperado em agosto, 2007, disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.792.htm>
- Brega Filho, V. (2004). A reparação do dano no Direito Penal brasileiro. *Perspectivas. Jus Navegandi*, 318. Recuperado em fevereiro, 2007, disponível em <http://jus2.uol.com.br/Doutrina/texto.asp?id=5242>

- Brito, L. M. T. (2005). Reflexões em torno da psicologia jurídica. In R. M. Cruz, S. K. Maciel & D. C. Ramirez. *O trabalho do psicólogo no campo jurídico* (pp.9-17). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carvalho, S. (2004). O papel da perícia psicológica na execução penal. In H. S. Gonçalves & E. P. Brandão. *Psicologia jurídica no Brasil* (pp.141-155). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Castro, L. R. F. (2005). *Disputa de guarda e visitas: no interesse dos pais ou dos filhos?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cesca, T. (2004). O lugar da psicologia forense na violência intrafamiliar. *Psicologia para América Latina*, 2. Recuperado em junho, 2007, disponível em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2004000200006&lng=pt&nrm=iso
- Cezar, J. A. D. (2007). *Depoimento sem dano: uma alternative para inquirir crianças e adolescents nos processos judiciais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Cruz, R. M., & Maciel, S. K. (2005). Perícia de danos psicológicos em acidentes de trabalho. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 5 (2), 120-129.
- Cunha, J. A. (1993). Fundamentos do psicodiagnóstico. In J. A. Cunha. *Psicodiagnóstico - R*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico - V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Evangelista, R., & Menezes, I. V. (2000). Avaliação do dano psicológico em perícias acidentárias. *Revista IMESC*, 2, 45-50. Recuperado em março, 2007, disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/art2rev2.pdf>
- Fernandes, M. A. (1998). O trabalho do psicólogo junto ao sistema penitenciário: tratamento penal. *Aletheia*, 7, 41-49.
- Garrido, E. M. (1994). Relaciones entre la psicología y la ley. In R. Sobral, R. Arece & A. L. Prieto. *Manual de psicología jurídica*. Barcelona: Paidós.
- Gromth-Marnat, G. (1999). *Handbook of psychological assessment* (3rd ed.) New York: Wiley & Sons.
- Jesus, D. E. (2005). Justiça restaurativa no Brasil. *Jus Navigandi*, 9, 819. Recuperado em agosto, 2007, disponível em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7359>
- Jesus, F. (2001). Breve histórico da psicologia jurídica. In F. Jesus. *Psicologia aplicada à justiça* (pp. 27-30). Goiânia: AB Editora.
- Kolker, T. (2004). A atuação dos psicólogos no sistema penal. In H. S. Gonçalves & E. P. Brandão. *Psicologia jurídica no Brasil* (pp.157-204). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Modena, S. L. (2007). *A importância da avaliação psicológica na definição de inimputabilidade*. Monografia não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Monteiro, W. B. (1999). Da Curatela. In W. B. Monteiro. *Curso de direito civil: direito de família* (Vol. 2, pp.325-335). São Paulo: Saraiva.
- Pavon, F. M. (1997). Etapas históricas de la psicología jurídica. In F. M. Pavon. *Psicología jurídica* (pp.15-21). Quito, Equador: Artes Gráficas CQ.
- Piccinini, W. J. Resenha do livro intitulado Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional (2006). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3) 361-362. Recuperado em agosto, 2007, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300018&lng=en&nrm=iso
- Rovinski, S. L. R. (1998). A perícia psicológica. *Aletheia*, 7, 55-63.
- Rovinski, S. L. R. (2002). La psicología jurídica em Brasil. In J. Urra. *Tratado de psicología forense* (pp.661-665). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Rovinski, S. L. R. (2005). A avaliação do dano psíquico em mulheres vítimas de violência. In S. Shine. *Avaliação psicológica e lei: adoção, vitimização, separação conjugal, dano psíquico e outros temas* (pp.175-189). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sá, A. A. (2007). As avaliações técnicas dos encarcerados. In A. A. Sá. *Criminologia clínica e psicología criminal* (pp.188-208). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Schabbel, C. (2005). Relações familiares na separação conjugal: contribuições da mediação. *Psicologia Teoria e Prática*, 7 (1), 13-20.
- Shine, S. (1998). Contribuições da psicologia para a justiça nas varas de família. *Aletheia*, 7, 93-99.
- Silva, D. M. P. (2006). *Psicología jurídica no processo civil brasileiro*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, M. C. S., & Polanczyk, T. M. V. (1998). Implantação de um núcleo de atendimento à família no judiciário. *Aletheia*, 7, 65-73.
- Silveira, M. V. (2006). O litígio nas separações. In I. M. C. C. Souza. *Casamento uma escuta além do judiciário* (pp.281-290). Florianópolis: VoxLegem.
- Souza, F. J. (1998). O campo de trabalho da psicologia jurídica. *Aletheia*, 7, 5-8.
- Stein, L. M. (2000). Falsas memórias em depoimentos de testemunhas. In *Anais do 3º Congresso Ibero-americano de Psicología Jurídica* (pp.213-216). São Paulo: Universidade Presbiteriana MacKenzie.
- Tabajaski, B., Gaiger, M., & Rodrigues, R. B. (1998). O trabalho do psicólogo no juizado da infância e da juventude de Porto Alegre/RS. *Aletheia*, 7, 9-18.
- Taborda, J. G. V., Chalub, M., & Abdalla-Filho, E. (2004). *Psiquiatria forense*. Porto Alegre: Artmed.
- Weber, L. N. D. (1997). Critérios de seleção de famílias adotivas: em discussão. *Interação*, 1 (1), 123-137.
- Weber, L. N. D. (2004). O psicólogo e as práticas de adoção. In H. S. Gonçalves & E. P. Brandão. *Psicologia jurídica no Brasil* (pp.99-140). Rio de Janeiro: NAU Editora.

Recebido em: 5/11/2007
 Versão final reapresentada em: 7/7/2008
 Aprovado em: 29/9/2008

Análise descritiva do pai da criança com deficiência mental

Descriptive analysis of the father of a mentally disabled child

Nancy Capretz Batista da **SILVA**¹

Ana Lúcia Rossito **AIELLO**¹

Resumo

A interação pai-criança deficiente merece atenção e precisa de mais investigações. Este estudo descreveu características dos pais de crianças com deficiência mental, com idade entre dois e quatro anos, quanto a *stress*, empoderamento (processo pelo qual os familiares obtêm acesso a conhecimentos, habilidades e recursos que os capacitam a ganhar controle positivo de suas vidas, bem como melhorar a qualidade de seus estilos de vida), apoio social e qualidade do ambiente. Treze pais responderam aos seguintes instrumentos: Questionário de Caracterização do Sistema Familiar, Questionário de Recursos e *Stress* na forma resumida, Guia Geral de Transcrição dos Dados de Entrevista, Entrevista de Caracterização do Papel do Pai na Educação da Criança com Deficiência Mental, Escala de Empoderamento da Família, Escala de Senso de Competência Parental e Observação Domiciliar para Medida do Ambiente - Primeira Infância. Os resultados indicaram pais com baixo nível socioeconômico e de escolaridade, papel tradicional, presença de *stress*, autoestima adequada e porcentagens elevadas de empoderamento, além de ambiente domiciliar pobre em estimulação à criança. Os participantes se classificaram como bons pais e figuras importantes na vida das crianças, despendendo muitas horas de interação com elas. Percebe-se a necessidade de estudos com diferentes metodologias e de envolvimento do pai nos serviços profissionais para seus filhos.

Unitermos: Pai. Retardo mental. Relações pai-filho.

Abstract

The interaction between a father and his disabled child deserves attention and needs further investigation. This study described characteristics of the fathers of mentally disabled children, aged between two and four years old, in terms of stress, empowerment, social support and quality of the environment. Thirteen fathers answered the following tools: Characterization of Family System Questionnaire, Questionnaire on Resources and Stress - Short Form, General Guide to Transcription of Interview Data, Interview in respect of the Characterization of the Role of the Father in the Education of the Mentally Disabled Child, Family Empowerment Scale, Parent Sense of Competence Scale and Early Childhood - The Home Observation for Measurement of the Environment. Results pointed to fathers of low socio-economic and educational levels, traditional role, presence of stress, adequate self-esteem and high percentages of empowerment, while the home environment failed to stimulate the child. The participants ranked themselves as good fathers and important figures in the child's life, spending many hours interacting with the child. It can be seen that there is a need for further studies using different methodologies as well as for the father's involvement in professional services for their children.

Uniterms: Father. Mental retardation. Father-child relations.

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Rod. Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676, 13565-905, São Carlos, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: N.C.B. SILVA. E-mail:<nancycbs@gmail.com>.

Agradecimentos: aos profissionais e as famílias das instituições pesquisadas, às contribuições dos professores do DPsi-UFSCar e à Dra. Maria Auxiliadora Dessen, aos pareceristas e ao apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

É possível encontrar na literatura um grande número de referências sobre a interação mãe-criança e o efeito desta sobre o desenvolvimento infantil. Entretanto, estudos mais recentes têm apontado a presença do pai biológico ou de uma figura masculina no meio familiar como um fator fundamental no desenvolvimento das crianças, em resposta às transformações ocorridas nesse meio: “o surgimento de pesquisas sobre os papéis dos homens nas famílias é resultado de várias mudanças sociais que têm influenciado os papéis tradicionais de homens e mulheres na maioria dos países” (Kassotaki, 2002, p.214), como o movimento feminista nas décadas de 1960-1970, o aumento do número de mulheres entrando na força de trabalho e de famílias monoparentais, e a redução no número de filhos em famílias nucleares. Demo (1992) acrescenta ainda a proporção elevada de nascimentos fora de um casamento, adiamento dos planos de casamento e filhos, famílias recasadas e casamentos em que o casal é provedor.

Além disso, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1998, a quantidade de crianças que moravam em casas comandadas por um homem - sem a mulher - praticamente havia triplicado desde 1978, e o índice de pais que reivindicavam a guarda dos filhos havia subido de 5,0% para 25,0% desde 1993 (Caruso, 2002). De 1991 a 2000 houve um aumento de 74,5% no número de homens que cuidavam sozinho dos filhos nos domicílios brasileiros (Gois, 2002). Observa-se, desta forma, uma tendência de homens participarem cada vez mais da vida de seus filhos. Jablonski (1999) sustenta que é natural que tais mudanças sociais venham provocar novas expectativas quanto aos deveres dos homens como pais e quanto a novos padrões atitudinais e comportamentais. Por isso, é importante conhecer a importância do pai, como ele contribui e participa no desenvolvimento dos filhos e no funcionamento familiar.

Em seu estudo sobre família e socialização, Baruffi (2000) propõe que o pai e a mãe possuem tarefas específicas e primordiais no processo de desenvolvimento do indivíduo em direção à independência. O pai seria uma figura importante para o desenvolvimento psicoafetivo dos filhos, indo além do papel de provedor e mantenedor da família para, por meio de seu afeto e de sua atitude, ser referência na construção da perso-

nalidade dos filhos e o primeiro transmissor da autoridade social: “o pai personifica autoridade e segurança, ideais e valores” (Baruffi, 2000, p.4).

Dessen e Braz (2000) apontaram a importância do pai para o funcionamento da família, já que a adaptação ao nascimento de um filho depende da complementaridade de papéis entre os genitores nas interações e nas relações familiares mais amplas, incluindo a divisão de tarefas domésticas; o pai deve suprir as deficiências naturais ocorridas no relacionamento da mãe com o filho. Em seu estudo, o papel de apoio afetivo e psicológico da família foi realizado pelas mães, enquanto os pais mantiveram sua figura associada ao papel de provedor.

Segundo Kane e Garber (2004), as interações pai-criança refletem-se nos sintomas comportamentais e emocionais das crianças. Lamb (1997), já ressaltava que crianças com pais altamente envolvidos apresentam maior competência cognitiva, maior empatia, menor crença sexualmente estereotipada e um maior nível de controle interno.

Engle e Breaux (1998) dizem que, nos Estados Unidos e na Europa, estudos mostraram que homens envolvidos com seus filhos contribuíam positivamente para o desenvolvimento intelectual, social e emocional dos mesmos. Eles exemplificam três das possíveis contribuições de um pai aos filhos: 1) construir uma relação de cuidado e envolver-se por meio de interação, disponibilidade e responsabilidade, pois há evidências de que o contato com o pai acarreta menos problemas de comportamento, mais senso de habilidade para fazer coisas e maior autoestima na criança; 2) tomar a responsabilidade econômica (melhora as condições da criança - uma vez que casas chefiadas por mães são geralmente mais pobres) e mostrar um maior compromisso (por meio da contribuição com uma porcentagem maior do seu salário para gastos com comida etc.); e 3) reduzir as chances de criar um filho fora de uma parceria com a mãe da criança (o que pode reduzir seu vínculo com a criança).

Apesar da importância do pai no desenvolvimento infantil, muitos serviços e atendimentos dirigidos à família têm a mãe e a criança como alvo, sem incluir o pai. Carvalho (2003) demonstrou que a participação dos pais em uma maternidade pareceu desvalorizada: as dificuldades encontradas “têm como pano

de fundo a sua exclusão dos serviços de saúde reprodutiva e pediátrica, em descompasso com o crescente envolvimento dos homens na educação das crianças” (p.396). A autora propõe o fomento da discussão social sobre a paternidade e a inclusão dos homens nos programas de saúde.

Mais especificamente, Lewis e Dessen (1999) apontam para a necessidade de se conhecer as características demográficas das famílias, além do tempo e envolvimento dos pais com suas crianças, pois ainda que pesquisas tenham indicado o crescente envolvimento paterno e as mudanças nos papéis que homens e mulheres exercem como cuidadores em lares onde coabitam ambos os genitores, menos de 2% dos pais compartilham igualmente as tarefas de cuidados com a criança. Cubero e Moreno (1995) apontam a divisão nos papéis de pais de filhos em idade escolar, sendo que as mães interagem com seus filhos com mais frequência em contexto de cuidados, enquanto as interações com o pai ocorrem mais vezes no contexto de jogo.

Sabe-se que o papel do pai no contexto atual é muito complexo. Dessen e Lewis (1998) descrevem quatro tipos de papéis de pai: 1) o pai biológico; 2) alguém que provê a subsistência da criança (pai econômico); 3) um homem (ou homens) que a criança identifica como uma figura de pai (pai social); e 4) alguém que é legalmente identificado como um pai. Um homem pode desempenhar todos esses papéis, embora cada um possa ser desempenhado por diferentes homens. Os papéis que os pais têm adotado podem ser vistos, também, em uma perspectiva cultural e histórica, como: 1) tradicional - no qual as atividades primárias centram-se no trabalho, fazendo-se pouco em relação às atividades de cuidado das crianças; 2) moderno - pais que veem o desenvolvimento bem sucedido da criança como um objetivo importante, especialmente nas áreas de desenvolvimento da identidade do papel sexual, desempenho acadêmico e desenvolvimento moral (ou emergente); estes participam mais igualmente com suas esposas das atividades de cuidados com a criança (Dessen & Lewis, 1998).

Já nas famílias de crianças com deficiência mental, o que se sabe sobre o papel do pai é muito pouco. Os estudos sobre o desenvolvimento dessas crianças ficam centrados na mãe e nas informações dadas por

esta, deixando a figura paterna em segundo plano (Glat, 1996) e, mesmo quando incluem o pai, seu ponto de vista não é estudado (Omote, 1998). Pereira-Silva e Dessen (2003), em estudo sobre crianças com Síndrome de Down e suas interações familiares, concluíram que é de extrema importância a implementação de pesquisas que incluam o pai dessas crianças.

Omote (1996) aponta que os familiares devem ser envolvidos na compreensão das dificuldades e limitações do deficiente e na tarefa de educá-lo. Além disso, eles “apresentam necessidades especiais de atendimento, decorrentes da sua condição de ser mãe, pai, irmão ou irmã de um indivíduo reconhecido e tratado como deficiente” (p.516). Assim, Canho, Neme e Yamada (2006) apontam a necessidade crescente de se compreender a participação do pai nas relações e tarefas familiares, especialmente relacionadas à educação e reabilitação de filhos com necessidades especiais.

Segundo Lamb e Billings (1997), nos últimos vinte anos, muita atenção foi dada ao impacto de uma criança com necessidades especiais no ajuste e satisfação marital de seus pais na perspectiva da mãe. Como resultado, ainda não se sabe quanto e como os pais - homens - gastam seu tempo com suas crianças que têm o desenvolvimento comprometido, ou como seus pensamentos e relações são afetados pelas inabilidades de seus filhos. Assim, outros aspectos importantes em relação à participação e envolvimento paterno na família com crianças especiais não têm sido investigados e, quando investigados, ainda têm sido pouco explorados, e as descobertas têm sido variadas.

De acordo com Bailey, Blasco e Simeonsson (1992), pesquisas têm focado a extensão com a qual o nascimento de uma criança com deficiência causa impacto no pai, a correspondência entre as respostas paternas a esse impacto comparadas às relatadas pelas mães e em que extensão os pais (homens) são envolvidos com suas crianças ou com serviços oferecidos à criança. Às vezes, relata-se que as mães são significativamente mais envolvidas que os pais e, outras vezes, que os pais gastam um tempo significativo com seus filhos deficientes.

Devido às descobertas incongruentes, à falta de pesquisas caracterizando os pais brasileiros de crianças com deficiência mental e ao pouco conhecimento sobre o papel que os pais atuais desempenham na educação

de seus filhos com necessidades especiais, o estudo aqui descrito visou descrever características de pais de crianças com deficiência mental. Pretendeu-se contribuir para o melhor entendimento do contexto ambiental dessas crianças, com o intuito de favorecer o atendimento oferecido a elas e aos seus cuidadores. Visou-se fornecer parâmetros para uma compreensão da contribuição do homem na família e sua visão sobre sua condição de paternidade.

Método

Participantes

Participaram do estudo 13 homens, residentes em uma cidade de porte médio (seis pais) e outra de grande porte (sete pais) do interior paulista. A seleção dos pais obedeceu aos seguintes critérios: ter filhos com deficiência mental estudando em escolas especiais públicas na faixa etária de dois a quatro anos; ser o pai biológico; coabitar com a criança. Entre todos os pais encontrados que atendiam aos critérios, cinco não aceitaram ou não puderam participar do estudo.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: versões traduzidas do Inventário *Early Childhood - The Home Observation for Measurement of the Environment* (EC-HOME) (Caldwell & Bradley, 2001), do Questionário de Recursos e *Stress* na forma resumida (QRS-F) (Friedrich, Greenberg e Crnic, 1983), da Escala de Senso de Competência Parental (PSOC) (Johnston & Mash, 1989), da Escala de Empoderamento da Família (FES) (Koren, De Chillo & Friesen, 1992), uma versão adaptada das partes C e D do Guia Geral de Transcrição dos Dados de Entrevista (Dessen, 2002a), o Questionário de Caracterização do Sistema Familiar (Dessen, 2002b) e um roteiro de Entrevista de Caracterização do Papel do Pai Brasileiro na Educação da Criança com Deficiência Mental, para uma descrição mais completa de variáveis descritas pela literatura como impactantes no papel desempenhado pelo pai ou como importantes para programar intervenções (Andrews, Luckey, Bolden, Whiting-Fickling & Lind, 2004; Dessen, 1985; Guille, 2004; Levandowski & Piccinini, 2002; Sigolo, 2004; Williams & Aiello, 2004).

Tais instrumentos foram utilizados visando descrever a qualidade e a quantidade de estimulação e apoio disponível para o filho no ambiente domiciliar, o impacto da criança com atraso de desenvolvimento ou cronicamente doente nos outros membros da família, a autoestima do pai, o nível de empoderamento da família (processo pelo qual os familiares obtêm acesso a conhecimentos, habilidades e recursos que os capacitam a ganhar controle positivo de suas vidas, bem como melhorar a qualidade de seus estilos de vida) e informações sobre as características demográficas da família (idade, escolaridade, renda), do sistema familiar (divisão do trabalho doméstico e experiências de vida) e da rede social de apoio no nascimento da criança.

As partes C e D do Guia Geral de Transcrição dos Dados de Entrevista (Dessen, 2002a) investigaram a participação e apoio dispensados pelo pai em relação às tarefas domésticas e aos cuidados com os filhos, sentimentos e expectativas quanto à participação do pai na vida familiar e influência dos avós na vida familiar. O roteiro de Entrevista de Caracterização do Papel do Pai Brasileiro na Educação da Criança com Deficiência Mental levantou informações sobre o relacionamento pai/filho, percepções sobre a paternidade, sentimentos e expectativas quanto à participação na vida familiar e como seus pensamentos e relações são afetados pelas incapacidades de seus filhos. Também foram utilizados gravador e fitas cassetes para gravar as entrevistas, autorização das instituições de ensino e um termo de consentimento livre e esclarecido para os pais, que também assinaram uma autorização para gravações.

Procedimentos

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para Experimentos em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (protocolo 033/03) e das instituições envolvidas, as anamneses e prontuários foram consultados, a fim de selecionar as crianças e os pais que obedeciam aos critérios de seleção pré-estabelecidos; estes pais foram contatados, em seguida, para explicação dos métodos e objetivos e obtenção do consentimento livre e esclarecido. O estudo foi realizado na casa do pai e nos locais mais convenientes para ele, como seu local de trabalho, a escola da criança ou a própria universidade.

O primeiro encontro foi realizado na residência da família, com a aplicação do Questionário de Caracterização do Sistema Familiar. Em seguida, foram aplicados os demais instrumentos em várias visitas de, aproximadamente, uma hora. A pesquisadora fazia as questões e anotava as respostas, em razão da dificuldade de leitura e compreensão de alguns pais. Nessas ocasiões, a pesquisadora limitou-se a repetir a questão ou usar palavras mais simples, sem direcionar a resposta do pai. Os pais responderam aos instrumentos em ambiente isolado para que não fossem influenciados em suas respostas, não fossem distraídos e se sentissem mais à vontade.

Com o término da aplicação dos instrumentos, foram realizadas as análises das respostas dos pais seguindo os critérios propostos pelos autores e as correlações dos resultados (FES x PSOC, QRS-F x PSOC, QRS-F x FES, FES x HOME, PSOC x HOME e QRS-F x HOME) pelo coeficiente de correlação de Pearson (nível de significância igual a 0,05). O mesmo critério foi utilizado para correlacionar esses instrumentos com a idade dos pais e o número de horas gastas com o filho, mas não houve correlação significativa. Em seguida, foi feita a correlação entre os instrumentos citados e o nível socioeconômico e de escolaridade dos pais, por comparação da média dos grupos.

Resultados

A maioria das famílias (ou seja, nove) era nuclear. A casa das famílias 7 e 13 ficava no mesmo terreno que a casa dos avós paternos; com a família 6 coabitava a irmã do pai, e com a família 12 coabitavam dois genros e três netos. O pai 12 estava em processo de separação da mãe e coabitava com a criança apenas esporadicamente.

A Tabela 1 traz alguns resultados do Questionário de Caracterização do Sistema Familiar. A média da idade dos pais foi de 34 anos e 9 meses. A renda da família (considerando os auxílios, benefícios e salário da esposa somado ao do pai) foi de até mil reais para nove das treze famílias (o salário-mínimo vigente era de R\$260,00). A família 1, cujo pai estava desempregado, não possuía renda fixa: sobrevivia de trabalhos esporádicos do pai e auxílios de vizinhos e parentes. Em termos de escolaridade, verificou-se que apenas três pais haviam comple-

tado o segundo grau e somente um havia completado o terceiro grau. Os resultados dessa amostra de pais parecem indicar que eles pertenciam a uma camada social desfavorecida e com baixa escolaridade.

A média da idade das crianças foi de 43 meses. Onze delas estavam na instituição há mais de um ano e meio. Entre elas, a maioria (sete) possuía o diagnóstico de Síndrome de Down. Sete crianças participavam de terapias extracurriculares e esta participação nem sempre estava relacionada a um maior nível socioeconômico ou escolaridade mais alta dos pais, mas sim a apoios financeiros recebidos, uma vez que todas as famílias que os recebiam tinham seu filho sendo atendido em, pelo menos, uma atividade.

Quanto às mães, a média de idade foi de 32 anos e 7 meses; apenas quatro contribuíam para a renda familiar e somente quatro completaram o segundo grau. De forma geral, constatou-se que poucas mães trabalhavam fora do lar, parecendo dedicar-se mais aos cuidados do filho e da casa.

As atividades de lazer citadas pelos pais (a maioria de baixa renda) não envolviam gastos, tais como viagens (exceto para a família 4) ou restaurantes (exceto para as famílias 7 e 12). Também se verificou que a maioria das famílias já passou por várias experiências de vida negativa: perda de emprego (famílias 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 11); hospitalização da mãe, pai ou de um filho (famílias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13) e morte de parentes e amigos íntimos (famílias 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12). Além disso, a ocorrência de impacto mais descrita pelas famílias envolvia o filho deficiente: diagnóstico da deficiência da criança (famílias 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12), acidente com mãe enquanto grávida da criança (família 5) e cirurgia da criança (família 13).

De acordo com as partes C e D do Guia Geral de Transcrição dos Dados de Entrevista, as mães realizavam a maioria das tarefas domésticas, incluindo o cuidado da criança (com exceção das famílias 4 e 11). Cinco pais (1, 2, 6, 9 e 10) disseram que ajudavam nas tarefas domésticas quando a mãe solicitava ou estava ausente. Quatro pais (3, 4, 8 e 12) contaram que às vezes realizavam algumas atividades domésticas, sem mencionar pedido da mãe ou necessidade. O pai 13 raramente ou nunca fazia alguma atividade doméstica. Os pais 5, 7 e 11 enumeraram várias atividades domésticas desempenhadas frequentemente (lavar o quintal, estender

Tabela 1. Caracterização dos participantes. São Carlos e Ribeirão Preto (SP), 2003.

Famílias	Pai				Criança				Mãe				
	Idade (anos)	Renda familiar (R\$)	CSE ¹	Escolaridade	Profissão	Idade (meses)	Diagnóstico ²	Entrada na escola	Terapia fora da instituição	Idade (anos)	Contribuição na renda familiar (R\$)	Escolaridade	Profissão
1	32	-	E	1º I	Desempregado	47	RDNPM e hiperatividade	maio/03	-	35	-	1º I	Dona de casa
2	25	800,00	C	1º I	Mecânico	53	Síndrome de Down	ago/99	-	21	-	1º C	Dona de casa
3	35	1 500,00	B2	2º C	Desenhista mecânico	51	Hidrocefalia e autismo	set/01	Fisio/hidroterapia; fonoaudiologia	32	-	2º C	Dona de casa
4	30	6 300,00	A1	3º C	Professor universitário	43	Síndrome de Down	set/99	Terapia ocupacional	39	2 300,00	3º C	Professora universitária
5	32	790,00 ³	C	1º I	Garçom	52	RDNPM	out/01	Fisioterapia	40	-	1º I	Dona de casa
6	51	290,00 ⁴	D	1º I	Desempregado	53	Síndrome de Down	maio/00	Natação	36	-	1º I	Dona de casa
7	26	550,00	C	1º I	Pedreiro	53	Atraso de desenvolvimento	ago/01	-	29	-	1º I	Dona de casa
8	26	640,00 ³	C	1º I	Vendedor	31	Síndrome de Down	fev/01	Fonaudiologia; musicoterapia	27	-	2º C	Dona de casa
9	40	750,00	C	2º C	Entregador	35	Síndrome de Down	jul/00	-	34	50,00	2º C	Manicure
10	37	900,00	C	1º I	Auxiliar de produção	36	RDNPM	jul/00	-	33	300,00	1º I	Diarista
11	66	780,00 ³	C	1º I	Aposentado	37	Atraso pós-acidente	jan/03	Hidroterapia	31	-	1º I	Dona de casa
12	27	1 980,00	B1	1º C	Frentista	33	Síndrome de Down	fev/01	-	44	1 500,00	2º I	Pensionista
13	26	700,00 ⁵	C	2º C	Balconista	32	Síndrome de Down	maio/00	Equoterapia	24	-	2º I	Dona de casa

I: incompleto; C: completo; RDNPM: retardo de desenvolvimento neuropsicomotor.

¹ CSE: Classificação socioeconômica considerando renda da mãe. Fonte: <<http://www.ibope.com.br/social/produtos/aspprc20.htm>>.

² Obtido no prontuário da criança, disponível na instituição de ensino.

³ R\$240,00 referente a benefício da criança.

⁴ R\$240,00 referente a benefício da criança e R\$50,00 do programa federal "Fome Zero".

⁵ R\$120,00 referente a bônus salarial para a criança.

roupas no varal, cozinhar, lavar a louça, lavar o banheiro, lavar a roupa, varrer a casa e limpar os móveis). Quando os pais se responsabilizavam pelo cuidado da criança, suas atividades eram: dar banho, trocar a fralda, dar mamadeira, pôr para dormir, cortar as unhas, dar remédio, pentear os cabelos e dar comida. Os pais 3, 7 e 13 disseram que sempre se responsabilizavam por alguns desses cuidados. Algumas atividades que os pais 3, 4, 5, 6 e 13 relataram realizar com a criança, que não se tratavam de itens de cuidado, foram ler e contar histórias, levar à escola, levar a alguma terapia, brincar, assistir televisão ou filme junto e passear na rua.

Os pais 1, 2, 4 e 9 achavam que a participação paterna na vida familiar era a "participação ideal". Algumas justificativas dos pais foram: não sair e chegar cedo em casa (pai 1) e considerar natural que a mulher, por ficar mais em casa, assumia mais atividades domésticas (pai 4). Questionados sobre como seria uma "participação ideal", os pais responderam: "ficar mais em casa" (pais 3 e 8); "ajudar no que pode" (pais 5 e 13); "trabalhar para dar as coisas" (pais 5 e 7); "não deixar faltar as coisas" (pai 5); "ensinar coisas boas" (pai 6 e 8); "levar na escola" (pai 6); "dar amor"; "ser a cabeça da casa" e "deixar as crianças mais seguras" (pai 8); "ter mais lazer com a família" (pai

10); "dar mais conforto" e "passear mais" (pai 11); "ter mais tempo com a criança" (pai 12) e "dar educação à criança" (pai 13). É interessante notar que os pais incluíram atitudes próprias como participação ideal de um pai.

As ajudas que os avós davam, segundo os pais, eram: financeira (pais 2, 3, 9 e 13); conselhos e atenção (pais 2, 7, 8, 10 e 12); ajuda à mãe quando a criança nasceu (pais 2, 3, 7, 9, 12 e 13); procura de médicos e tratamentos e procura de bibliografias sobre o diagnóstico da criança (pai 4); suporte emocional (pais 4, 7 e 12) e cuidar da criança (pais 7 e 13).

Todos os pais mostraram algum índice indicativo de *stress* pela presença da criança com necessidades especiais (o instrumento permite identificar a ausência de *stress*), conforme medido pelo QRS-F. Contudo, onze dos treze pais apresentaram porcentagem abaixo de 50%, revelando um índice indicativo de *stress* razoavelmente baixo. Os pais 7 e 10 apresentaram um índice superior (61,22%). Os pais com menores índices indicativos de *stress* foram os pais 4 (18,36%) e 9 (20,4%).

De acordo com os dados obtidos na PSOC (Tabela 2), dez dos treze pais apresentaram porcentagem acima de 60, indicando autoestima em relação ao papel de pai um pouco acima da média do instrumento. O pai 11 merece destaque por sua alta pontuação (90,1%), evidenciando uma elevada autoestima como pai. Os

pais 5, 6 e 12 mostraram menor autoestima (59,8%, 52,9% e 57,8%, respectivamente).

Todos os pais avaliaram-se como empoderados, como mostram os resultados da FES (Tabela 2). Oito dos treze pais apresentaram porcentagem acima de 70%; o pai 1 obteve a maior porcentagem (91,1%), enquanto os pais 8 e 10 apresentaram menor empoderamento (47% e 54,7%, respectivamente).

Quanto ao Inventário HOME (Tabela 2), 61,5% dos pais (pais 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 e 11) ficaram no quarto inferior segundo a classificação do instrumento de acordo com a pontuação (até 29), indicando um ambiente domiciliar pobre em estimulação e apoio à criança. Apenas o pai 4 apresentou índices adequados (sua pontuação ficou entre 46 e 55, no quarto superior). Considerando-se que um ambiente ricamente estimulador é aquele cujo índice no HOME está acima de 46 pontos, 12 dos 13 pais (92,3%) não preencheram este requisito, o que é preocupante.

Os pais 8 e 12 não participaram da Entrevista de Caracterização do Papel do Pai Brasileiro na Educação da Criança com Deficiência Mental por problemas pessoais. Quando receberam a notícia sobre a deficiência do filho, 90,9% dos pais disseram terem ficado chocados. Alguns problemas causados pela presença da criança foram: limitações nas próprias realizações,

Tabela 2. Razão e porcentagem dos pais em QRS-F, PSOC, FES e HOME. São Carlos e Ribeirão Preto (SP), 2003.

Pais	QRS-F ¹	PSOC ²	FES ³	HOME ⁴
1	21/49=42,8	87/102=85,2	155/170=91,1	28/55=50,9
2	14/49=28,5	74/102=72,5	135/170=79,4	25/55=45,4
3	20/49=40,8	76/102=74,5	106/170=62,3	23/55=41,8
4	09/49=18,3	87/102=85,2	143/170=84,1	49/55=89,0
5	21/49=42,8	61/102=59,8	119/170=70,0	30/55=54,5
6	18/49=36,7	54/102=52,9	131/170=77,0	31/55=56,3
7	30/49=61,2	69/102=67,6	132/170=77,6	25/55=45,4
8	17/49=34,6	63/102=61,7	093/170=54,7	27/55=49,0
9	10/49=20,4	69/102=67,6	132/170=77,6	29/55=52,7
10	30/49=61,2	63/102=61,7	080/170=47,0	24/55=43,6
11	22/49=44,8	92/102=90,1	104/170=61,1	26/55=47,2
12	16/49=32,6	59/102=57,8	120/170=70,5	36/55=65,4
13	15/49=30,6	70/102=68,6	111/170=65,2	34/55=61,8
Média (%)	38,1	69,7	70,6	54,1

¹ Questionário de Recursos e *Stress* na forma resumida.

² Escala de Senso de Competência Parental.

³ Escala de Empoderamento da Família.

⁴ Escala e Observação Domiciliar para Medida do Ambiente - Primeira Infância.

não saber se a criança estava enxergando ou ouvindo, aumento das preocupações e dúvidas quanto ao futuro. Apenas 27,3% deles tinham contato com deficientes mentais antes do nascimento da criança e procuraram se adaptar por meio de convívio (50%), leituras sobre o assunto (dois deles), conversas sobre o assunto (dois deles), frequentar a instituição de ensino (um pai) e participação em associação de pais com filhos com Síndrome de Down (um pai). Cabe destacar que, apesar do choque, a maioria não se engajou na procura de mais informações.

Nenhum pai se responsabilizava por decisões médicas, escolares e educacionais. Participavam apenas da escolha do médico e da aquisição de medicamentos por meio das informações trazidas pela mãe. A única decisão escolar da qual participaram foi sobre a matrícula da criança na instituição de ensino especial, realizada pela mãe, na maioria das vezes. Nenhum pai participava das decisões sobre o programa educacional oferecido pela instituição ou recebia atendimento educacional ou orientação relacionada à deficiência do filho, exceto aquele que frequentava uma associação. Assim, participavam das práticas educativas conversando com a criança quando ela fazia algo errado e explicando porque era errado e como era o correto.

Apenas para dois pais as inabilidades do filho afetavam suas relações, por causa da dificuldade de comunicação da criança para um e por serem cansativas para o outro. A maioria dos pais passava mais de seis horas por dia em casa e dizia dedicar 100% desse tempo às crianças. Porém, dedicação para eles era a simples proximidade (ex.: "o tempo todo ele tá comigo"[sic]), e não o uso do tempo com o objetivo de dar atenção, brincar, cuidar, dar carinho e estimular o filho.

Nove dos 13 pais relataram comportamentos inadequados da criança (ex. atirar enfeites da casa), mas nenhum conhecia princípios da análise aplicada do comportamento e análise funcional, o que os levava a agir de forma inadequada (ex. reforçando comportamentos inadequados) e inconsistente (ex. ora reforçando, ora punindo o mesmo comportamento), sugerindo a necessidade de intervenções com os pais, por parte de profissionais, para melhorar suas interações e instalar comportamentos socialmente mais adequados nas crianças. Os pais citaram atitudes relacionadas à saúde e estimulação da criança - brincar, oferecer espaço,

estimular, matricular na instituição e conseguir cadeira de rodas, avaliações na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), cirurgia e consultas no Hospital das Clínicas - como comportamentos em prol da criança.

Dez pais se consideraram iguais aos pais sem filhos deficientes. Todos se consideraram bons pais, argumentando que tinham bom relacionamento com a família, ensinavam a ter respeito, não batiam, conversavam, davam atenção, brincavam, não deixavam passar necessidades, eram presentes, saíam juntos, ajudavam a conseguir coisas, participavam, cuidavam e auxiliavam a esposa. Também se julgaram figuras importantes para as crianças, argumentando que faziam bem a elas, acalmavam-nas, eram queridos, davam-lhes apoio, faziam-lhes "coisas", cuidavam, brincavam e aceitavam-nas. No futuro, todos os pais disseram que seu papel seria o de orientar e continuar buscando o melhor para o filho. Além disso, é interessante notar que sete deles relataram espontaneamente expectativas de que seus filhos seriam "normais" no futuro.

Foi encontrada uma correlação negativa moderada de -0,61678 entre HOME e QRS-F (quanto mais estressados eram os pais, pior o ambiente oferecido por eles às crianças e vice-versa). Não foi encontrada relação significativa entre os demais instrumentos. Além disso, quanto maior o nível socioeconômico menor o *stress* do pai, melhor é o ambiente que ele oferece à criança e mais autoestima ele apresenta. Quanto maior o nível escolar, melhor é o ambiente oferecido à criança, maior é a autoestima apresentada pelo pai e menor é o *stress* (Tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre os instrumentos e o nível socioeconômico e de escolaridade dos pais por comparação da média dos grupos. São Carlos e Ribeirão Preto (SP), 2003.

Usuários	Grupos	Stress	Ambiente	Autoestima
Nível Socioeconômico ¹	A1, B1 e B2	15,0	36,0	74,0
	C	19,8	27,5	70,1
	D e E	19,5	29,5	70,5
Nível Educacional ²	3º C	9,0	49,0	87,0
	2º C	15,0	28,7	71,7
	1º C	16,0	36,0	59,0
	1º I	21,6	27,0	70,4

¹Classificação socioeconômica. Fonte: <<http://www.ibope.com.br/social/producao/aspprc20.htm>>.

²Primeiro, segundo e terceiro grau (níveis fundamental, médio e superior); C: Completo; I: Incompleto.

Discussão

Este estudo procurou conhecer características demográficas, bem como o tempo e envolvimento dos pais com seus filhos, uma necessidade apontada por Lewis e Dessen (1999), enfocando o pai da criança portadora de deficiência mental. Do mesmo modo, buscou considerar o pai nas entrevistas, assim como estudar seu ponto de vista, antes omissos segundo Omote (1996, 1998). Procurou-se ainda saber quanto e como os homens gastam seu tempo com suas crianças que têm o desenvolvimento comprometido e como seus pensamentos e relações são afetados pelas inabilidades de seus filhos, uma lacuna apontada por Lamb e Billings (1997).

No geral, essa amostra de pais de crianças com deficiência mental na faixa etária de dois a quatro anos, de escolas especiais públicas, apresentou: 1) nível socioeconômico baixo e pouca escolaridade, fatores considerados de risco para uma paternidade favorecedora do desenvolvimento dos filhos segundo Lamb (1997); 2) pouco *stress* quanto à presença de um filho com deficiência mental; 3) índice indicativo de autoestima em relação ao seu papel de pai acima de 60%; 4) razoável nível de empoderamento para com sua vida familiar; e 5) ambiente domiciliar pobre em estimulação para a criança. É importante lembrar que essas características podem não ser exclusivas dessa amostra de pais de crianças deficientes mentais, sendo necessários mais estudos nessa área.

Nessas famílias, 69,2% das mães não estavam no mercado de trabalho, muitos casais tinham outros filhos, todas as famílias eram consanguíneas e apenas dois homens ficavam em casa. Futuros estudos deveriam investigar se tais resultados são características aplicáveis a todas as famílias de crianças com deficiência. Da mesma forma, a sugestão de Demo (1992) merece investigações. Ele afirma que a união dos pais no mesmo lar com a criança influencia positivamente a relação pai-criança e o bem-estar da criança, pois diminui as chances de falta de supervisão e controle parental, conflitos persistentes entre pais e filhos e violência familiar.

Os resultados do estudo confirmam e expandem aqueles de Lewis e Dessen (1999) em relação a famílias de crianças com desenvolvimento típico: 1) em lares onde coabitam ambos os genitores, menos de 2% dos

pais compartilham igualmente as tarefas de cuidados da criança com as mães; 2) o papel do homem no cuidado do lar e da criança apresentou-se como tradicional, fazendo-se pouco em relação às atividades de cuidar de suas crianças, sendo esta atividade assumida apenas quando havia impedimento por parte da mãe; 3) os pais relataram gastar o pouco tempo que passavam com seus filhos em atividades prazerosas ("brincar" e "ter lazer junto a elas"), mantendo bom relacionamento com seus filhos, fazendo-lhes companhia e procurando atender-lhes os pedidos; 4) relataram ser fonte de apoio emocional e financeiro para as mães. Canho et al. (2006) explicam que diferenças de papéis familiares facilitam ao pai um menor envolvimento na educação da criança, mas que se deve valorizar sua importância no processo de reabilitação de crianças com necessidades especiais.

Ainda é necessário considerar que, em determinados contextos, os movimentos sociais não levam a novos papéis parentais: "há evidências de que pais pertencentes a classes sociais mais desfavorecidas detêm uma visão mais tradicional quanto aos papéis que devem desempenhar" (Jablonski, 1999, p.67), que foi o caso da amostra de pais deste estudo. De fato, o quadro apresentado é de poucas ações concretas na diminuição da sobrecarga feminina dentro do lar, sendo o pai um ajudante das tarefas domésticas e de criação dos filhos, como se pode observar em seus relatos, em consonância com os dados salientados por Jablonski (1999). O autor atribui um descompasso entre as fortes influências socializadoras de atitudes igualitárias e os comportamentos masculinos.

Este estudo mostrou que o tempo que os pais gastam com seus filhos portadores de deficiência pode ser considerado significativo: sete entre 11 pais gastavam mais de seis horas diárias com eles. Contudo, futuros estudos deveriam avaliar o quanto esse tempo realmente é despendido com atenção, brincadeiras, cuidados, carinho e estimulação a essas crianças, pois parece que os pais consideravam o tempo em que estavam próximos às crianças realizando outras tarefas como tempo de dedicação a elas.

Entre as contribuições que Engle e Breaux (1998) destacaram que os homens podem fazer aos filhos, observaram-se algumas nos pais deste estudo: passar parte do seu tempo com a criança, tomar a responsabilidade econômica pela criança e reduzir as chances

de criar um filho fora de uma parceria com a mãe da criança. Porém, Omote (1996) aponta outros fatores a serem considerados especificamente em famílias de indivíduos especiais: o dever de ser envolvido na compreensão das dificuldades e limitações do deficiente, algo que não ocorreu entre muitos pais deste estudo, visto que não estabeleciam contato com profissionais ou com outros pais de crianças com deficiência. É, então, necessário criar vínculos entre pai e profissionais, instituições e famílias de portadores de deficiência mental como meio de adquirir informações relevantes na educação e cuidado de seu filho e estimulá-los a buscar esse vínculo.

Os resultados obtidos sobre lazer com essa amostra de pais parecem confirmar o que Prado (2004) salientou em sua reportagem: a grande maioria dos desempregados (86% dos pesquisados) eliminava primeiramente o lazer (ir ao cinema, futebol, viagens ou restaurantes) quando precisava conter gastos. Embora no estudo aqui descrito apenas dois pais estivessem desempregados, verificou-se que apenas três famílias (4, 7 e 12) se engajaram em atividades de lazer que envolviam gastos (viagens ou restaurantes).

Considerações Finais

Uma limitação do estudo diz respeito à quantidade de pais. Para uma caracterização é um número bastante reduzido, porém representa quase a porcentagem total de pais, de acordo com os critérios de seleção pré-estabelecidos, nas cidades onde o estudo ocorreu. Outro fator que há de se considerar é a adequação dos instrumentos a estes pais. Deles, apenas o Inventário HOME possui validação para a população brasileira. PSOC e FES foram de difícil entendimento para pais de baixo nível escolar. Uma vez que há poucos estudos sobre pais (homens) de crianças com deficiência mental, sugere-se a necessidade de construir instrumentos mais apropriados para brasileiros de diferentes níveis educacionais e socioeconômicos desta população especial, para que se possa fazer sua representação mais fiel.

Embora as escalas sejam as mais utilizadas na literatura, deve-se ressaltar a não utilização de apenas um instrumento para avaliar construtos tão complexos como *stress*, empoderamento, autoestima, ambiente domiciliar, entre outros. Novos estudos deverão aprofundar o conhecimento sobre esses construtos e a sua

relação com a paternidade de crianças com deficiência mental. Também foi possível perceber, na avaliação dos pais com estes instrumentos, a necessidade de aprovação social, destacada pelo alto índice de respostas que retratam pais com autoestima elevada, baixo nível de *stress* e nível alto de empoderamento. O esperado seria que pais empoderados não oferecessem um ambiente domiciliar pobre em estimulação e apoio à criança, pois, se obtêm acesso a conhecimentos, habilidades e recursos que os capacitam a ganhar controle positivo de suas vidas, bem como melhorar a qualidade de seus estilos de vida, deveriam se comprometer mais com a disponibilização de matérias de aprendizagem, estimular o desenvolvimento da linguagem, envolver-se diretamente com a aprendizagem da criança e encorajar a aquisição de habilidades e conhecimento, entre outros. A necessidade de aprovação social, em consonância com a necessidade de rever quanto tempo o pai gasta com seu filho (revertido em atenção, brincadeiras, cuidados, carinho e estimulação) sugere que uma melhor caracterização seria obtida com medidas de observação das interações pai-criança.

Futuros estudos poderiam, ainda, ampliar a caracterização desta população, com pais de crianças, adolescentes e adultos de diferentes idades e de outros tipos de escolas, até mesmo desvinculados de instituições. Também seria plausível, diante da colocação dos pais de que se consideravam iguais aos pais de crianças com desenvolvimento típico, que fossem realizados estudos considerando a introdução de um grupo controle. E, por último, a população de outras regiões do Brasil também deve ser investigada, a fim de se refinar o objetivo aqui almejado.

Referências

- Andrews, A. B., Luckey, I., Bolden, E., Whiting-Fickling, J., & Lind, K. A. (2004). Public perceptions about father involvement. *Journal of Family Issues*, 25 (5), 603- 633.
- Bailey Jr., D. B., Blasco, P. M., & Simeonsson, R. J. (1992). Needs expressed by mothers and fathers of young children with disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 97 (1), 1-10.
- Baruffi, A. M. Z. (2000). *Família e socialização: um estudo das implicações da situação de presença/ausência paterna*, São Paulo. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo.
- Caldwell, B. M., & Bradley, R. H. (2001). *HOME Inventory Administration Manual*. Little Rock: University of Arkansas for Medical Sciences.

- Canho, P. G. M., Neme, C. M. B., & Yamada, M. O. (2006). A vivência do pai no processo de reabilitação da criança com deficiência auditiva. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 23 (3), 261-269.
- Caruso, M. (2002). Pais que são mães. [Edição Especial: dia dos Pais] *Isto é São Paulo*, 1714, 14-18.
- Carvalho, M. L. M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: Dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2), 389-398.
- Cubero, R., & Moreno, M. C. (1995). Relações sociais nos anos escolares: família, escola, companheiros. In C. Coll, J. Palácios & A. Marchesi (Orgs.), *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva* (pp.250-260). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Demo, D. H. (1992). Parent-child relations: assessing recent changes. *Journal of Marriage and the Family*, 54 (1), 104-117.
- Dessen, M. A. (1985). Considerações sobre variáveis envolvidas na interação pais-criança. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 1 (3), 215-226.
- Dessen, M. A. (2002a). *Guia geral de transcrição dos dados de entrevista*. Manuscrito não-publicado, Laboratório de Desenvolvimento Familiar, Universidade de Brasília.
- Dessen, M. A. (2002b). *Questionário de caracterização do sistema familiar*. Manuscrito não-publicado, Laboratório de Desenvolvimento Familiar, Universidade de Brasília.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 221-231.
- Dessen, M. A., & Lewis, C. (1998). Como estudar a "família" e o "pai"? *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 8 (14/15), 105-121.
- Engle, P. L., & Breaux, C. (1998). Father's involvement with children: perspectives from developing countries. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 12 (1), 1-24.
- Friedrich, W. N., Greenberg, M. T., & Crnic, K. (1983). A short-form of the questionnaire on resources and stress. *American Journal of Mental Deficiency*, 88 (1), 41-48.
- Glat, R. (1996). O papel da família na integração do portador de deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2 (4), 111-118.
- Gois, A. (2002). Censo aponta aumento no número de pais solteiros. *Folha de São Paulo*, Caderno Folha Ribeirão, C10.
- Guille, L. (2004). Men who batter and their children: an integrated review. *Agression and Violent Behavior*, 9 (2), 129-163.
- Jablonski, B. (1999). Identidade masculina e o exercício da paternidade: de onde viemos e para onde vamos. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Casal e família: entre a tradição e a transformação* (pp.55-69). Rio de Janeiro: Nau.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parent satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18 (2), 167-175.
- Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24 (3), 339-360.
- Kassotaki, K. M. (2002). Understanding fatherhood in Greece: father's involvement in child care. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 213-219.
- Koren, P. E., De Chillo, N., & Friesen, B. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37 (4), 305-321.
- Lamb, M. E. (1997). Fathers and child development: An introductory overview and guide. In M. E. Lamb (Org.), *The role of the father in child development* (pp.1-18). New York: Wiley.
- Lamb, M. E., & Billings, L. A. L. (1997). Fathers of children with especial needs. In M. E. Lamb (Org.), *The role of the father in child development* (pp.179-190). New York: Wiley.
- Levandowski, D. C., & Piccinini, C. A. (2002). A interação pai-bebê entre pais adolescentes e adultos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 413-424.
- Lewis, C., & Dessen, M. A. (1999). O pai no contexto familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15 (1), 09-16.
- Martins, M. F. D., Costa, J. S. D., Saforcada, E. T., & Cunha, M. D. C. (2004). Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (3), 710-718.
- Omote, S. (1996). Conclusões do grupo de trabalho (GT3): a família do deficiente. In C. Goyos, M. A. Almeida & D. Souza (Orgs.), *Temas em educação especial 3* (pp.516-525). São Carlos: UFSCar.
- Omote, S. (1998). Famílias de deficientes: estudos relatados em dissertações e teses. In M. C. Marquezzine, M. A. Almeida, E. D. O. Tanaka, N. N. R. Mori & E. M. Shimazaki (Orgs.), *Perspectivas multidisciplinares em educação especial* (pp.125-129). Londrina: UEL.
- Pereira-Silva, N. L., & Dessen, M. A. (2003). Crianças com síndrome de Down e suas interações familiares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (3), 503-514.
- Prado, M. (2004). Desempregados de SP andam a pé, não viajam nem compram roupa. *Folha de São Paulo*, Caderno de Dinheiro, B4.
- Sigolo, S. R. R. L. (2004). Favorecendo o desenvolvimento infantil: ênfase nas trocas interativas no contexto familiar. In E. G. Mendes, M. A. Almeida & L. C. A. Williams (Orgs.), *Temas em educação especial: avanços recentes* (pp.189-195). São Carlos: EDUFSCar.
- Williams, L. C. A., & Aiello, A. L. R. (2004). Empoderamento de famílias: o que vem a ser e como medir. In E. G. Mendes, M. A. Almeida & L. C. A. Williams (Orgs.), *Temas em educação especial: avanços recentes* (pp.197-202). São Carlos: EDUFSCar.

Recebido em: 4/5/2007

Versão final reapresentada em: 1/10/2007

Aprovado em: 13/12/2007

O controle da raiva: eficácia do treino cognitivo na doença arterial coronariana¹

Anger control: the effectiveness of cognitive anger control training in coronary artery disease

Marilda Emmanuel Novaes LIPP^{2,3}

Cláudio PINHO⁴

Ana Carolina CASTELLI³

Micheli Gomes dos SANTOS⁵

Angela Tamey FUJITA⁶

Resumo

Este estudo teve por objetivos averiguar se o treino cognitivo de controle da raiva é eficaz na redução da reatividade cardiovascular de pacientes diagnosticados com doença arterial coronariana, avaliar seu impacto na redução da raiva e no nível de *stress* e analisar se há correlação significativa entre a raiva e a magnitude na reatividade cardiovascular em momentos de *stress* experimental. Vinte e nove adultos com doença arterial coronariana participaram da pesquisa. A reatividade cardiovascular foi aferida, antes e após o tratamento em grupo para a raiva, em sessões de *role-play* representando situações de *stress* interpessoal. Resultados mostraram que o tratamento reduziu significativamente os índices de raiva para dentro, raiva estado, raiva traço, expressão, reação e controle da raiva e sintomatologia do *stress*. A magnitude da reatividade da pressão arterial sistólica correlacionou-se com os índices de raiva temperamento. Verificou-se uma redução significativa na reatividade da pressão arterial sistólica na terceira avaliação, realizada seis meses após o treino cognitivo de controle da raiva.

Unitermos: Doença arterial coronariana. Raiva. *Stress*.

Abstract

The objectives of this study were twofold: to test the effectiveness of Cognitive Anger Control Training in the reduction of cardiovascular reactivity during periods of stress in individuals with coronary artery disease, and to investigate the link between levels of anger and the extent of cardiovascular reactivity at times of stress. Twenty-nine adults suffering from coronary artery disease took part in the study. Cardiovascular reactivity was measured both before and after group treatment for anger, in role-play sessions representing situations of interpersonal stress.

▼▼▼▼▼

- ¹ Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Bolsa de Produtividade Processo 301580/2005-7 para M.E.N. LIPP.
- ² Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress. Campinas, SP, Brasil.
- ³ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. John Boyd Dunlop, s/n., Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.E.N. LIPP.
- ⁴ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciência da Vida, Faculdade de Medicina, Disciplina de Cardiologia. Campinas, SP, Brasil.
- ⁵ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress, Bolsista Apoio Técnico: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
- ⁶ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress, Bolsista Iniciação Científica, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

The findings show that the treatment significantly reduced the indices of internal anger, state anger, trait anger, the expression, reaction and control of anger and level of stress. It was also found that systolic blood pressure reactivity had a significant correlation with the indices of temperamental anger and that a significant reduction was seen in systolic blood pressure reactivity in the third evaluation, conducted six months after treatment.

Uniterms: Coronary artery disease. Anger. Stress.

Trabalhos publicados em vários países revelam o interesse de pesquisadores pela busca de variáveis associadas à doença arterial coronariana, tais como: Anand et al. (2008), na Inglaterra; Schwartz et al. (2003), nos Estados Unidos; Alarcón e Ramírez Vallejo (2006), na Colômbia; Benet Rodríguez, Apollinaire Pinnini, Torres Ros e Peraza Pons (2003), na Espanha; Godoy et al. (2007) e Lipp, Frare e Santos (2007), no Brasil. Este interesse advém da compreensão de que a doença cardiovascular é a principal causa de morte no mundo, sendo sozinha responsável por 30% de todas as mortes (World Health Organization, 2007). O fato de que os fatores de risco mais conhecidos explicam apenas aproximadamente dois terços dos casos de Doença Arterial Coronariana (DAC) tem estimulado um interesse cada vez maior pela identificação de uma possível associação entre fatores psicológicos, hipertensão e DAC (Strike & Steptoe, 2004).

Devido ao fato de a hipertensão essencial ser um fator de risco pronunciado para a doença coronariana, o interesse no estudo dos fatores etiopatogênicos envolvidos tem crescido acentuadamente; dentre eles, as possíveis variáveis psicológicas e o *stress* (Dimsdale, 2008; Sparrenberger, Moreira & Caneppele, 2004). Estudos remetem à identificação da raiva como elemento presente na ontogênese da reação do *stress* e da hipertensão arterial (Spielberger & Moscoso, 1996). O *stress* pode, por outro lado, gerar raiva e aumentos da reatividade cardiovascular, como demonstrado por García-León, Reyes del Paso, Robles e Vila (2003), e Lavoie, Miller, Conway e Fleet (2001). Deste modo, é importante enfatizar o caráter recíproco da diáde *stress*-raiva, em que o *stress* prévio pode levar à raiva e a raiva, por outro lado, pode também constituir fonte poderosa de *stress*.

Os resultados de estudos clínicos são consistentes ao descreverem pacientes infartados como sujeitos a altos níveis de raiva (Larkin & Zayfert, 2004). Mittleman et al. (1995), estudando 1 623 pacientes que haviam sofrido infarto até quatro dias antes, mostraram uma alta relação entre episódios de raiva nas últimas

horas e o infarto do miocárdio. Não se conhece pesquisas especificamente objetivando averiguar se o tratamento da raiva e, conseqüentemente, do *stress* emocional, reduz o risco de infarto por meio da diminuição da reatividade cardiovascular, à qual se tem atribuído uma função significativa na neurogenética da hipertensão (Carvalho & Krieger, 2003), das doenças coronarianas (Lovallo & Gerin, 2003) e do acidente vascular cerebral (Gianaros, Jennings, Richard, Derbyshire & Matthews, 2007).

Estudos da reatividade cardiovascular têm sido realizados em vários laboratórios sob controle experimental para averiguar o mecanismo de ação de aumentos pressóricos desencadeados pelo *stress* (Fritz, Nagurney & Helgeson, 2003).

No Brasil, Lipp (2005), em pesquisa com 58 hipertensos, e Lipp, Justo e Melo Gomes (2006), com 80 adultos, mostraram que o hipertenso exhibe aumentos de pressão significativos quando submetido a sessões experimentais de *stress* emocional. Os autores verificaram que variáveis psicológicas, como inassertividade, alexitimia e *stress* emocional são fatores importantes na determinação da magnitude da reatividade cardiovascular que ocorre em contatos sociais estressantes. A utilização de tarefas estressantes no laboratório, onde se mensura a reatividade cardiovascular com o objetivo de generalizar os dados, justifica-se à medida que a literatura apresenta estudos mostrando a adequação desta inferência. Turner et al. (1994) analisaram 31 estudos publicados até 1993 e concluíram que existe evidência corroborando esta generalização. Steptoe, Cropley e Joeke (2000) alertam que esta generalização é mais previsível quando a tarefa estressante no laboratório não ultrapassa a carga de *stress* dos conflitos do dia a dia. As tarefas geradoras de *stress* utilizadas por Lipp et al. (2006) e Lipp et al. (2007) são muito semelhantes ao que se encontra na vida diária. Acredita-se, portanto, que os dados destas pesquisas possam, de fato, ser generalizados para o cotidiano.

Lipp et al. (2006) demonstraram que o *stress* é especialmente tóxico quando a pessoa envolvida na interação estressante possui especificamente dois estilos de expressão de raiva: raiva para fora e raiva para dentro. Ambos os estilos podem ser prejudiciais, já que a pressão arterial sofre aumentos consideráveis em momentos de interações estressantes quando essas pessoas ou expressam a raiva de modo explosivo ou inibem excessivamente a expressão da raiva. Estas afirmações podem inicialmente parecer conflitantes (expressar é ruim e inibir também), mas existem evidências na literatura que corroboram os achados desta pesquisa. Por exemplo, Stoney e Engebretson (1994) enfatizaram que expressar a raiva pode aumentar a pressão arterial, enquanto Spielberger et al. (1985) alegam que deixar de expressar a raiva pode acarretar uma série de problemas de saúde, inclusive a hipertensão.

O estudo de Davidson, MacGregor, Stuh, Dixon e MacLean (2000), com 1 862 participantes adultos, lança luz sobre estes dados aparentemente conflitantes, ao demonstrar que a expressão construtiva da raiva relaciona-se com pressão arterial basal mais baixa, indicando que a expressão adequada da raiva parece ser a forma mais apropriada no que se refere à manutenção fisiológica da pressão arterial.

Gidron, Davidson e Bata (1999) testaram a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental no controle da raiva em pacientes coronarianos e verificaram que o nível de hostilidade foi reduzido, bem como a pressão diastólica, que se manteve mais baixa no acompanhamento realizado dois meses após o término da intervenção.

Com base nos achados de Davidson et al. (2000) e Gidron et al. (1999), levantou-se a hipótese de que um trabalho psicológico junto a pessoas com doenças coronarianas e hostis, com um alto nível de raiva para fora, explosiva, permeada com muita agressividade, e pessoas com nível elevado de raiva para dentro, seria eficaz na redução da reatividade cardiovascular em momentos de *stress*. O estudo aqui descrito se propôs, portanto, averiguar se o Treino Cognitivo de Controle da Raiva (TCCR) é eficaz na redução da reatividade cardiovascular de pacientes diagnosticados com doença arterial coronariana, avaliar seu impacto na redução da raiva e no nível de *stress* e analisar se há correlação significativa entre a raiva e a magnitude na reatividade cardiovascular em momentos de *stress* experimental.

Método

Participantes

Participaram do estudo 29 portadores de DAC (vinte mulheres e nove homens) na faixa etária de 35 a 60 anos, com média de 54 anos. Os critérios de inclusão foram: ser portador de DAC; estar estável e sob controle ambulatorial eficaz; não possuir distúrbio psiquiátrico grave; ter tempo disponível para o tratamento, que envolveu 14 visitas ao laboratório. A seleção final dos participantes ocorreu por meio de entrevista psicológica de pacientes atendidos no setor de cardiologia que foram encaminhados pelos cardiologistas do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP). Cinco participantes foram reavaliados uma terceira vez, seis meses após a finalização do TCCR. Não houve um critério de seleção dos mesmos; eles foram incluídos na testagem por serem os únicos com disponibilidade de tempo para comparecer ao laboratório para nova avaliação. Muitos dos participantes do grupo haviam se mudado da área ou não tinham como se afastar do emprego durante o dia.

Instrumentos

Além do termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (protocolo 397/05), foram utilizados os seguintes instrumentos:

Para coleta de dados psicológicos: foram utilizados o inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI) de Spielberger (1992); o inventário de Sintomas de *Stress* de Adultos (Lipp, 2000); o manual do TCCR e a cartilha elaborada especialmente para a pesquisa com orientações sobre como controlar a raiva.

O TCCR é baseado nos conceitos comportamental-cognitivos e inclui: a) identificar as cognições (pensamentos avaliativos da situação sendo vivenciada) e perceber as sensações físicas e emocionais que antecedem a expressão da raiva; b) utilizar técnicas cognitivo-comportamentais de reestruturação cognitiva e de parada de pensamento; c) usar respiração profunda e relaxamento para redução da excitabilidade fisiológica gerada pela ação energética da raiva; d) usar “ação responsável”, ou seja, emissão de um compor-

tamento que resolva, ou reduza, a situação geradora da raiva, por meio de um comportamento adequado ao evento presente.

Para a coleta de dados fisiológicos: foi utilizado um Monitor de Pressão Arterial (FINAPRESS) (Ohmeda, modelo 2300, Denver, Colorado), que mede a pressão arterial e a frequência cardíaca continuamente, de modo não invasivo, através de *cuff* com um fotopletismógrafo, que é colocado ao redor do dedo médio da mão não dominante do paciente. Ao ser conectado ao computador, fornece a listagem das medidas registradas, com médias de 10 em 10 segundos.

Utilizou-se também uma câmera de vídeo, um gravador e duas fitas contendo as cenas que geram *stress* social. Cada fita inclui sete cenas que, em pesquisas anteriores (Lipp, 2005), foram utilizadas para criarem *stress* social nos participantes. As cenas se referem a situações passíveis de ocorrerem na vida real. Uma fita foi utilizada na avaliação pré-tratamento e a outra no pós-tratamento. Testagens anteriores mostraram que elas são equivalentes no nível de *stress* que eliciam. A ordem de apresentação das fitas foi de bloco randômico, para garantir que a ordem não afetasse o resultado.

O estudo foi realizado no Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do *Stress* (LEPS), Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Quatro psicólogas e quatro cardiologistas colaboraram neste estudo.

Procedimentos

Todos os participantes passaram por avaliações médicas e psicológicas, em dois momentos distintos: no início do estudo e após o tratamento, e uma subamostra de cinco pacientes passou por uma terceira avaliação seis meses após a finalização do TCCR.

Após a primeira avaliação médica e assinatura do termo de consentimento, os voluntários eram entrevistados por uma psicóloga que procedia à coleta dos dados. Subsequentemente era agendada a primeira testagem experimental. Nesta sessão, o participante sentava em uma cadeira confortável e uma assistente de pesquisa colocava o manguito em seu dedo. Nos primeiros dez minutos, o participante permanecia sozinho na sala, enquanto sua pressão era aferida. A

assistente de pesquisa, então, voltava juntamente com outra psicóloga; a primeira fazia os registros no computador e a segunda interagiu com o participante após este ouvir cada descrição das cenas. O participante era livre para responder como desejasse, sem nenhuma interferência sobre como proceder. Depois das cenas de *stress* emocional as assistentes de pesquisa saíram da sala e o participante ficava por mais dez minutos. Após esta sessão, era marcada a data para início do tratamento para a raiva. As sessões terapêuticas foram realizadas em cinco grupos de seis participantes, em média. A pesquisadora principal e uma coterapeuta estavam sempre presentes nas sessões dos grupos, que eram gravadas.

Resultados e Discussão

Método de análise dos dados coletados

Para analisar a evolução das variáveis categóricas entre as duas avaliações foi utilizado o teste de McNemar. Para analisar a evolução das variáveis numéricas medidas uma única vez em cada avaliação foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras relacionadas (*Signed Rank Test*) e, para verificar a evolução da reatividade cardiovascular entre as duas avaliações, considerando as sete cenas (com instrução e resposta) e a linha de base 2, foram calculadas as médias gerais em cada avaliação (15 pontos de medida), assim como as médias das cenas de instrução (7 pontos de medida) e das cenas de resposta (7 pontos de medida), e utilizado o teste de Wilcoxon para amostras relacionadas (*Signed Rank Test*). Para analisar a relação dos vários parâmetros foram calculados os deltas percentuais entre as duas avaliações e utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

Dados sociodemográficos

A amostra foi constituída de 69% de mulheres e 31% de homens. A predominância do gênero feminino deve-se provavelmente ao fato de que o estudo exigia a presença no LEPS de no mínimo 14 vezes, e nem todos os homens podiam se ausentar do trabalho tantas vezes.

A maioria da amostra (61%) tinha idade superior a 49 anos, que é compatível com a faixa etária de prevalência de DAC.

A raiva e suas várias dimensões

Como esperado com base na literatura da área, verificou-se uma alta incidência de raiva, o que confirma a sugestão de Spielberger e Moscoso (1996) de que a raiva é um fator presente na ontogênese da reação do stress e da hipertensão arterial. Confirmaram-se também os dados de Mittleman *et al.* (1995), que encontraram uma alta relação entre episódios de raiva nas últimas horas e o infarto do miocárdio.

O TCCR foi eficaz na promoção de mudança em vários aspectos, conforme revelado pela comparação estatística dos dois momentos (antes e pós-tratamento). Cada dimensão desta variável psicológica foi analisada separadamente (Figura 1).

Raiva traço: a diferença nos índices de raiva traço, entre as duas avaliações, foi significativa. Na primeira, o percentual de pessoas acima da média era 55,17%, e no pós-tratamento passou a ser 34,48% ($S=4,50$; $GL=1$; $p=0,034$). A mudança observada foi interessante, uma vez que o traço de raiva é considerado um aspecto mais estável do que o estado de raiva, o que mostra a eficácia do TCCR.

Reação de raiva: na primeira testagem, 48,28% estavam acima da média e, na segunda, este percentual foi reduzido para 31,03%. Essa diferença é significativa ($S=3,57$; $GL=1$; $p=0,050$).

Expressão de raiva: a diferença entre os dois momentos na expressão de raiva foi significativa ($S=8,33$;

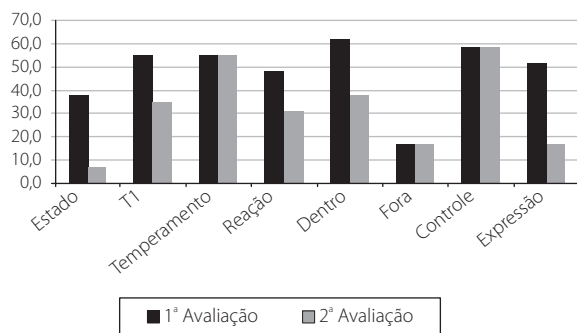


Figura 1. Comparação das várias dimensões da raiva nas duas avaliações.

$GL=1$; $p=0,004$), com 51,72% dos participantes expressando mais raiva no primeiro momento em comparação a 17,24% deles no segundo. Este dado pode ser compreendido considerando-se que se os participantes sentiam menos raiva (demonstrado pela redução no traço e na reação de raiva), era esperado que também a expressassem menos. O TCCR possui duas áreas de atuação: uma na qual a pessoa adquire uma percepção do mundo ao seu redor menos ameaçadora ou conflituosa e, portanto, a raiva surge com menor frequência; a segunda área se refere à expressão adequada da raiva, em situações nas quais ela é desenvolvida. Há que se entender que a expressão da raiva não significa colocá-la para fora de modo agressivo, mas, como o TCCR enfatizou, é importante que a raiva seja expressa, de modo a promover uma solução para o conflito presente.

Raiva para dentro: verificou-se uma diferença significativa entre o índice de pessoas que usavam o recurso de jogar a raiva para dentro antes e após o tratamento da raiva ($S=5,44$; $GL=1$; $p=0,020$). Antes, 62,07% dos participantes lidavam com a raiva colocando-a para dentro. Após o TCCR, este percentual foi reduzido para 37,90%. Pode-se deduzir que, tendo aprendido a lidar melhor com seus sentimentos de raiva, 62% dos participantes não utilizavam mais o recurso de colocar a raiva para dentro em situações estressantes.

Raiva para fora: a porcentagem de pessoas na amostra que colocavam para fora, de algum modo, a raiva que sentiam não mudou nas duas avaliações, ficando em 82,76% ($S=0,00$; $GL=1$; $p=1,000$), como também não mudou o índice de controle da raiva, com 58,62% exercendo um controle acima da média ($S=0,00$; $GL=1$; $p=1,000$). Este dado era esperado, pois o TCCR enfatiza a necessidade de se colocar para fora, de modo construtivo, a raiva que se sente, e não reprimi-la, simplesmente. O controle foi também um aspecto muito enfatizado no tratamento, portanto, o resultado obtido era esperado.

Raiva temperamento: Spielberger (1992) postula que a variável temperamento é a mais estável das dimensões da raiva. Os dados da pesquisa aqui descrita dão suporte a esta afirmação, à medida que não houve diferença alguma nas avaliações antes e após o TCCR ($S=0,00$; $GL=1$; $p=1,000$). Nenhum dos entrevistados mudou neste aspecto, e o percentual deles com raiva

temperamento acima da média permaneceu 55,17% no pós-tratamento. Interessante notar que esta foi a única subescala da raiva que não sofreu qualquer alteração em função do TCCR, mostrando que, embora a pessoa possa aprender a controlar e lidar com a raiva, a tendência a senti-la é forte em algumas pessoas.

Raiva estado: na primeira avaliação, 37,93% encontravam-se com o sentimento de raiva presente. Na segunda avaliação, a porcentagem de pessoas com raiva, no exato momento da entrevista, foi reduzida para 6,90%, o que representa uma diferença significativa ($S=6,23$; $GL=1$; $p=0,013$) entre os dois momentos, reveladora de maior tranquilidade pós-tratamento.

Analisando apenas as dimensões nas quais ocorreram mudanças, chega-se à conclusão de que o mecanismo pelo qual o TCCR funcionou foi primordialmente na redução do surgimento da raiva. Em vez de simplesmente levar os participantes a exercerem controle do seu comportamento raivoso, o TCCR os capacitou para avaliarem o mundo ao seu redor de modo menos provocador. A percepção mais amena dos eventos da vida, acoplada à ideia do uso de ação responsável na resolução dos problemas do viver, é útil para reduzir as ondas de raiva que, muitas vezes, comprometem o convívio na sociedade e prejudicam a saúde, principalmente de pessoas com DAC.

O stress emocional na amostra

Na avaliação pré-tratamento, 82,36% dos participantes tinham sintomas significativos de *stress*, sendo que 44,43% estavam na fase intermediária do *stress* e 37,93% encontravam-se em fase já patológica: a quase exaustão (Figura 2). Este percentual ultrapassa muito a média do estado de São Paulo, que é de aproximadamente 12% na fase de quase exaustão (Lipp, 2008). A maior prevalência de sintomas, tanto na primeira como na segunda avaliação, foi de natureza psicológica, o que indica a importância dos aspectos emocionais no funcionamento dos entrevistados. Na segunda avaliação, o número de participantes na fase avançada do *stress* caiu para 17%, e o número de pessoas sem *stress* significativo aumentou para 51,73%. A diferença foi significativa ($S=7,36$; $GL=1$; $p=0,007$) (Figura 2).

No que se refere à variável psicológica, verificou-se que o tratamento cognitivo-comportamental da

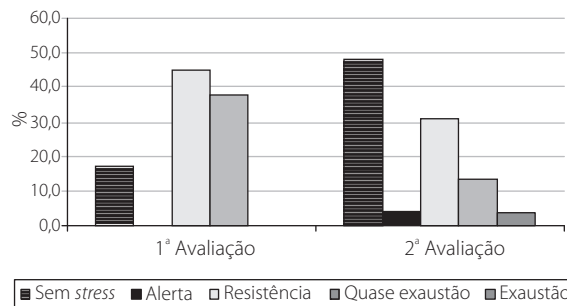


Figura 2. Stress nas duas avaliações.

raiva foi eficaz nas modificações produzidas, tendo havido melhora em como os pacientes reagiam às situações de *stress* interpessoal. A redução no nível de *stress* emocional verificada após o tratamento para a raiva indica a relação entre raiva e *stress*, mostrando que a raiva pode ser considerada um fator precipitante do *stress* emocional, pelo menos entre pacientes portadores de DAC. Estes dados mostram a importância de se averiguar mais completamente a associação entre fatores psicológicos, hipertensão arterial e DAC, conforme sugerido por Strike e Steptoe (2004).

Medidas cardiovasculares: reatividade cardiovascular no pré e pós-tratamento

Embora os participantes tenham mostrado redução da reatividade cardiovascular em alguns momentos da segunda sessão experimental, a diferença entre a primeira e a segunda avaliação não foi significativa (Figura 3 e 4). A estabilidade da medida de reatividade cardiovascular registrada nas duas avaliações pode ter sido o produto de outros fatores psicológicos não identificados no estudo. Por exemplo, um trabalho recém-publicado por Salomon, Clift, Karlsdóttir e Rottenberg (2009) revelou que o estado depressivo de pacientes pode influenciar a reatividade cardiovascular em momentos de *stress* experimental. No estudo aqui relatado a variável depressão não foi avaliada, e poderia estar afetando os resultados no que se refere à reatividade.

Reatividade cardiovascular na terceira avaliação

A avaliação de *follow-up* da subamostra de cinco dos participantes da pesquisa que foram chamados seis

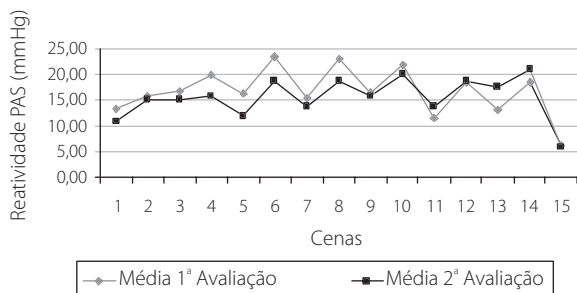


Figura 3. Reatividade da PAS nas duas avaliações em cada momento das sessões experimentais.

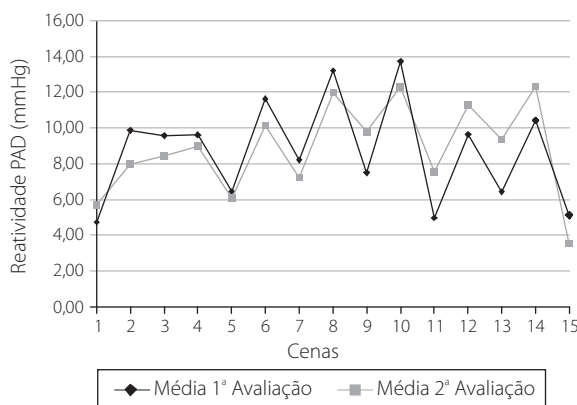


Figura 4. Reatividade da PAD nas duas avaliações em cada momento das sessões.

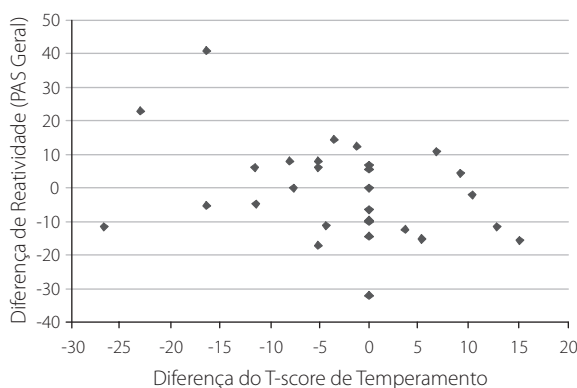


Figura 5. Correlação entre deltas de reatividade da PAS e mudanças nos escores de temperamento da raiva.

meses após a segunda avaliação mostrou que houve uma diferença significativa na reatividade da pressão arterial sistólica entre a segunda avaliação e a terceira, revelando uma redução significativa na pressão arterial

dos participantes na última (Teste de Comparações Múltiplas de Turkey-Kramer, $q=4,823$; $p=0,0037$). Este dado indica que o TCCR continua a ter efeito com o passar do tempo. É possível que a pessoa que passa por este treino necessite de um tempo maior para processar e assimilar o conteúdo do treinamento. Isto explicaria porque não houve mudança significativa na reatividade cardiovascular logo após o TCCR.

Interação raiva x reatividade cardiovascular

Para averiguar a possibilidade da existência de uma correlação entre mudanças nos índices de raiva entre as duas avaliações e a diferença em magnitude da reatividade nas duas sessões experimentais, conduziu-se uma análise de correlação entre deltas/diferenças. Para tal, foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman entre as diferenças, considerando-se cada tipo de indicador de reatividade (PAS, PAD, Pressão Arterial Média - PAM e Frequência Cardíaca - FC) em função da dimensão da raiva avaliada. Os resultados indicaram uma correlação significativa entre a variação da reatividade da PAS geral e o T - escore de temperamento ($r=-0,3705$; $p=0,0454$); ou seja, observou-se uma maior redução da reatividade da PAS geral para os que mostraram menor redução do T - escore de temperamento, conforme pode ser observado na Figura 5. A dimensão raiva temperamento foi apontada pelo autor do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço utilizado neste estudo para mensurar a raiva (Spielberger, 1992) como a mais inflexível das dimensões da raiva - e, de fato, este foi o aspecto que menos revelou mudança com o tratamento. Assim, a associação negativa entre maior redução em reatividade e menor queda do escore da raiva temperamento foi inesperada. Seria interessante que outros estudos investigassem esta descoberta.

Avaliação médica pós-tratamento

Todos os participantes passaram por uma avaliação com um cardiologista após o TCCR, que verificou uma estabilidade do quadro clínico, com manutenção da pressão arterial bem controlada e adesão dos pacientes ao tratamento médico indicado. Os cinco

participantes que constituíram a subamostra chamada para o *follow-up* apresentaram permanência estável da condição cardiológica.

Considerações Finais

Os dados indicaram que o TCCR foi eficaz na mudança de quase todos os aspectos psicológicos estudados, pois reduziu o *stress* e reduziu várias dimensões da raiva de uma amostra de pacientes cardiopatas comprometidos em aspectos emocionais, porém não houve redução significativa da reatividade cardiovascular dos participantes na avaliação fisiológica realizada imediatamente após o tratamento. Houve, no entanto, uma redução significativa da reatividade da pressão arterial sistólica na avaliação realizada no *follow-up* de seis meses. Uma possível explicação é que o prazo de apenas oito semanas de tratamento não seja suficiente para que mudanças ocorram tão rapidamente na reatividade cardiovascular de pacientes já portadores de doenças coronarianas. Esta população pode necessitar de mais tempo para assimilar e praticar as estratégias de enfrentamento da raiva para que os efeitos fisiológicos levem mais tempo para se manifestar.

Os dados permitem concluir que o TCCR apresenta um modelo teórico-prático para o tratamento de pessoas que tipicamente respondem ao mundo com raiva e que têm pouco controle sobre suas emoções, principalmente as portadoras de DAC. Os resultados sugerem novos estudos para definir se um tempo maior de TCCR poderia modificar a reatividade cardiovascular em benefício do paciente. Considerando-se os dados do estudo de Solomon, Clift, Karlsdóttir e Rottinberg (2009), sugere-se também que a influência da depressão na reatividade cardiovascular em momentos de *stress* seja estudada em pacientes com DAC. Recomenda-se que novas avaliações enfatizem mudanças em raiva temperamento, que se mostrou mais resistente ao TCCR. Recomenda-se também que uma nova avaliação de *follow-up* seja realizada com todos os participantes seis meses após o término do TCCR, com o objetivo de verificar se a prática diária das técnicas ensinadas pode influenciar a reatividade durante períodos de *stress* emocional.

Referências

- Alarcón, R., & Ramírez Vallejo, E. (2006). Medicina psicossomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatria* 35 (supl.1), 1-15.
- Anand, S. S., Islam, S., Rosengren, A., Franzosi, M. G., Steyn, K., Yusufali, A. H., et al. (2008) On behalf of the INTERHEART Investigators. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*, 29 (7), 932-940.
- Benet Rodríguez, M., Apollinaire Pinnini, J., Torres Ros, J., & Peraza Pons, S. (2003). Reactividad cardiovascular y factores de riesgos cardiovasculares en individuos normotensos menores de 40 años. *Revista Espanola de Salud Publica*, 77 (1), 577-584.
- Carvalho, M. H. C., & Krieger, E. M. (2003). Conceito de significado da hiper-reatividade vascular. *Programa de Educação Continuada*, 1 (6), 26-30.
- Davidson, K., MacGregor, M. W., Stuhr, J., & Dixon, K. (2000). Constructive anger verbal behavior predicts blood pressure in a population-based sample. *Health Psychology*, 19 (1), 55-64.
- Dimsdale, J. E. (2008). Psychological Stress and Cardiovascular Disease *Journal of the American College of Cardiology*, 51 (13), 1237-46.
- Fritz, H. L., Nagurny, A. J., & Helgeson, V. S. (2003). Social interactions and cardiovascular reactivity during problem disclosure among friends. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (6), 713-725.
- García-León, A., Reyes del Paso, G. A., Robles, H., & Vila, J. (2003). Relative effects of harassment, frustration, and task characteristics on cardiovascular reactivity. *International Journal of Psychophysiology*, 47 (2), 159-173
- Gianaros, P. J., Jennings, J., Richard, S., L. K., Derbyshire, S. W.G., & Matthews, K. A. (2007). Heightened functional neural activation to psychological stress covaries with exaggerated blood pressure reactivity. *Hypertension*, 49 (1), 134-140.
- Gidron, Y., Davidson, K., & Bata, I. (1999). The short-term effects of a hostility-reduction intervention on male coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18 (4), 416-420.
- Godoy, M. F., Lucena, J. M., Miquelin, A. R., Paiva, F. F., Oliveira, D. L. Q., Augustin Junior, J. L., et al. (2007). Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 88 (2), 200-206.
- Larkin, K. T., & Zayfert, C. (2004). Anger management training with mild essential hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 19 (5), 415-433.
- Lavoie, K. L., Miller, S. B., Conway, M., & Fleet, R. P. (2001). Anger, negative emotions, and cardiovascular reactivity during interpersonal conflict in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(3), 503-512.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventario de sintomas de stress para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lipp, M. E. N. (2005). Blood pressure reactivity to social stress in an experimental situation. *Revista de Ciências Médicas*, 14 (4), 317-326.
- Lipp, M. E. N. (2008). A dimensão emocional da qualidade de vida. In Ogata & Marchi (Orgs.), *Wellness* (pp.51-76). São Paulo: Editora Campus.
- Lipp, M. E. N., Frare, A., & Santos, F. U. S. (2007). Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24 (2), 161-167.
- Lipp, M. E. N., Justo, A. P., & Mello Gomes, T. M. (2006). Cardiovascular reactivity: differential effect of expressing and inhibiting emotions during moments of interpersonal stress. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (2), 154-161.
- Lovallo, W. R., & Gerin, W. (2003). Psychophysiological reactivity: mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 65 (1), 36-45.
- Mittleman, M. A., Maclure, M., Sherwood, J. B., Mulry, R. P., Tofler, G. H., Jacobs, S.C., et al. (1995). Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. *Circulation*, 92 (7), 1720-1725.
- Schwartz, A. R., Gerin, W., Davidson, K. W., Pickering, T. G., Brosschot, J. F., Thayer, J. F., et al. (2003). Toward a causal model of cardiovascular responses to stress and the development of cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 65 (1), 22-35.
- Salomon, K., Clift, A., Karlsdóttir, M., & Rottenberg, J. (2009). Major depressive disorder is associated with attenuated cardiovascular reactivity and impaired recovery among those free of cardiovascular disease. *Health Psychology*, 28 (2), 157-165.
- Sparrenberger, F., Moreira, L.B., & Caneppele, M. (2004). Associação entre estresse e hipertensão. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão*, 7 (3), 96-99.
- Spielberger, C. (1992) Inventário de expressão de raiva como estado e raiva. São Paulo: Vector.
- Spielberger, C., Johnson, E. H., Russel, S.F., Crane, R. J. Jacobs, G.A., & Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. In M. A. Chesney & R. A. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (pp. 5-30). New York: Hemisphere.
- Spielberger, C., & Moscoso, M. (1996). Reacciones emocionales del estres: ansiedad y colera. *Avances in Psicologia Clinica Latino-Americana*, 14, 59-81.
- Steptoe A., Cropley, M., & Joekes, K. (2000). Task demands and the pressures of everyday life: associations between cardiovascular reactivity and work blood pressure and heart rate. *Health Psychology*, 19 (1), 46-54.
- Stoney, C. M., & Engebretson, T. O. (1994). Anger and hostility: potential mediators of the gender difference in coronary heart disease. In W. Siegman & T. W. Swmith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 215-237). Hilldale, NJ: Erlbaum.
- Strike, P. C., & Steptoe, A. (2004). Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46 (4), 337-47.
- Turner J. R., Ward, M., Gellman, M., Johnston, D., Light, K., & van Doornen, L. (1994). The relationship between laboratory and ambulatory cardiovascular activity: current evidence and future directions. *Annals of Behavioral Medicine*, 16 (1), 12-23.
- World Health Organization. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Washington: WHO Press.

Recebido em: 2/3/2009
 Versão final reapresentada em: 27/5/2009
 Aprovado em: 29/9/2009

A cultura psicológica no mercado de bens de saúde mental contemporâneo

The psychological culture in the contemporary mental health marketplace

Sílvio José **BENELLI**¹

Resumo

Estudou-se a hipótese da cultura psicológica proposta por Castel em 1987, buscando compreender as atuais transformações no campo social e suas incidências nas áreas da saúde mental (psiquiatria, psicanálise, psicologia). O surgimento de um novo arquipélago psicológico voltado para o desenvolvimento e o aprimoramento do potencial humano visaria a uma programação infinita do ser humano na transição da sociedade disciplinar para uma sociedade de controle. Nesse panorama, a psicologia como profissão estaria superando o tratamento e a prevenção, dirigindo-se para a criação de uma sociabilidade relacional; a filosofia clínica poderia ser considerada uma modalidade terapêutica para pessoas normais, e o eneagrama e a programação neurolinguística seriam sistemas psicoterapêuticos que buscam levar o ser humano a um autodesenvolvimento global. Decifrou-se sua função estratégica quando foram situados no contexto mais amplo da atual forma de gestão dos riscos na administração de populações problemáticas.

Unitermos: Filosofia. Programação neurolinguística. Psicologia social.

Abstract

We studied the hypothesis of psychological culture proposed by Castel, 1987, by seeking to understand the current transformations in the social field and its occurrence in the areas of mental health (Psychiatry, Psychoanalysis, Psychology). The emergence of a new psychological cluster devoted to developing and improving the potential of the human being would aim towards the infinite programming of the human being, in the transition from a disciplinary society to one of control. With this perspective, psychology as a profession would be overcoming treatment and prevention, being redirected towards creating a relational sociability; Clinical Philosophy could be considered a therapeutic mode for normal people, and Enneagram and Neuro-Linguistic Programming as psychotherapeutic systems seeking to guide the human being towards global self-development. We decoded their strategic function, while they were situated in the broader context of the current form of risk management in the administration of problematic populations.

Uniterms: Philosophy. Neuro-Linguistic Programming. Social Psychology.

O fenômeno da psicologização da existência humana

O que pode significar a abundante literatura de autoajuda, esoterismo e práticas alternativas, de

orientação mais psicológica ou mais espiritual, que floresce já há um bom tempo no mercado editorial? Qual é a demanda que essas “tecnologias de si” vêm atender? Como interpretar a presença constante dos profissionais *psi* (psiquiatras, psicólogos, psicanalistas)

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita, Faculdade de Ciências e Letras. Av. D. Antônio, 2100, Parque Universitário, 19806-900, Assis, SP, Brasil. E-mail: <sjbewelli@yahoo.com.br>.

na mídia ditando a pauta da “conduta adequada” para todas as circunstâncias da vida das crianças, dos adolescentes, dos jovens, dos adultos e dos idosos? Como se aceita com naturalidade - inclusive solicitando-se com avidez - essa psicologização prescritiva da existência humana? A que se pode remeter a ausência de uma perspectiva ético-política crítica em profissionais da psicologia quando realizam seu trabalho visando à prevenção ou à promoção de saúde? Como entender a pujança de fenômenos tais como a filosofia clínica, o eneagrama e a programação neurolinguística, bons representantes de novas modalidades e sistemas terapêuticos na atualidade? Neste trabalho acredita-se ser possível encontrar uma possibilidade para a compreensão de tais fenômenos na hipótese da expansão da cultura psicológica proposta por Castel (1987).

O objetivo deste estudo foi problematizar a excessiva psicologização da vida contemporânea, tomando como exemplos característicos desse fenômeno a filosofia clínica, o eneagrama e a programação neurolinguística. Para tanto, estudou-se a hipótese da cultura psicológica proposta por Castel (1987), procurando compreender as atuais transformações no campo social e sua incidência nas áreas da saúde mental (psiquiatria, psicologia e psicanálise), bem como alguns de seus possíveis desdobramentos nas práticas psicológicas atuais.

A metodologia utilizada nesse trabalho de revisão é uma modalidade de análise que se baseia no caso singular, estudado a partir de uma perspectiva dialética (Benelli, 2007; Benelli & Costa-Rosa, 2006; Bock, Gonçalves & Furtado, 2002). É possível justificar uma reflexão e análise dos processos de funcionamento e dos efeitos de um conjunto de tecnologias e sistemas terapêuticos com características semelhantes a partir de casos exemplares, caso se conceba a hipótese de que não se tratam de casos isolados e idiossincráticos, mas, pelo contrário, de casos singulares. Um caso pode ser considerado singular na medida em que encerra as informações essenciais sobre as características básicas do fenômeno que se procura compreender, e sobre os processos que aí se encontram em ação. O estudo da singularidade permite captar as determinações concretas constitutivas de um fenômeno social, pois o conhecimento produzido a partir de determinados exemplares pode se constituir em uma instância defla-

gradora da apreensão e do estudo de mediações que concentram a possibilidade de explicar a realidade concreta.

Há um mercado de bens de saúde mental em franca expansão, com ofertas muito variadas quanto a possibilidades de prevenção e de tratamento - entre elas, a gestalt-terapia, modalidades de aconselhamento psicológico, análise transacional, estratégias de intervenção psicológica e terapêutica em instituições e comunidades, filosofia clínica, eneagrama e programação neurolinguística - que promovem a criação de uma sociabilidade relacional e o surgimento de terapias para pessoas normais que visam ao desenvolvimento e aprimoramento individuais. A leitura de Castel (1987) funcionou como um operador de análise que permitiu articular uma reflexão em torno do conceito de “cultura psicológica” como hipótese explicativa para essa psicologização da existência humana que predomina na atualidade.

Com relação à literatura pertinente, realizaram-se diversas pesquisas em bases de dados nacionais, tais como BVS-PSI, SciELO, Index Psi, Qualis A Nacional, utilizando as palavras-chave do artigo, mas o intuito de atualizar as referências não foi atingido com êxito: poucos foram os trabalhos relevantes e atuais com potencial de enriquecer a investigação aqui descrita. Isso indicou que a temática ainda não foi explorada e devidamente desenvolvida, o que se pretendeu fazer por meio desta pesquisa. A literatura citada, mesmo as obras menos recentes, continuam sendo referência obrigatória e inclusive clássica no caso de publicações relativas ao eneagrama, à filosofia clínica e à programação neurolinguística.

A formação de uma cultura psicológica

Castel (1987) realizou uma análise genealógica das transformações no campo *psi* francês abrangendo as décadas de 1970 a 1980, procurando compreender a atualização do setor psiquiátrico, o esgotamento da psicanálise, a medicalização da saúde mental, a nova política de gestão dos riscos sociais e, por fim, o surgimento de uma nova cultura psicológica, anúncio e advento de uma nova ordem pós-disciplinar. Sua leitura funcionou como um catalisador que permitiu organizar uma série de inquietações em relação a algumas

tecnologias de si na atualidade. A categoria de cultura psicológica é um analisador que possibilita a compreensão de todo um conjunto de novidades terapêuticas e paraterapêuticas observáveis no campo *psi* brasileiro. Entende-se que Castel (1987) realizou uma análise historicamente singular de questões de alcance geral, ao menos no contexto das sociedades ocidentais.

Ferreira Neto (2004) realizou um estudo genealógico sobre a formação do psicólogo brasileiro, mapeando na história recente do Brasil o esgotamento da clínica médica, psicanalítica e psicológica de corte liberal, a emergência e a problematização de movimentos sociais pela psicologia, o surgimento de novas práticas de intervenção e pesquisa psicológica no contexto social e, finalmente, os perigos do mercado neoliberal globalizado para a psicologia. Sua pesquisa apresenta fortes ressonâncias com as análises de Castel (1987), evidenciando a pertinência do diagnóstico por ele realizado.

Castel (1987) considera que se vive no bojo de uma nova cultura psicológica, em um movimento de superação da antipsiquiatria e pós-psicanálise. Atualmente, as técnicas médico-psicológicas já estariam ultrapassando as balizas clássicas do recorte do normal e do patológico, da problemática da prevenção e do tratamento, em direção a um processo de programação de si permanente. O que se visa na cultura psicológica não seria a prevenção nem a cura das disfunções, mas o autodesenvolvimento psicológico interminável do indivíduo. O mundo e a vida passam a ser compreendidos e interpretados como algo psicologicamente administrável e transformável, em um processo de psicologização crescente da totalidade da existência humana. A perspectiva cultural atual localiza e circunscreve na psicologia a plenitude da vocação social dos indivíduos: o objetivo seria então tratar o indivíduo normal e a sociabilidade comum.

Na origem dessa cultura psicológica, Castel (1987) detectou a desestabilização da psicanálise e sua dissolução em uma cultura psicanalítica de massa. A psicanálise teria dado caução teórica e técnica para a psicologia clínica e para outras profissões centradas na relação interpessoal e na ajuda (assistentes sociais, educadores, professores, pedagogos, advogados). Na grande nebulosa do psicológico, “estabeleceu-se um consenso para fazer da criança em relação ao homem,

e da criança em cada homem, a chave de seu destino pessoal e o princípio explicativo essencial de sua história” (Castel, 1987, p.135). Se o fascínio pela psicanálise intensificou um interesse generalizado pela psicologia, transformando o discurso psicanalítico no principal codificador psicológico da existência humana, também retirou da psicanálise sua especificidade, banalizando-a enquanto denominador comum de um meio cultural.

O novo arquipélago psicológico

Novas técnicas e práticas estão constituindo o novo arquipélago psicológico. Elas podem ser agrupadas sob o título de “movimento do potencial humano” ou “psicologia humanista”. Castel (1987) as considera pós-psicanalíticas, pois elas partem da psicanálise, superam-na e conservam algo de seu discurso, mesmo que a neguem. São heterodoxas com relação à psicanálise, e “confluem para propagar uma cultura psicológica que se universaliza, perdendo a memória de suas origens e o cuidado de seus fundamentos teóricos” (Castel, 1987, p.141).

Tal arquipélago seria constituído pela bioenergia (Fadiman & Frager, 2005), a gestalt-terapia (Fadiman & Frager, 2005), pelas diversas modalidades de aconselhamento inspiradas em Carl Rogers (Fadiman & Frager, 2005) e pela análise transacional (Berne, 1974; Harris, 1974; Meininger, 1985). Pode-se acrescentar a essa lista de Castel (1987) uma vasta literatura de autoajuda mais contemporânea, bem como diversas estratégias de intervenção psicológica terapêutica e preventiva junto a instituições e comunidades consideradas em situação de risco social, além da filosofia clínica, do eneagrama e da programação neurolinguística.

A literatura de autoajuda, em suas numerosas variedades, com inovações técnicas mínimas, inventa novos apelos para se colocar no mercado de bens psicológicos à disposição dos consumidores. Caracteriza-se por uma crítica superficial da autoridade, das obrigações e hierarquias; cultiva a espontaneidade, prega a busca insistente da autenticidade pessoal, valoriza a não diretividade e uma convivência grupal informal. O corpo é o suporte e o alvo de sua ação e sua principal estratégia baseia-se em atividades grupais (Silva, 2005). A atividade terapêutica consiste em exercícios de expressão corporal que visam à liberação de cargas energéticas e

emocionais reprimidas ou bloqueadas no corpo (Castel, 1987).

Qual é o objetivo desta plêiade de terapias para pessoas normais? Seria justamente desenvolver o potencial humano inato do indivíduo, buscando a integração da totalidade da pessoa com suas emoções e inteligência, seu corpo e seu espírito, seu pensamento e sua capacidade de ação. Representam a possibilidade de trabalhar o conceito de normalidade, já que o desenvolvimento e o equilíbrio psíquico são teoricamente intermináveis. A normalidade não é um estado definido, mas uma situação na qual sempre se pode intervir, buscando seu desenvolvimento e aprimoramento. “O recurso a uma tecnologia psicológica não tem por único objetivo reparar (curar), nem mesmo manter a saúde (prevenir), mas pode servir para explorar, aprofundar, trazer um acréscimo que não se contentaria em calafetar um disfuncionamento” (Castel, 1987, p.144).

Como a psicanálise ensina que o trabalho sobre si é virtualmente universal, ela acaba criando uma demanda social à qual não pode responder. As novas terapias superam o elitismo que a psicanálise supõe na sua implementação prática (recursos econômicos, culturais e tempo disponível para o tratamento). Elas oferecem um tipo de tratamento que pode ser realizado em fins de semana no campo, em sessões de grupo semanais, durante alguns meses. No decorrer do itinerário terapêutico, propiciam o estabelecimento de novas relações interpessoais, a vivência de aventuras, o surgimento de amizades, de eventuais relacionamentos amorosos e até a possibilidade de se tornar um novo animador e divulgador de uma técnica determinada, encontrando e criando, assim, uma forma de trabalho e de obter rendimentos.

Pode-se falar então de “terapias para os normais” (Castel, 1987, p.145): a normalidade torna-se sintoma. Há uma crítica superficial da vida social enquanto lugar no qual se vivenciam constrangimentos absurdos, exigências desmedidas quanto ao êxito e ao rendimento no trabalho, incompatíveis com a liberdade e a expansão pessoal; vivências nas quais não há naturalidade e espontaneidade nas relações entre as pessoas. Além disso, afirma-se que a pessoa pode ser objeto de um trabalho que lhe permite desenvolver seu potencial e intensificar sua capacidade de se relacionar bem com os demais. Isso seria feito por meio da utilização siste-

mática de técnicas psicológicas diversas: “O acabamento do ser humano torna-se uma tarefa infinita, na qual não se terá nunca acabado de investir” (Castel, 1987, p.145).

Esta nova estratégia de intervenção tem como tarefa tanto atender à doença que produz infelicidade quanto cultivar um desenvolvimento pessoal que promete a felicidade. As abordagens denominadas “humanistas” generalizam a possibilidade de invadir e colonizar rincões da existência privada, da intimidade e da intersubjetividade, que estavam isentos de antigos empreendimentos de racionalização e segmentação; estes, por sua vez, visavam à mensuração e manipulação do indivíduo enquanto estudante, trabalhador ou doente. As abordagens humanistas focalizam o homem em sua totalidade, procurando instrumentalizá-lo globalmente. Conjugam uma crítica social ligeira com uma concepção pragmática da pessoa. Buscam a receita para tornar o homem livre por meio de técnicas, construir sua espontaneidade com atividades programadas e combater sua alienação com uma bateria de exercícios corporais.

As novas abordagens terapêuticas estão batendo na porta das instituições públicas de saúde e podem ser integradas em diversos programas de tratamento, apresentando algumas vantagens: podem ser aplicadas em grupos, alguns de seus resultados são rapidamente percebidos e avaliados, e também conservam algo do significado usual das psicoterapias (Casella, 2004; Silva, 2002). Mas, superando as técnicas de intervenção no campo da patologia, elas avançam e atraem um novo público, propondo uma concepção ampliada da relação terapêutica:

... essas abordagens, aliviando o apetite da psicologia por novas franjas da população, estendem-se à esfera do que se poderia chamar o “paraterapêutico”, quer dizer, esta nebulosa de intervenções que engorda nos limites da patologia e do mal-estar existencial. O sentimento de viver ao lado de sua vida não suscita realmente uma demanda de terapia: não é uma doença, mas sobretudo um conjunto de insatisfações e de frustrações, que recortam ao menos em parte algumas motivações da clientela da psicanálise, mas podem ser, a partir de então, tratados de um modo ao mesmo tempo menos caro, mais democrático, mais flexível e mais selvagem (Castel, 1987, p.149).

Um vasto mercado de bens de saúde mental constitui-se entre os setores clássicos e privados próprios

da neuropsiquiatria e da psicanálise por um lado, e as instituições públicas de saúde mental, que inclui hospitais psiquiátricos e ambulatorios diversos, por outro. Surgem novas demandas e respostas inéditas a elas: as diversas abordagens terapêuticas, paraterapêuticas, inclusive extraterapêuticas, focadas na atenção relacional e também na cura, que estão colonizando setores que sempre foram estranhos para a clínica clássica, tais como a empresa, o comércio e a publicidade. Uma operação eclética está injetando essas tecnologias relacionais em novos setores, pois, como abarcam as fronteiras do normal e do patológico, seria natural encontrá-las onde exista algum tipo de problema relacional. Um discurso que propõe a “formação permanente e contínua”, a “reciclagem” e a atualização permanente no campo do trabalho profissional fomenta sua expansão:

O imperativo que põe para frente essa ideologia do renascimento perpétuo é aprender você mesmo a mudar, quer dizer, a exigência de trabalhar na sua própria disponibilidade e sua flexibilidade relacional, pelo menos tanto quanto seus conhecimentos. Como de fato enfrentar as mudanças tecnológicas e os imperativos da concorrência, se não fazendo do trabalhador um ser sem asperezas e críspação, cujas capacidades são mobilizáveis a qualquer instante? Mas como conseguir isso, se não for perseguindo seus bloqueios e suas resistências, cultivando uma espontaneidade reencontrada, capaz de responder às injunções do presente? (Castel, 1987, p.150).

As novas tecnologias do relacionamento invadem o mundo do trabalho e inclusive alcançam os desempregados, pois, sobretudo para eles, é preciso reciclar-se, melhorar ou inovar suas competências com relação a futuros trabalhos. Os desempregados constituem uma numerosa matéria-prima de uma nova indústria de aprimoramento do capital humano: eles estão em condições ideais para aprender a mudar, pois formam uma força de trabalho completamente disponível, com condições perfeitas de reciclagem. Assim se desenvolve um mercado de promoção do relacional. Essas novas modalidades terapêuticas da normalidade inscrevem-se sem solução de continuidade, no movimento psicologizante mais amplo que, desde o século XIX, desenvolve recursos de uma competência psicológica para o equacionamento de problemas pessoais clínicos, existenciais e organizacionais (empresariais, escolares). Qual seria sua novidade?

A novidade, de fato, é dupla. De um lado, um tal programa pode ultrapassar as piedosas declarações de intenção para se instrumentalizar numa ampla escala, porque dispõe de uma panóplia nova de técnicas. Em segundo e, sobretudo, tomando-se a si mesmo como objeto e fim de uma experimentação psicológica, o homem descobre uma propriedade inesperada do trabalho psicológico, a de criar ela mesma uma forma nova de sociabilidade. A “cultura das relações” empreendida de longa data por meio da psicologia está desembocando numa “cultura relacional” no seio da qual a mobilização psicológica se coloca como um fim em si, que satura todos os valores da existência (Castel, 1987, p.151).

A criação de uma cultura relacional

Um exemplo da construção dessa vida em rede pode ser observado em uma subcultura relacional. Os “grupos de encontro” (Fadiman & Frager, 2005, p. 241-245) são uma estratégia típica para a experimentação e aprendizagem de várias dessas modalidades tecnológicas relacionais. Um grupo pode se encontrar durante vários fins de semana, em uma sessão semanal noturna, durante algumas semanas ou meses sob a condução de um “animador” ou “assessor”. Os participantes, que geralmente não se conhecem, vão livremente e pessoalmente motivados. A atmosfera das reuniões costuma ser informal, colocando entre parênteses as formas comuns de sociabilidade. Há duas regras fundamentais: a aceleração dos contatos e a maximização das emoções, mas a interlocução acontece entre pessoas que são em si mesmas “totalidades realizadas de uma existência na eternidade de um presente sem referências sociais e sem gênese histórica” (Castel, 1987, p.152). A livre expressão emocional leva “a uma encenação da vida social sob a forma de sua histerização, numa grandiloquência, uma desmesuração” (Castel, 1987, p.152) que permite passar imediatamente do paroxismo emocional ao comportamento normal.

Assim, cria-se uma sociabilidade que se basta a si mesma, completa em seu acabamento. Há uma crítica da sociedade enquanto produtora de alienação, repressão e exploração das pessoas, reificadora dos relacionamentos interpessoais, mas não há uma análise desses mecanismos sociais em si mesmos, da efetividade das estruturas de saber e poder que se encarnam nas

instituições e nas classes sociais. A alienação social é reduzida e interpretada no plano da individualidade, tendo apenas implicações pessoais. Deste modo, a liberação só pode ocorrer por meio de estratégias individuais:

Oposição não dialética à sociedade, já que ela se contenta em inverter os sinais da alienação: à negatividade dos constrangimentos se opõe a positividade de uma natureza. Mas, na medida em que a alienação pré-existe, a natureza não vem por acréscimo e é preciso reconstruí-la por técnicas psicológicas, trabalhar no espaço do grupo a imanência da pessoa para dela fazer jorrar o modelo de uma sociabilidade vivível (Castel, 1987, p.153).

O trabalho sobre o eu tem um caráter descontínuo e os indivíduos buscam sempre novas experiências grupais, pois a efervescência grupal torna-se um estilo de vida e um modo de existência. Procuram uma aprendizagem experiencial por imersão e buscam com voracidade o ápice da intensidade emocional. Desenvolvem uma linguagem própria e uma forma típica de entrar em contato que se caracteriza ao mesmo tempo pela intensidade e por uma ausência de implicação, como se tudo se resumisse ao presente, ao aqui e agora. "Intensificação das relações, mas sem o quadro de um comércio inscrito nas estruturas sociais e na história, a cultura psicológica vê-se como um fim em si" (Castel, 1987, p.154).

As novas técnicas dessa cultura psicológica promovem um modo de existência cujo objetivo é o desenvolvimento do próprio potencial psicológico e a intensificação de suas relações com os demais.

Em uma situação na qual a conjuntura histórica revela um esgarçamento dos investimentos sociais, uma degradação em larga escala das estruturas da sociabilidade normal - baseada em afinidades culturais e eletivas, em diferenças estatutárias e em obrigações sociais codificadas - na qual a família e o trabalho, fatores essenciais de integração social, se esfacelam, qual seria o significado das novas tecnologias de si? Observa-se uma não integração social dos indivíduos e a ausência de laços sociais, um temor diante do fim do emprego ou ainda um desinteresse pelo próprio trabalho, além de crise nas perspectivas políticas. A vida já não é vista como pontuada pela sucessão de certo número de papéis sociais significativos, que vão da aprendizagem

à aposentadoria. Há uma perda da credibilidade nessa trajetória e as determinações sociais deixam de ter uma função definidora para o indivíduo. Neste caso, a pessoa "torna-se o itinerário obrigatório de um percurso infinito cujo desenvolvimento de seu próprio potencial é a única lei" (Castel, 1987, p.156). Quando as estruturas de plausibilidade do social e do político se exaurem, o vácuo pode ser ocupado pela cultura psicológica, na qual "a psicologia torna-se o objetivo primário, constituindo uma sociabilidade vazia de qualquer outro conteúdo, a-social-sociabilidade..., que se esgota a desdobrar uma combinatória relacional comportando seu fim em si mesma" (Castel, 1987, p.156).

Uma nova sociabilidade psicologizada

Há uma crítica tradicional da psicologia que tende a denunciar seu papel de mascaramento ideológico das condições materiais e históricas de produção da vida social, psicologizando e promovendo uma interiorização dos conflitos sociais, localizando-os em uma hipotética interioridade psíquica dos indivíduos. Criando um plano psicológico interno ao indivíduo, a psicologia elaborou teorias e técnicas de intervenção para lidar com os problemas afetivos e relacionais das pessoas, denegando as relações sociais capitalistas concretas que impõem determinações para a vida coletiva e individual. Porém Castel (1987) afirma que há um elemento novo na conjuntura contemporânea, pois a psicologia não apenas funciona como uma recodificação ideológica, mas está se constituindo como análoga do social:

... o psicológico está se tornando o social de um mundo sem social. Da mesma forma que, no campo religioso, investe-se todo o poder que o homem não pode desdobrar no mundo real, o psicológico invade e satura novos espaços liberados pelo refluxo do social, faz a vez de social representando o estatuto de uma sociabilidade completa quando os fatores propriamente sociais escapam ao domínio dos atores (Castel, 1987, p.157).

Esta inflação da psicologia deve-se às atuais transformações da estrutura social: a ordem pública, caracterizada por jogos de rituais sociais que organizam a existência social, está sendo substituída por produções exclusivamente do plano subjetivo. A desintegração das estruturas clássicas de coesão social leva os indivíduos

a construir novas formas de sociabilidade. Os novos laboratórios de experimentação social poderiam ser verificados nos diversos tipos de reuniões ou de encontros grupais que são implementados pelas novas tecnologias relacionais, promotoras de pequenas unidades relacionais participativas.

A família estaria em crise e perdendo algumas de suas funções tradicionais de reprodução social e econômica: a transmissão do patrimônio (que foi substituída pela primazia da renda individual), a gestão das alianças (os filhos atualmente possuem círculos sociais autônomos), a promoção social de seus membros (as possibilidades de ascensão social estão cada vez mais restritas). Apenas as famílias tradicionalmente poderosas permanecem organizadas em torno do gerenciamento de seu capital econômico, cultural, social e demográfico. Às famílias de nível médio e baixo restou apenas a administração do seu "capital relacional": as relações e os laços emocionais, os relacionamentos entre seus membros, o casal e seus filhos. Este núcleo sentimental tornou-se o ponto de resistência da estrutura familiar quando da espoliação de suas funções sociais; ela sobrevive agora fundamentalmente como estrutura relacional. Há uma produção de mercadorias psicológicas centradas na sexualidade e na infância, instrumentalizando a sexualidade conjugal e procurando intensificar sua relação afetiva, além de buscar programar uma harmonia educativa improvável em relação às crianças. A família normal seria hoje a maior consumidora de psicologia, buscando nesse artigo luxuoso de perfumaria uma mais-valia de harmonia e de beleza (Castel, 1987; Silva, 2005).

No campo do trabalho, a globalização da economia define os aspectos essenciais do modo de funcionamento das empresas e imperam as leis do mercado, que marcam os limites do negociável:

Que resta então a decidir num organismo de produção, quando o essencial é decidido em outro lugar? Reagenciamentos internos, rearrumações na distribuição das tarefas, melhoras na maneira de as informações circularem na transmissão das ordens, na percepção dos subordinados para o que se lhes pede - e que, de qualquer maneira, eles serão obrigados a fazer (Castel, 1987, p.156).

Para a psicologia fica então a tarefa de promover a regularização das relações no contexto da orga-

nização, gerenciando um conjunto de problemas que podem ser tratados e elaborados no quadro da empresa enquanto uma unidade funcional. Nas empresas, "a promoção do relacional se desenvolve no vácuo deixado pelo deslocamento de um certo número de centros reais de decisão..." (Castel, 1987, p.161). O que essa psicologização das relações de trabalho está produzindo? Ela pode intensificar as capacidades de trabalho dos funcionários e aumentar os lucros da empresa, pode ainda desmontar conflitos sociais. Mas pode, sobretudo, maximizar a exploração, mobilizando todas as energias das pessoas em benefício da empresa, por exemplo, através de "novas técnicas de gerenciamento que consistem em delegar amplas margens de iniciativa e a transformar, na medida do possível, os executantes em decididores" (Castel, 1987, p.161). Haveria aí uma apropriação do modelo da autogestão - um dispositivo altamente revolucionário - e sua aplicação tecnológica assepsiada pelo capital, ou seja, limpa e isenta de todo seu potencial político altamente corrosivo e transformador.

A intenção é superar a mera adaptação do indivíduo ao contexto de trabalho, promovendo uma intensificação de suas potencialidades e visando a uma maior extração de mais-valia. Em um sistema de produção no qual as imposições objetivas da economia encontram-se fora do alcance dos indivíduos, o que é possível trabalhar são suas relações e seu potencial pessoal. Seria isso que as novas tecnologias psicológicas estariam propondo como programa permanente.

As regras do jogo social começam a ser modificadas em função dessa sofisticação estratégica do capital que se apropria e instrumentaliza a psicologia. Pode-se falar de uma sobrecodificação da subjetividade pelas centrais hegemônicas de produção e de distribuição de sentidos no campo social. O capital descobriu a importância do grupo e dos ideários da participação e autogestão para a extração de mais-valia. Há tempos ouvem-se novas palavras de ordem no discurso empresarial: "flexibilidade", "desenvolvimento de competências", "capacidade de adaptação", "desenvolvimento da criatividade", "busca de resultados", "agregar valores", "interdisciplinaridade", "desenvolvimento estratégico", "qualidade total", "capacidade empreendedora". Esse discurso impulsiona a mudança no mundo do trabalho, porém se trata mais de mudar o trabalhador individual do que

propriamente transformar as relações de trabalho. O trabalhador ou o candidato a um emprego passa a representar um “conjunto de disposições pessoais que é convidado ele mesmo a cultivar” (Castel, 1987, p.162).

A psicologização do mundo do trabalho, centrada no gerenciamento das relações interpessoais ou no desenvolvimento de uma cultura relacional, tem elaborado teorias que pretendem ser inovadoras, importando conceitos do campo do esporte, da guerra e da física. Por exemplo, teorias do gerenciamento empresarial criam moda lançando mão de termos tais como “sinergia” e “resiliência” (Barlach, 2005; Pinheiro, 2004), aplicando-os à gestão de pessoas e de negócios. O termo que representa a última novidade do momento aplicado no mundo empresarial é “resiliência”. Trata-se de um conceito pinçado da física que denomina a propriedade de alguns materiais de acumular energia, quando exigidos e estressados, e voltar ao seu estado original sem qualquer deformação. Uma das competências e habilidades individuais exigidas pelo mercado na atualidade é a flexibilidade, a habilidade do elástico ou da vara do salto em altura, que se enverga no limite máximo sem se quebrar, volta com força ao seu estado normal e lança o atleta para cima, por sobre o sarrafo. Os conceitos de sinergia e resiliência prestam-se para os projetos tecnocráticos de “reengenharia” e de “qualidade total”, que se pautam pelas noções de enxugamento de pessoal, recrudescimento da competitividade e da pressão, visando a uma maior exploração da força de trabalho de um número reduzido de funcionários. A ideia básica é cortar despesas, aumentar a produção e a lucratividade. Os funcionários devem, então, se tornar máquinas eficientes, programadas para produzir em sinergia, competir e ser resilientes (Tavares, 2001; Yunes, 2003).

Metáforas brilhantes e encantadoras podem ser utilizadas pelo capital para a promoção da programação de si em busca da eficiência, rendendo lucros cada vez maiores, persuadindo discretamente os trabalhadores a aderirem a esse discurso que prega sua modulação permanente, mas não questiona as condições que o mercado impõe. A programação de si funciona menos por meio de coerção e mais por uma prescrição de comportamentos. A função política desempenhada pela psicologia no contexto da produção está superando a

mera dissimulação ideológica e rumando para a criação de novas realidades sociais. Nas transformações atuais das dimensões públicas e privadas, a psicologia vem sendo dotada de uma realidade autonomizada, pois as opções econômicas, sociais e políticas ficam fora do alcance do indivíduo. Sua subjetividade “livre” só produz objetos derrisórios. “A constituição de uma sociabilidade saturada pelo psicológico cria o último teatro onde se desdobra uma cultura relacional que não pode ter outra finalidade além de sua própria reprodução” (Castel, 1987, p.163).

Na cultura psicológica há uma superdeterminação da subjetividade e da intimidade que remete à cultura do narcisismo proposta por Lasch (1983), mas ela também contempla um projeto de sociabilidade, embora fracassado, que é indicado pela primazia da instância grupal (Silva, 2005) nas novas e variadas tecnologias relacionais. “Não investimento do social e do político de um lado, superinvestimento do psicológico do outro: o lugar da cultura psicológica é no vácuo deixado por essa dialética” (Castel, 1987, p.166).

De acordo com Castel (1987), a emergência da cultura psicológica pode ser mapeada na confluência de vários fatores: a) há uma ampla divulgação de esquemas de interpretação e de técnicas psicológicas cujas origens podem ser mapeadas nas formulações da clínica clássica (medicina, psiquiatria, psicanálise), mas superando as fronteiras do patológico e abarcando a normalidade (aprimorando tecnologias psicológicas da psicopedagogia, da psicologia organizacional e do trabalho, psicologia grupal e comportamental), com caráter terapêutico, paraterapêutico e extraterapêutico, objetivando uma programação permanente do homem; b) as transformações profundas das estruturas sociais promovem uma retomada dessas tecnologias psicológicas em experiências grupais e corporais de trabalho sobre a sociabilidade normal (as intervenções racionalistas da psicologia foram substituídas por técnicas de intervenção sobre o corpo); c) a consolidação de centrais anônimas e hegemônicas de poder econômico, político e simbólico, como detentoras das decisões quanto aos rumos das relações entre a ordem pública e a vida privada - que escapam ao domínio dos atores históricos -, induz nos indivíduos uma intensificação das práticas relacionais, único espaço de manobra que lhes

resta. Haveria um desprendimento completo e progressivo da cultura relacional quanto às suas origens clínicas e aos grupos que as instrumentalizaram, passando a constituir novas formas de sociabilidade: “a análise da cultura psicológica desemboca assim nessa terra de ninguém, onde as fronteiras entre o psicológico e o social se embaralham porque uma sociabilidade programada por técnicas psicológicas e relacionais representa o papel de substituto de um social em crise” (Castel, 1987, p.168).

A gestão dos riscos como forma de administrar populações problemáticas

Ultrapassando os limites classificatórios do normal e do patológico, haveria um movimento na direção de novas tecnologias encarregadas da tarefa de gerenciar faixas da população que representam problemas para os administradores da ordem social vigente. Há não apenas um reforçamento do dispositivo tradicional de intervenção psicológica baseado no tratamento clínico e na prevenção, mas também a emergência de estratégias inéditas que atingem um número muito maior de indivíduos:

A gestão diferencial das populações não se situa na continuidade de sua segregação no seio dos espaços fechados, e difere igualmente do intervencionismo assistencialista dos programas de psiquiatria comunitária. Há igualmente deslocamento dos objetivos perseguidos, já que técnicas de intensificação do funcionamento normal se superpõem, a partir de então, às das que propunham reparar disfunções (modelo clínico) ou evitar que ocorram (modelo preventivo). Orientações igualmente dinâmicas parecem corresponder a intencionalidades divergentes: simultaneidade de uma volta ao objetivismo médico e de uma fuga para a frente na cultura psicológica, por exemplo, ou reforço dos controles centralizados, apoiados pela informática e encorajamentos dados aos movimentos associacionistas para maximizar as responsabilidades da iniciativa particular (Castel, 1987, p.170).

A unidade entre as práticas tradicionalmente encarregadas da cura e da prevenção com as novas tecnologias da intensificação da normalidade residiria na sua complementaridade na consecução de um

objetivo comum: elas se inscrevem em uma estratégia geral de gestão das diferenças, das fragilidades e dos riscos que caracterizam as atuais sociedades neoliberais, pautadas por um modelo naturalizado e reducionista de humanidade, tomada como espécie ou série, como um sistema e uma totalidade administrável. Nesse sentido, em um polo formado pela medicina, pela pesquisa científica e pela administração pública, predominaria o objetivismo científico, visando ao gerenciamento dos disfuncionamentos e riscos mais objetivos - buscando, por exemplo, no código genético e em fenômenos bioquímicos a causa das perturbações psíquicas - ou ainda aplicando a tecnologia da informática na ação sanitária no campo social, lidando apenas com fluxos abstratos de populações. Por outro lado, em um polo mais pragmático, a nova cultura psicológica estaria se encarregando de fragilidades subjetivas (mal-estar e insatisfações diversas), escapando desse reducionismo e caracterizando-se por um humanismo centrado na pessoa, no presente, na procura da autenticidade pessoal, na busca de relações transparentes com os demais: “Mas essa meta se realiza diminuindo a trajetória da pessoa no *hic et nunc* [aqui e agora] da experiência imediata e intensificando a relação a outrem a uma capacidade técnica de comunicar” (Castel, 1987, p.172).

Essa “psicologia humanista” está focada no desenvolvimento do potencial humano em suas dimensões pessoais e relacionais, e procura cultivá-lo visando a uma sociabilidade, um trabalho e um prazer mais satisfatórios. “Lutar contra as alienações torna-se assim uma tarefa programável cujas etapas são mensuráveis, ao longo dessa espécie de percurso do combatente, que é o empreendimento da liberação pessoal” (Castel, 1987, p.172). O modelo de homem que se pretende operacionalizar integra as dimensões da contemplação e da ação, experiências de êxtase e de catarse, com influências de um orientalismo cosmológico que propõe a circulação energética corporal (Fadiman & Frager, 2005). A pessoa é reinterpretada no contexto de um pragmatismo total:

Esse pragmatismo domina hoje o campo das chamadas paraterapias, atingidas pelas insatisfações afetivas ou sexuais, as dificuldades conjugais ou familiares, os problemas da solidão e do mal-estar existencial - o que alguns chamaram “doenças da civilização” e sobre as quais não se sabe muita coisa, salvo que não têm a

ver com a medicina nem com as tecnologias de intervenção mais “científicas”. As novas abordagens correspondem assim a demandas específicas levadas por um público diferente daquele que freqüenta as instituições mais tradicionais e os profissionais mais clássicos. Elas ampliam o círculo daqueles cujos problemas talvez provenham de uma intervenção especializada suavizando a maneira como isso é proposto e dispensado (Castel, 1987, p.173).

O mercado globalizado e o indivíduo programado: a ordem pós-disciplinar

Quais as relações que esse panorama objetivista e científico, personalista e pragmático mantém com o contexto sociopolítico contemporâneo? No plano das políticas de saúde, haveria um recrudescimento de novas formas de controle centralizado, graças aos sistemas informatizados, conjugado com um movimento de descentralização e de municipalização, desenvolvendo nichos de liberdade vigiada, pois os setores locais são chamados a gerenciar por si mesmos as obrigações que lhes são impostas. A organização estrita articula-se com experiências “participativas” circunscritas.

Haveria ainda a conjugação de um setor econômico globalizado altamente competitivo, um mercado anônimo e determinante das regras políticas para as empresas, bancos e estados, um setor estatal que dispensa serviços coletivos e comunitários sofríveis e paliativos e, finalmente, o setor da sociedade civil. Logicamente, a liberdade e o poder decisório do setor civil ficam praticamente comprometidos.

Um pequeno número de executivos toma as decisões políticas nas empresas, sob as diretrizes do mercado internacional. A política empresarial incita os trabalhadores à criatividade, ao desenvolvimento do seu potencial psicológico e relacional, buscando mobilizar sua espontaneidade para ser atuante no cenário imposto. As empresas são as maiores consumidoras dessas novas tecnologias da cultura psicológica. As instituições sociais em geral, e as de saúde em particular, também são atraídas pelo discurso e exigências da competitividade dinâmica.

Uma nova estratégia de poder se desenvolve, superando o poder repressivo: “a incitação a colaborar, de seu lugar e segundo suas necessidades, com a gestão

das imposições no quadro de uma divisão do trabalho entre as instâncias de dominação e as que a ela se sujeitam” (Castel, 1987, p.177). A estratégia consiste em mobilizar voluntariamente os indivíduos submetidos às imposições para que eles mesmos assumam a responsabilidade de regulá-las, reunindo seu potencial pessoal e colocando-o a serviço da tarefa a desempenhar.

O sucesso dessa estratégia depende de uma modificação e redefinição profunda da pessoa, superando antigas tecnologias psicológicas:

A pessoa deve viver a exigência do *hic et nunc* [aqui e agora], saber se fazer acolhedora à eventualidade e ao acontecimento, estar apta a reagir a isso imediatamente. É o perfil psicológico promovido pelos técnicos do “trabalho sobre a normalidade”, através de sua maneira de instrumentalizar a mudança pessoal. A analogia é pelo menos perturbadora entre esse novo *homo psychologicus* [homem psicológico] e a mobilidade requisitada por um ser sem história e sem raízes, capaz desse feito de reconverter ou de se reciclar a cada instante para responder às exigências de não importa qual planificação tecnocrática (Castel, 1987, p.177).

Se a crítica quanto às formas de intervenção médico-psicológicas estava focada na denúncia do caráter repressivo do modelo segregativo e assistencial utilizado para gerenciar o dissenso social, hoje há uma nova modalidade estratégica: não se busca mais apenas reparar ou prevenir disfunções, mas programar a eficiência. “Tal seria a ordem pós-disciplinar que não passaria mais pela imposição dos constrangimentos, mas pela mudança e gerência do fator humano em função das figuras novas sob as quais se apresenta a necessidade social” (Castel, 1987, p.179).

O capital e o mercado globalizado atuam no gerenciamento direto das populações e também investem maciçamente na produção, reprodução e modulação de subjetividades. Há formas produtivas e outras de sujeição, submissão, formatação e controle da subjetividade. A estratégia atual supera a antiga técnica do confinamento, investindo na comunicação instantânea, no controle contínuo e na modulação, promovendo a flexibilidade subjetiva e seu constante ajustamento às demandas mercantis. A lógica empresarial vai colonizando o espaço social de modo capilar e o *marketing* torna-se um operador fundamental de

controle social. Há uma insistência no cuidado com o corpo, na busca de criatividade, inteligência emocional e habilidades, empenho na superação de limitações pessoais e uma supervalorização da flexibilidade. Todos esses procedimentos de produção de subjetividade visam à programação de si em busca da eficiência.

Depois de elaborar o panorama da atual cultura psicológica, apresentam-se à sua luz análises sobre alguns fenômenos inquietantes: um deles está relacionado a estratégias de trabalho psicológico na saúde pública, outros seriam a filosofia clínica, o eneagrama e a programação neurolinguística como novas modalidades e sistemas terapêuticos. Apresentam-se, em seguida, tais tecnologias psicológicas sem a pretensão de fazê-lo de modo exaustivo. Esses casos podem ser compreendidos a partir da categoria da cultura psicológica proposta por Castel (1987). Ela permite entender as condições de possibilidade da emergência, vigência e pertinência desses fenômenos, tornando possível compreender seu modo de funcionamento e quais efeitos podem produzir e reforçar.

Impactos da cultura psicológica no exercício dos profissionais da psicologia

Silva (2002) apresenta uma metodologia para trabalhos de promoção de saúde e cidadania centrada nos conceitos de participação, prevenção e dinâmicas grupais para a aprendizagem de novos papéis sociais, voltadas para jovens e instituições da comunidade tais como escolas e unidades da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM). O objetivo seria uma “educação em valores para a mudança social” (Silva, 2002, p.8). A oficina é a técnica escolhida para a realização dos trabalhos grupais, pois permite uma postura reflexiva e ativa dos participantes, enfatizando o aspecto ativo e lúdico dos encontros, visando à produção de sentidos. O processo dialógico grupal permitiria a vivência de sentidos e a emergência de novas percepções sobre os fatos e acontecimentos, além do exercício do respeito às diferenças. “Os grupos possibilitam aos jovens ressignificar a experiência social e exercitar o respeito a si próprio e ao outro, num movimento dialógico de pensar e agir que permite que assumam e exercitem o papel de cidadãos” (Silva, 2002, p. 9).

A FEBEM propõe ao profissional psicólogo o desenvolvimento de atividades específicas em suas unidades:

O psicólogo deve realizar diagnóstico psicológico do adolescente/família e promover intervenção técnica necessária através do atendimento individual/grupo. Participar de reunião multidisciplinar que vise coletar informações adicionais do adolescente, bem como para integração e aprimoramento do trabalho. Elaborar relatório técnico psicológico em conjunto com o relatório técnico social e pedagógico para encaminhar ao Poder Judiciário. Discutir os casos com os profissionais do sistema de justiça quando necessário, bem como participar das audiências (FEBEM, 2006, p.13).

Em seus projetos socioeducativos, a FEBEM propõe que os adolescentes internados sejam atendidos por profissionais das áreas de pedagogia, psicologia e serviço social por meio de um atendimento sistemático e personalizado, levando o jovem a refletir sobre a infração por ele cometida. Esses profissionais têm como função corrigir, educar, modificar o comportamento e a conduta do adolescente infrator.

Casella (2004, p.14), ao tratar das estratégias de trabalho em psicologia institucional na saúde mental, no âmbito da saúde pública, afirma que nesse campo o psicólogo tem que trabalhar “na realidade de uma demanda inviável, no cerco dos entraves burocráticos e econômicos, que tantos profissionais paralisam”, situação opressiva que tende a transformar profissionais idealistas em “funcionários públicos”, no sentido pejorativo do termo.

O psicólogo é considerado um especialista em relacionamentos interpessoais. Casella (2004) é pragmática quanto à forma como ele deve lidar com a instituição: deve tratá-la do mesmo modo que faz com a clientela, partindo de uma postura técnica profissional relativamente imparcial, adaptando-se à sua estrutura de funcionamento e procurando atender à sua demanda de trabalho a partir da construção de um espaço de atuação. Não se coloca nenhuma questão crítica com relação à instituição quanto à sua função social e seus objetivos; seu contexto sócio-histórico e eventuais aporias não são problematizados. Os paradoxos institucionais devem ser encarados e enfrentados apenas na perspectiva profissional tradicional, focada no

trabalho sobre os relacionamentos e as emoções individuais.

Nesses exemplos não se questiona a implicação ética do psicólogo quanto à psicologização da realidade existencial das camadas mais empobrecidas da população: há um constante deslizamento do plano da produção da vida material, marcada por relações antagônicas de exploração e exclusão que vigem entre o capital e o trabalho - portanto, do plano sociopolítico - para o campo da interioridade psicológica dos indivíduos. Eles continuarão em sua pobreza, pois não está nas mãos do psicólogo modificar isso, mas pelo menos estarão mais calmos, integrados, e seus relacionamentos serão mais gratificantes e realizadores.

Deste modo, não é difícil perceber que os recursos psicológicos teriam como função dissimular as reais contradições da vida social, escamoteando interesses mais amplos. A psicologia pode dissolver conflitos de classe por meio de técnicas terapêuticas e pode, assim, evitar que se coloquem em xeque os sistemas institucionais estabelecidos: é mais barato tratar crianças problemáticas e emocionalmente desajustadas do que transformar as estruturas sociais geradoras de tais indivíduos. Assim, a psicopedagogia apresenta-se como uma construção de respostas psicológicas aos problemas decorrentes das exigências do sistema escolar, e a psicologia organizacional visa ao equacionamento psicológico que o fator humano impõe para as exigências de produção das empresas.

Nessa perspectiva, qual seria a área de trabalho do psicólogo na saúde mental pública? Ele se ocupa da dimensão psicológica dos indivíduos que buscam por atendimento. A nebulosa do campo psicológico inclui, entre outros elementos, os sentimentos, as emoções, o comportamento e a capacidade racional do usuário. Os usuários dos serviços públicos de saúde são membros das camadas mais pobres da população. Junto ao baixo nível econômico vem a restrição do plano sociocultural e também a prioridade da sobrevivência.

O que o psicólogo pode fazer diante da inviabilidade de um trabalho clínico tradicional de "consultório"? As indicações de Casella (2004) revelam um forte ecletismo pragmático: ele deve lançar mão de uma ampla gama de recursos, estratégias e técnicas de trabalho psicológico: precisa utilizar reuniões grupais para orientação e motivação da clientela, fazer um "so-

ciodiagnóstico" (avaliação geral do cliente: nível intelectual, classificação da estrutura da personalidade, situação pessoal e familiar atual, descrição pormenorizada da sintomatologia), mais do que um psicodiagnóstico tradicional. A triagem da demanda inicial lhe permitirá implementar diversas modalidades terapêuticas: grupos de orientação para mães, gestantes, familiares de alcoólatras, toxicômanos, delinquentes e doentes mentais; grupos de espera (com aconselhamento) para o trabalho terapêutico; supervisão da formação de grupos de aprendizagem diversos na comunidade; grupos de orientação em dias e horários viáveis para a comunidade; palestras sobre temas específicos e cursos de férias para outros profissionais da comunidade. Em suas orientações, a autora propõe ainda a utilização de técnicas psicodramáticas em grupos terapêuticos infantis e o uso da análise transacional em grupos de orientação com mães. Assim, é possível transferir os conflitos para o plano simbólico e torná-los conscientes para os indivíduos afetados, promovendo sua elaboração e catarse, modificando os comportamentos.

Por exemplo, o que faz uma equipe de prevenção implantada num quarteirão de imigrantes? Mudar as condições de moradia, encontrar trabalho para os adolescentes, modificar os reflexos racistas da população exterior? Os trabalhadores sociais estão bem colocados para saber que essas possibilidades de uma intervenção diretamente social ou política, estão na maioria do tempo fora dos limites de seu mandato. Então tecem redes de relações, tornam possíveis ligações afetivas, estruturam empregos temporários em torno de atividades que têm por fim intensificar encontros, despertar interesses, saturar desejos no quadro de uma sociabilidade construída por sua própria estratégia. Seu trabalho liga-se menos à possibilidade de agir sobre causas objetivas do que a sua capacidade de produzir um espaço de sociabilidade diferente das condições nas quais vive sua clientela (Castel, 1987, p.167).

Quando as dimensões sociais, políticas e econômicas que são determinantes das condições existenciais pessoais escapam completamente a qualquer possibilidade de intervenção e transformação, resta ao profissional da psicologia o trabalho de gerenciar e administrar o plano das relações interpessoais, enfocando o relacionamento humano, procurando melhorá-lo ou

desenvolvê-lo e buscando superar seus bloqueios e traumas. Se transformar a realidade sociopolítica é inviável, porque o social já não existe mais (Silva, 2005), resta a criação do psicológico como espaço pessoal (interioridade psicológica) e interpessoal (relacionamento grupal baseado em técnicas psicológicas).

A inserção de muitos profissionais nos serviços de saúde públicos não supera a mera dimensão assistencial e adaptativa, propondo um ecletismo teórico-técnico na implementação de sessões grupais, de aconselhamento e oficinas. Essa “flexibilização” da clínica clássica nos serviços públicos e comunitários de saúde mantém sua função de normalização e controle social, produzindo subjetividades submetidas. O mercado globalizado busca capturar as práticas psicológicas emergentes e intensificar sua dispersão, colocando-as a seu serviço enquanto tecnologias para transformar as pessoas, inclusive induzindo a formação dos profissionais do campo “psi” a um tecnicismo acrítico (Ferreira Neto, 2004).

Silva (2002) e Casella (2004) parecem exemplares quanto a um certo discurso teórico-técnico bastante presente na formação dos profissionais da psicologia: o tratamento e a prevenção focados em um cuidado exclusivo com o plano relacional e emocional dos indivíduos, escamoteando o plano sociopolítico. Nessa perspectiva, o objeto da psicologia supõe o psiquismo como dotado de uma essência não histórica e invariável, próprio de uma natureza humana dada desde sempre e portadora de um eu profundo. Então, a psicologia estaria funcionando como uma tática para desmontar conflitos sociais e, ainda, por acréscimo, produzindo uma nova sociabilidade relacional. Nesse mesmo sentido, também é possível interpretar a presença constante do psicólogo na mídia prescrevendo a pauta de conduta adequada no âmbito das relações interpessoais para as diversas faixas etárias.

A filosofia clínica

A filosofia clínica (Aiub, 2004, 2005; Packter, 2001; Paulo, 1999, 2001), criada no Brasil pelo filósofo gaúcho Lúcio Packter, parece um caso exemplar de uma nova modalidade terapêutica para normais. Seria possível entender sua emergência no contexto da expansão da cultura psicológica proposta por Castel (1987) na realidade social brasileira.

Trata-se da filosofia acadêmica direcionada à clínica, realizada por filósofos graduados em faculdades de filosofia. Profissionais de outras áreas também podem cursar a filosofia clínica como uma pós-graduação e utilizar seus ensinamentos, em caráter introdutório, em suas áreas de atuação. Atualmente essa modalidade terapêutica abrange professores, especialistas, mestres e doutores em diversas cidades brasileiras. Possui página na internet, com muitas e variadas informações sobre o que é a filosofia clínica, como se organiza o Instituto Packter, as etapas e processos de formação dos terapeutas, bem como material para leitura, tais como artigos e bibliografia. De acordo com Packter (2001) a filosofia clínica utiliza teorias e autores da própria filosofia, não emprega tipologia nem critérios médicos ou medicamentos e drogas; procura localizar existencialmente a pessoa mediante os exames das categorias; o tratamento clínico tende a se efetivar entre 6 e 10 meses, com atendimentos máximos de dois encontros semanais de 50 minutos.

Como se forma um filósofo clínico? Depois de obter a graduação em filosofia em um curso reconhecido pelo Ministério da Educação, o interessado em se tornar filósofo clínico deve realizar um curso de especialização em filosofia clínica, que inclui as seguintes atividades: um mínimo de 24 meses de aulas com um filósofo clínico formado e estudar 18 apostilas do curso, chamadas de “Cadernos”, identificados por letras: do Caderno “A” até o Caderno “R”. Os alunos estudam os cadernos em casa; as aulas são práticas. Depois o aluno passa por um pré-estágio com um filósofo clínico instrutor, a contar do segundo ou terceiro mês de aulas.

Nesse pré-estágio, o filósofo clínico realiza os exames categoriais com o aluno. Este passa a frequentar aulas de argila, escultura, pintura, línguas, palestras, grupos de pesquisas de “submodos”, estudos de filmes e atividades de caráter facultativo. Após o nono mês de aula, o aluno pode iniciar seu estágio supervisionado e vai clinicar um colega de aula e ser clinicado por outro; não há necessidade de se fazer isso dentro da mesma turma de aula. Tanto o pré-estágio quanto o estágio são documentados por gravações e transcrições; ao término dos trabalhos, esse material retorna invariavelmente ao cliente. Se o instrutor considerar que o aluno está apto a clinicar, este é autorizado a atender um ou dois clientes, além do estágio que está sendo feito. Contudo, esses

atendimentos são obrigatoriamente supervisionados pelo filósofo clínico responsável.

Ao término das aulas e dos estágios, levando em conta a convivência com o grupo e com o instrutor, o aluno recebe o certificado "A" (apto à clínica e à pesquisa) ou o certificado "B" (apto somente à pesquisa, não à clínica). Então, o filósofo clínico recém-formado se inscreve no Conselho Regional de Filosofia Clínica (CRFC) e recebe uma carteira. Daí pode ser considerado devidamente habilitado em sua especialidade clínica (Packter, 2001). Essa novidade terapêutica endereça-se a indivíduos tomados por confusão mental, com dificuldades para tomar decisões, que estão sofrendo, dominados por medos e angústias existenciais, que estão em conflito com outras pessoas ou que estejam com problemas de relacionamento no trabalho e na família. São pessoas com essas queixas, entre outras, que buscam ajuda nos consultórios de filosofia clínica. Os sofrimentos são de caráter existencial; não são da ordem da doença nem se prestam a tipologias ou enquadramentos nosológicos. Aiub (2005) afirma que o importante nesse trabalho é o respeito à singularidade do outro, em um processo não invasivo e não diretivo, superando um mero aconselhamento filosófico e constituindo uma verdadeira clínica com procedimentos estruturados, de modo a permitir a identificação de sintomas que indiquem a necessidade de uma intervenção interdisciplinar.

O instrumental terapêutico da filosofia clínica é composto por três eixos fundamentais: os exames categoriais (que permitem o conhecimento do contexto existencial global do indivíduo), a estrutura de pensamento (composta de 30 categorias e seus desdobramentos) e os submodos (compostos de 32 categorias e seus desdobramentos) (Aiub, 2005; Packter, 2001). Uma ferramenta importante é a interseção, relação que se estabelece entre o filósofo clínico e o "partilhante", como é denominado o cliente.

Além da queixa que o levou a procurar atendimento e ajuda, busca-se ouvir a história de vida do partilhante, que servirá para a obtenção de dados quanto aos exames categoriais, estrutura de pensamento e submodos, visando estabelecer e manter a interseção entre terapeuta e cliente. A história de vida é recuperada e organizada, enquanto se tenta compreender os modos de ser, pensar e agir do indivíduo e sua queixa, orga-

nizando a partir desses elementos um planejamento clínico, estabelecendo as possíveis formas de auxiliar o partilhante. O que se busca é o "bem-estar subjetivo" do cliente. Os procedimentos da filosofia clínica são flexíveis, adaptáveis às necessidades de cada partilhante:

Ajuda ao outro, em Filosofia Clínica, não é sinônimo de oferecer um universo pronto a esse outro, e que não lhe pertence, transformando-o num outro eu, mas respeitar o seu universo, dispor-se a conhecê-lo e oferecer-lhe ajuda dentro das possibilidades encontradas nesse universo. Ajudá-lo a acomodar, a transformar, a modificar, a aceitar, a transmutar, a conviver... ao que for a sua escolha, diante de suas necessidades e possibilidades (Aiub, 2005, p.120).

A filosofia clínica é divulgada e se expande por meio do trabalho de filósofos clínicos que se uniram, formaram centros em cidades brasileiras e estão procurando aplicá-la a crianças, pessoas em situação terminal, obesos ou adolescentes, oferecendo consultoria a empresas, levando a clínica filosófica para colégios e faculdades. A formação de um filósofo clínico parece ter estrutura similar à de outras modalidades psicoterapêuticas clássicas que se baseiam no tripé básico: formação teórica, experiência pessoal de terapia e estágio clínico supervisionado. Outros elementos de destaque da filosofia clínica são a não diretividade, o ecletismo das teorias filosóficas que estão na base de sua proposta teórico-técnica e a liberdade quanto ao enquadre do tratamento. Sua clientela é constituída por pessoas assoladas pelo mal-estar típico dos tempos atuais (Bauman, 1998; Berman, 1990).

O eneagrama

Os sistemas psicoterapêuticos seriam aquelas instituições e dispositivos sociais (grupos de autoajuda - por exemplo, grupos de alcoólatras anônimos e similares) cujos membros são incorporados a sistemas de crenças e padrões de conduta que tendem a se constituir como estilos de vida. Os indivíduos incorporam-se a uma ideologia à qual "se convertem", modificando sua visão de mundo e condutas, com um impacto na sua vida emocional. Essa influência em sua vida emocional deriva de sua adaptação às normas do grupo. O grau de complexidade de tais grupos pode ser muito variado, incluindo grupos de escoteiros, alcoólatras anônimos, apoio a usuários de drogas, pessoas

deprimidas ou excessivamente passionais e ciumentas com seus parceiros. Eles podem ser considerados psicoterapêuticos porque geralmente pretendem promover certo grau de desenvolvimento pessoal em seus integrantes, enfrentando maiores ou menores dificuldades conforme a complexidade do problema vivido por eles.

Talvez seja possível qualificar de sistema psicoterapêutico o eneagrama (Álvarez, 2001; Chabreuil, 1999; Cunha, 2005; Cunha & Carlos, 1997; Naranjo, 1997; Múrcia, 2000; Palmer, 1993, 1999; Pangrazzi, 1997; Paterhan, 2003; Riso, 1994, 1995; Rohr, 2000; Rohr & Ebert, 1994; Salmon, 2000; Zuercher, 2001), um instrumento psicológico, ao mesmo tempo teórico e prático, que auxiliaria no conhecimento dos diferentes tipos de personalidade. É uma tipologia de personalidade que ajuda a identificar qual é o tipo da personalidade do indivíduo, oferecendo uma proposta de crescimento pessoal. Ele não se limita a revelar o tipo de personalidade, mas orienta sobre como crescer e melhorar o modo de vida do indivíduo.

A palavra “eneagrama” é de origem grega e composta de dois elementos: *ennea*, que significa nove, e *gramma*, que significa ponto. O termo eneagrama relaciona-se a um símbolo caracterizado por uma circunferência com nove pontos de referência relacionados entre si em uma determinada ordem, formando uma estrela. Esse símbolo tem origens muito antigas e servia para interpretar as leis do universo, compreender a cosmologia, a astronomia, a matemática, a filosofia, a química, a arte e a música. Parece que sua existência remonta a mais de dois mil anos atrás. É mais conhecido historicamente o papel desempenhado pelos mestres do sufismo medieval em sua utilização (Fadiman & Frager, 2005). Os mestres sufistas teriam descoberto que, no processo de caminhar em direção a Deus, havia obstáculos recorrentes que impediam as pessoas de encontrarem a divindade. Essas barreiras, chamadas “paixões”, coincidem com os sete pecados capitais da tradição cristã: ira, inveja, orgulho, avareza, gula, luxúria e preguiça, acrescidas de mais duas: o engano e o medo. Esses seriam os traços estruturais de caráter que constituem a espinha dorsal de nove tipos de personalidade. Os nove tipos são indicados por números de 1 a 9, e cada um deles também pode receber diferentes nomes. Nenhum dos tipos é melhor ou pior que os demais, pois cada um deles é caracterizado por qualidades e defeitos, obstáculos e desafios específicos.

Cada pessoa se enquadra em apenas um dos nove tipos básicos de personalidade. Esses nove tipos são padrões dinâmicos que podem ser classificados, cada um deles, em três estágios diferentes: tipo desintegrado, tipo normal e tipo integrado. O tipo desintegrado é caracterizado pelas piores condições desse padrão de personalidade: a pessoa encontra-se completamente dominada pelos defeitos e problemas do seu tipo básico. O tipo normal é caracterizado por aspectos razoáveis desse padrão de personalidade, mas que ainda são determinados pelo padrão rígido do tipo. O tipo integrado é o melhor estado que o tipo pode chegar a atingir, desenvolvendo todas as suas potencialidades autênticas.

O eneagrama ensina que cada pessoa, pelos mais variados motivos, desenvolveu durante seu crescimento um padrão típico de personalidade. Esse padrão típico é inconsciente e funciona de modo automático, sem o conhecimento ou consentimento do indivíduo. É como se fosse um programa de computador que determina uma série de aspectos fundamentais da vida de todos: estados de ânimo, atitudes, pensamentos, sentimentos e comportamentos compulsivos e estereotipados. Os indivíduos atuam, sentem e pensam impulsionados por motivações inconscientes que condicionam seu comportamento global. Trata-se, então, de levar a pessoa ao conhecimento do seu padrão de personalidade, ajudando-a a compreender sua própria dinâmica de funcionamento. Com o eneagrama, revelam-se as imagens idealizadas de cada um dos nove tipos e como elas dificultam suas relações consigo mesmo, com os outros e com o ambiente. Cada tipo de personalidade é escravo de sua própria ilusão, que o indivíduo se sente obrigado a defender. Para libertar-se, deve descobrir suas motivações inconscientes e desmascarar seus jogos e enganos.

O eneagrama chegou ao mundo ocidental por meio de George Gurdjieff (1870-1949), de origem armênia, e Oscar Ichazo (1931-), boliviano, atualmente residente nos Estados Unidos. Por caminhos diferentes, os dois teriam chegado ao Afeganistão, berço da tradição sufista, onde encontraram os conhecimentos e a sabedoria que levaram para a Europa e para a América (Riso, 1994, 1995; Speeth, 1999). Gurdjieff estabeleceu a configuração de três centros de energia ou de inteligência operativos em cada pessoa: a cabeça, o coração e a barriga, cujo

equilíbrio ou falta de harmonia está na origem da personalidade e do nível de crescimento ou imaturidade da pessoa. O desenvolvimento da personalidade começa quando prevalece na pessoa um desses três centros. Três destas personalidades gravitam em torno do centro da barriga ou instintivo (tipos 8, 9 e 1), três gravitam em torno do centro do coração ou emotivo (tipos 2, 3 e 4) e três gravitam em torno do centro da cabeça ou intelectualivo (tipos 5, 6 e 7). Toda pessoa se sente levada a depender de um destes três centros como seu polo de referência.

Por barriga, entranhas ou vísceras entende-se a energia vital, a disposição para a ação como componente dominante. Pertencem a essa categoria as pessoas que são voluntárias, empreendedoras, impulsivas e dinâmicas; no extremo oposto estão os indivíduos que são amantes de uma vida plácida e tranquila. O coração tem como característica dominante a dimensão emocional e o sentimento. Tomam parte dessa categoria as pessoas intuitivas, emotivas, sentimentais, dedicadas ao próximo e com um importante senso estético. A cabeça remete ao predomínio do pensamento no modo de ser da pessoa. Pertencem a esse centro os sujeitos reflexivos, cerebrais, interiormente ricos, mas também dissipados e excêntricos. Cada tipo de personalidade, ao privilegiar inconscientemente um dos centros, apoia-se parcialmente em um segundo centro e reprime um terceiro. Uma das tarefas será desenvolver o centro reprimido, buscando, assim, uma maior integração pessoal.

O eneagrama propõe em torno dessa estrutura de fundo nove tipos de personalidade, três para cada esfera operativa, isto é, os “chefes” (tipo 8), os “mediadores” (tipo 9), os “perfeccionistas” (tipo 1) são centrados na área visceral; os “prestativos” (tipo 2), os “organizadores” (tipo 3) e os “artistas” (tipo 4) gravitam em torno da dimensão emocional; os “observadores” (tipo 5), os “legalistas” (tipo 6) e os “otimistas” (tipo 7) ficam centrados no componente do pensamento. A correlação entre o símbolo do eneagrama e os nove tipos de personalidade foi estabelecida por Oscar Ichazo, que situou exatamente os nove traços principais no diagrama do eneagrama e soube ver as nove fixações do ego, as armadilhas e as ideias dos nove tipos (Rorh & Ebert, 1994).

Naranjo (1997) adaptou o eneagrama às categorias psicológicas ocidentais e descobriu as motiva-

ções inconscientes e os mecanismos de defesa mais típicos a que recorrem as diversas personalidades quando estão em situação de *stress*. Riso (1994, 1995) estabeleceu correlações entre o eneagrama e as categorias psiquiátricas, com os conceitos freudianos estruturais e ainda com a tipologia junguiana. O eneagrama sugere que a orientação fundamental de toda personalidade é mais o resultado de dinâmicas inconscientes, que condicionam o comportamento, do que de decisões conscientes e maduras. Cada um dos nove tipos trata de “proteger-se de algo” e evita “enfrentar-se com algo”, sendo este “algo” aquilo que cada tipo sente como uma ameaça, acionando a motivação inconsciente formada por atitudes que tendam a evitar o perigo. Na prática, o eneagrama sugere que somente quando se está consciente da própria motivação inconsciente se corrige a força compulsiva e se pode crescer em plenitude. A motivação inconsciente impulsiona o indivíduo a defender-se daquilo que sente como uma ameaça, identificar-se com aquilo que faz bem, criar uma imagem idealizada de si mesmo, converter-se em escravo da própria personalidade e perder cada vez mais o contato com a própria essência e autenticidade.

A divulgação do eneagrama como teoria da personalidade começou no início da década de 1970, graças à colaboração de jesuítas dos Estados Unidos, que “batizaram” o eneagrama ao torná-lo conhecido dentro das comunidades religiosas e leigas e ao utilizá-lo como meio de acompanhamento espiritual, conhecimento pessoal e dinâmicas comunitárias (Riso, 1994, 1995). O que até então havia sido conhecimento privado transmitido de mestre a discípulo converteu-se em informação abundante por meio de cursos e publicações. O eneagrama experimentou uma enorme difusão ao longo da década de 1980-1990, especialmente no mundo anglo-saxão, caracterizada por uma grande variedade de cursos, pela aplicação deste instrumento aos mais diversos âmbitos da vida e por um esforço crescente que tratou de convalidar esta teoria com a investigação clínica e científica.

O eneagrama é aplicado em empresas por diversas instituições, promovendo programas de desenvolvimento humano em diversas áreas: otimização do trabalho em equipe, liderança e motivação, administração de conflitos e mudanças, negociação estratégica, qualidade de vida e produtividade. É um sistema

terapêutico que também pode ser entendido no contexto da cultura psicológica descrita por Castel (1987). Há várias de suas características que permitem localizá-lo nesse enquadre: a ênfase no crescimento e desenvolvimento pessoal para indivíduos normais; o fato de sua tipologia não ser baseada na patologia, mas em traços de caráter normais e típicos; o fato de ser transmitido, ensinado e experienciado em grupos de encontro, utilizando diversas técnicas para sua transmissão: livros, apostilas, dinâmicas grupais, análises de filmes, painéis com exposição oral de pessoas que descrevem para o público seu tipo (de modo a permitir a identificação e o diagnóstico pessoal), e grupos avançados que utilizam exercícios corporais para desbloquear os centros energéticos localizados na cabeça, no coração e na barriga.

A programação neurolinguística

A Programação Neurolinguística (PNL) (Andreas, 1995; Bandler, 1987; Bandler & Grinder, 1982; Bidot & Morat, 1997; Knight, 1987, Kluckzny & Teixeira, 1996; O'Connor, 2003; Seymour & O'Connor, 1996; Spritzer, 1993; Robbins, 1987; 2001) é um sistema de técnicas, axiomas e crenças que seus praticantes utilizam visando principalmente ao desenvolvimento pessoal. Ela é baseada na ideia de que a mente, o corpo e a linguagem interagem para criar a percepção que cada indivíduo tem do mundo, e que essa percepção pode ser alterada pela aplicação de uma variedade de técnicas. A base de tais técnicas é chamada de "modelagem" e envolve a reprodução cuidadosa dos comportamentos e crenças daqueles que atingiram o sucesso pessoal e profissional.

A PNL foi criada na década de 1970 pelos norte-americanos Bandler e Grinder (1982) para ser um conjunto de modelos e princípios que descrevem a relação entre a mente (neuro) e a linguagem (verbal e não verbal), e como a sua interação pode ser organizada (programação) para afetar a mente, o corpo ou o comportamento do indivíduo. Eles utilizaram sua observação sobre a estrutura da linguagem, associando a ciência da informação e da computação à linguística, e deram origem à PNL. Estudaram o comportamento de pessoas que demonstravam eficiência de desempenho e que alcançaram excelência em suas vidas. Essas observações, baseadas na modelagem de estratégias, resultaram na

criação de técnicas que tornariam possível a qualquer pessoa alcançar esses objetivos. A PNL estuda o funcionamento da mente humana, permitindo a descoberta de sua programação e o efeito que isso tem na vida das pessoas. Descreve as formas de aprender, de comunicar-se consigo mesmo e com os outros, bem como adquirir novas habilidades e obter resultados desejados, levando a uma reestruturação e ampliação da percepção do mundo (Bandler, 1987).

A PNL pode ser considerada uma metodologia ou uma tecnologia eclética. Trabalha com a linguagem, mas não é linguística. Descreve sistemas, mas não é cibernética. Estuda o comportamento, mas não é psicologia. Ela aborda temas tais como liderança, gestão, motivação e aprendizagem, mesclando administração, política, comunicação e pedagogia. Trata-se de uma modalidade tecnológica extremamente pragmática, sendo utilizada no mundo empresarial e em psicoterapia. Pode se dizer que a PNL seria um corpo de conhecimentos que pretende desenvolver a excelência na experiência subjetiva e no comportamento objetivo da pessoa, buscando aprimorar sua comunicação para atingir metas de autossuperação. O termo "programação" é utilizado com base em uma analogia computacional para a mente humana: o cérebro seria como um *hardware* e a mente e os pensamentos seriam como um *software*, funcionando com a hipótese de que é possível "reprogramar" a própria mente, corrigindo e modificando padrões mentais e programações inadequadas geradas no passado (O'Connor & Seymour, 1995, p.13)

A PNL não se concentra em sintomas, mas no comportamento normal, e visa à excelência do seu desenvolvimento. Nesse sentido, ela pode ser considerada paraterapêutica e inclusive extraterapêutica. Talvez mais do que para a terapia, a PNL esteja voltada para a aprendizagem de novos modelos de comportamento. Nesse sistema, a aprendizagem pode se realizar de dois modos: a) pela cópia de comportamentos bem sucedidos por meio da técnica da modelagem: o indivíduo faz uma conexão com uma pessoa "modelo" ou uma descrição de pessoa dotada de uma habilidade, comportamento ou estratégia de sucesso; e b) pela inovação, ressignificando ou reestruturando sua experiência: a pessoa procura fazer uma síntese criativa utilizando descrições inusitadas advindas de outras áreas do conhecimento; refaz a percepção, modificando

os filtros, as crenças e valores provenientes desta percepção. Utiliza analogias e metáforas com o objetivo de modificar o significado da experiência ou para que a estrutura ambiental ou contextual da experiência seja refeita ou, pelo menos, percebida de forma diferente. Essa tecnologia psicológica e pedagógica tem como objetivo a identificação e liberação de habilidades de liderança, a melhoria da eficácia na comunicação e nos relacionamentos, o desenvolvimento e a manutenção de estados de excelência pessoal, em uma perspectiva pessoal, grupal e sistêmica (Robbins, 1987, p.5).

De acordo com O'Connor e Seymour (1995, p.2) a PNL compreende três ideias. "Neuro" indica a ideia fundamental de que todos os comportamentos nascem dos processos neurológicos da visão, audição, olfato, paladar, tato e sensação. O mundo é percebido inicialmente por meio dos cinco sentidos, buscando-se compreender a informação e depois agir. A neurologia humana incluiria não apenas os processos mentais invisíveis, mas também as reações fisiológicas a ideias e acontecimentos. Uns refletem os outros no nível físico; corpo e mente formariam uma unidade inseparável. "Linguística" indicaria que as pessoas utilizam a linguagem para ordenar seus pensamentos e comportamentos para se comunicar com os outros. "Programação" refere-se à maneira como os indivíduos organizam suas ideias e ações a fim de produzir resultados. A PNL trata da estrutura da experiência humana subjetiva e de como as pessoas organizam o que percebem por meio dos seus sentidos; também examina a forma como descrevem isso por meio da linguagem e como agem, intencionalmente ou não, para produzir resultados.

De acordo com as informações do Instituto de Neurolinguística Aplicada (www.pnl.med.br/site/inap.htm, acessado em 10/07/2007) a PNL seria uma maneira de modelar comportamentos, no sentido de permitir que a pessoa comece a compreender a estrutura da experiência interna, partindo do pressuposto de que a experiência humana é feita de visualização (imagens), experiências auditivas e sensações. Existiriam três sistemas básicos de representação predominantes nas pessoas: o tipo visual, o auditivo e o cinestésico (Bandler & Grinder, 1982). A PNL propõe um modelo capaz de observar como os indivíduos processam neurologicamente as informações e o efeito disso em seu comportamento e sentimentos pessoais. Ela visaria estudar a

estrutura da experiência subjetiva. Estrutura significa imagens, sons ou diálogo interno e as sensações com que a pessoa cria suas experiências internas e influencia seu comportamento externo. A ideia é de que as pessoas possam ter controle sobre suas vidas, fazendo com que suas experiências subjetivas sejam dirigidas de modo a funcionarem de maneira mais benéfica. A PNL pretende oferecer ferramentas para influenciar processos específicos pelos quais as pessoas criam sua experiência subjetiva.

O desafio da PNL seria capacitar as pessoas para assumirem o controle da sua própria evolução cognitiva e tomar consciência de que suas imagens, vozes e sensações internas, que lhes pertencem e podem ser por elas manipuladas. As pessoas precisariam compreender que o que elas pensam que é o mundo real é apenas o seu modelo de ver a realidade, e modificar sua atitude para uma posição na qual possam dizer "se isto é apenas um modelo, eu prefiro ter aquele outro". O importante seria a atitude e a adesão a um novo sistema de crenças adequado: "tudo pode ser conseguido". Quando se tem essa crença, a pessoa é capaz de deixar de lado crenças atuais sobre o que é possível e o que não é, e pode começar a descobrir o que pode ser feito. Não importa que dificuldades encontre, haverá sempre duas opções: ou se pode fazê-lo ou não se pode ainda; assim, pode-se começar a procurar o que é preciso fazer para torná-lo possível. Tão logo se assuma que alguma coisa pode ser realizada, é possível fazer o melhor para encontrar as ferramentas e habilidades para torná-la realidade (Robbins, 1987).

O público alvo da PNL inclui profissionais de saúde, da educação, de recursos humanos, de vendas, executivos, pessoas que desejam crescimento pessoal e todos aqueles que pretendem aperfeiçoar o que já sabem e aprender a fazer aquilo que ainda não sabem. Há uma infinidade de cursos de PNL em diversos níveis atualmente oferecidos no mercado.

A Sociedade Brasileira de PNL explica que ela seria uma atitude frente a um mundo onde as formas de comunicação são cada vez mais complexas e dinâmicas; um modelo que ajudaria a entender melhor como o ser humano pensa, age e se comunica. A partir desse conhecimento, seria possível utilizar melhor o cérebro para alcançar os resultados que se deseja. A PNL oferece autoconhecimento para se desenvolver o

potencial criativo pessoal. Busca promover uma revolução de hábitos e uma evolução existencial. Aplicando as técnicas e métodos da PNL, seria possível superar limitações, conquistar e manter sucesso pessoal e profissional. A PNL propõe-se a ser um modelo transformador e evolutivo que geraria novos valores, capacidades e comportamentos, e sua aplicação ainda ajudaria a combater os chamados “males do século”: *stress*, depressão, síndrome do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo. Também seria útil para lidar com problemas de relacionamento, ansiedade, falta de autoconfiança, baixa autoestima, obesidade e problemas de comportamento e de aprendizado. A PNL seria uma arte e uma técnica para convencer e crescer. Empresas estariam inserindo as ferramentas da PNL em seus programas de qualidade por entender que elas podem ser aplicadas com eficácia como técnicas de persuasão e motivação. A PNL ajudaria no desenvolvimento de carreiras, na formação de equipes, na tomada de decisões e nos conflitos de interesses. Buscaria melhorar a comunicação interna e as negociações externas, pois ensina a influenciar as pessoas utilizando a linguagem.

A PNL é um sistema terapêutico prescritivo que tem semelhanças com o eneagrama ao produzir tipos humanos caracterológicos e procurar lidar com essas figuras imaginárias visando à modelagem do pensamento, do sentimento e do comportamento individual, na busca do desenvolvimento e aprimoramento pessoal. Os chavões da cultura psicológica ressoam no discurso da PNL, que se revela um bom exemplar das possibilidades da psicologização no mundo do trabalho, configurando uma modalidade terapêutica bastante alinhada com os interesses do mercado globalizado. Na PNL pode-se observar claramente o *marketing* elevado à categoria de prática psicológica.

Algumas apreciações críticas às novas tecnologias psicológicas

Foucault (1999, p.253) afirma que um dos desafios políticos globais da atualidade estaria no avanço dos “dispositivos de normalização e em toda extensão dos efeitos de poder que eles trazem, através da colocação de novas objetividades.” Esses dispositivos de normalização teriam na prisão sua figura concreta, mas

haveria um processo de expansão das funções de vigilância, punição e normalização por todo o tecido social: a medicina, a psicologia, a educação, a assistência social, o direito e o judiciário estariam assumindo poderes cada vez maiores de controle e de sanção. É possível verificar no desenvolvimento da cultura psicológica a comprovação do seu diagnóstico. A hermenêutica das ciências humanas tem como horizonte uma normalização terapêutica crescente. Elas promovem uma análise da interioridade psicológica que seria portadora da verdade do sujeito e que se alcança por meio das palavras, do discurso sobre si. Pensa-se a subjetividade como uma construção histórica (Foucault, 1982, 1984, 1985, 1995, 1999, 2004) e entende-se a psicologia e suas práticas emergentes como dispositivos de subjetivação.

Como se produzir como sujeito ético fora dos regimes teológicos e científicos? Como inventar outros modos de existir? Foucault propõe o paradigma ético-estético-político: construir uma vida filosófica, por meio do trabalho do pensamento (trabalho sobre si, apropriando-se do sistema de regras que constitui o homem e imprimindo-lhe um novo sentido). Às técnicas de extração da verdade ele opõe uma ética da busca e da produção da verdade: encontra nos gregos da antiguidade uma atitude autenticamente libertadora. A “estética da existência” apoia-se sobre um potencial de resistência do sujeito a um poder jamais erradicável e promete uma coragem da verdade construída sem confissão nem justificação. A verdade consiste, nesse caso, em uma afirmação de si.

Superando a alienação da confissão, o sujeito pode aprender a reivindicar-se como tal. Lutando contra as formas de objetivação, normatização disciplinar e subjetivação hegemônicas de produção da subjetividade contemporânea, pode superar o esmagamento provocado por uma imagem de si imposta pelo outro. A ética da coragem da verdade e a estética da existência tornam-se um momento de libertação: o sujeito pode enunciar uma verdade sobre si sem culpabilidade nem inocência, entretendo uma relação verdadeira consigo mesmo. Subjetivar-se significa então transformar a confissão em produção e exercício de si mesmo, escolhendo uma maneira de ser a partir de sua própria transformação. Esse enfrentamento de toda dominação é político no seu mais alto grau: tarefa de produzir-se

singularmente, desprendendo-se do que os outros impõem que se seja.

Provavelmente um certo desenvolvimento histórico da psicologia social (Lane & Codo, 1984) e da psicologia comunitária (Campos, 1998; Ferreira Neto, 2004; Góis, 1993) pode ser pensado no contexto da expansão da cultura psicológica. Sua rigorosa descrição por Castel (1987) parece encontrar verificação na atualidade brasileira, a partir de alguns exemplos aqui analisados. Essa cultura psicológica seria um dos indicadores de que se está caminhando para uma sociedade de controle, baseada na programação positiva dos seres humanos, superando a sociedade disciplinar que se fundava na vigilância e no adestramento dos corpos (Silva, 2005). A vigilância torna-se desnecessária, pois indivíduos uniformes seguem prescrições coletivas e a modulação homogênea dos comportamentos programados torna mais econômica a gestão.

Diferentemente de Casella (2004) e Silva (2002), no campo da psicologia, há diversas propostas de trabalho e intervenção mais críticas em outras áreas: a perspectiva sócio-histórica dialética (Abrantes, Silva & Martins, 2005; Bock, Gonçalves & Furtado, 2002; Costa-Rosa, 2000), as diversas abordagens do institucionalismo (Altoé, 2004; Baremlitt, 1998; Barus-Michel, 2004; Benelli, 2004), além das análises genealógicas (Ferreira Neto, 2004; Foucault, 1999; Silva, 2005). Entende-se que as implicações éticas e políticas são importantes na atuação dos profissionais da psicologia porque suas práticas são dispositivos de produção de subjetividade.

Considerações Finais

Aparentemente a psicologia como ciência humana parece estar superando a mera função de mistificar as contradições das relações sociais, dirigindo-se para uma prática mais ampla que visaria ao cultivo do relacional ou à expansão de uma cultura relacional. Essa transformação no campo das práticas psicológicas torna-se compreensível considerando a instrumentalização da própria psicologia no contexto mais amplo da atual forma de gestão dos riscos na administração de populações problemáticas: cada vez mais punir, educar e tratar se assemelham, superando-se na direção de uma autoprogramação de si.

Entende-se que a filosofia clínica, o eneagrama, a PNL e as “novas objetividades” que propõem mantêm-se em uma ingenuidade completa quanto à real dimensão social constitutiva da subjetividade e da dimensão histórica constitutiva do social, centrados no nível egoico do indivíduo. Desconhecem as relações de poder e saber produtoras de sujeitos no contexto sócio-histórico e não parecem capazes de dar razões para sua própria existência nem para os efeitos que produzem. Eles se configuram como dispositivos psicológicos essencialistas e não históricos. Individualizando e naturalizando o mal-estar do sujeito contemporâneo, têm caráter predominantemente prescritivo. Promovem um achatamento dos planos coletivos, sociais e institucionais da realidade histórica dos seres humanos, que são reduzidos a um presente raso e imediato. Escamoteando a dimensão da sexualidade e das relações de poder, permanecem no plano emocional e relacional da normalidade asséptica e cotidiana. O corpo é tematizado apenas enquanto uma máquina energética que precisa ser aperfeiçoada visando a um funcionamento equilibrado.

Essas novas tecnologias terapêuticas têm como base o homem individual e livre, independente dos demais, autônomo e autocentrado. Carecem de uma reflexão crítica sobre seus limites e a incidência das dimensões sociais e históricas em suas práticas. Situam-se em uma extraterritorialidade social, temporal e espacial, partindo de uma noção do psiquismo humano que pode ser considerada não histórica e universalizadora. A flexibilidade subjetiva que propõem não conduz necessariamente à criação individual e coletiva: essa identidade flexível deve programar-se a si mesma, modulando-se de acordo com as oscilações do mercado, como se fosse ela mesma uma mercadoria.

Por um lado, pensa-se que as novas modalidades terapêuticas emergentes na cultura psicológica brasileira atual encontram suas raízes em uma hermenêutica de si e são promotoras de um sujeito caracterizado por uma individualidade identitária, desconectado do outro. Elas fomentam uma atomização da vida coletiva e prendem o sujeito a uma identidade padronizada e flexível. Operam a partir de modelos subjetivos identitários pela via da semelhança, em uma perspectiva disciplinar, normalizadora e da moral da autenticidade, do dever que os indivíduos têm de serem eles mesmos, atuali-

zando suas potencialidades e desenvolvendo sua essência interior, mas reconhece-se que elas estariam menos preocupadas com a decifração dos desejos do “eu” profundo e mais dirigidas para o aperfeiçoamento dos prazeres do corpo e da otimização de sua eficácia. Há um deslocamento da individualidade identitária que deveria conhecer a si mesma para uma individualidade flexível, que busca programar-se como uma máquina eficiente.

Seria preciso passar de práticas de decifração e sobredecodificação da individualidade identitária para práticas de invenção de subjetividades em contínuo movimento de diferenciação e singularização, em relações de reciprocidade social. Isso se faz por meio da resistência aos processos de saber/poder hegemônicos produtores de subjetividade serializada. A alternativa ética para a atualidade estaria em um sujeito que, ao contrário de desenvolver sua identidade original, inventa a si mesmo como uma obra de arte, em um empenho constante para desprender-se e diferir de si mesmo. Trata-se de criação e não de autenticidade ou coerência com um “eu” original e verdadeiro. Não se visa à hermenêutica, mas à estética e à ética na produção criativa de si, e não tanto o saber sobre si, mas o cuidado de si. A obsessão com um saber sobre si e com uma verdade interior, ou com uma programação eficiente de si, encontra sua superação em práticas que visam ao cuidado de si.

Referências

- Abrantes, A. A., Silva, N. R., & Martins, S. T. F. (Orgs.). (2005). *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Aiub, M. (2004). *Para entender filosofia clínica: o apaixonante exercício da filosofia*. Rio de Janeiro: Wak.
- Aiub, M. (2005). Filosofia clínica: o que é isto? *Cadernos: Centro Universitário São Camilo*, 11(1), 113-121.
- Altoé, S. (Org.). (2004). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec.
- Álvarez, R. J. (2001). *Distúrbios psicológicos cotidianos*. São Paulo: Paulinas.
- Andreas, S. (1995). *PNL: programação neurolingüística: a nova tecnologia do sucesso* (9a. ed.). São Paulo: Campus.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1982). *Sapos em príncipes: programação neurolingüística*. São Paulo: Summus.
- Bandler, R. (1987). *Usando sua mente: programação neurolingüística*. São Paulo: Summus.
- Baremblyt, G. F. (1998). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Record.
- Barlach, L. (2005). *O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito*. Dissertação de mestrado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Barus-Michel, J. (2004). *O sujeito social*. Belo Horizonte: PUC-Minas.
- Bauman, Z. (1998). *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Benelli, S. J. (2007). *A produção da subjetividade na formação contemporânea do clero católico*. Tese de doutorado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Benelli, S. J. (2004). A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 21(3), 237-252.
- Benelli, S. J. & Costa-Rosa, A. (2006). Movimentos religiosos totalitários católicos: efeitos em termos de produção de subjetividade. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 23 (4), 339-358.
- Berman, M. (1990). *Tudo o que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade* (8a. ed.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Berne, E. (1974). *Os jogos da vida*. São Paulo: Arte Nova.
- Bidot, N., & Morat, B. (1997). *Neurolingüística e prática do dia-a-dia*. São Paulo: Nobel.
- Bock, A. M. B., Gonçalves, M. G., & Furtado, O. (Orgs.) (2002). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez.
- Campos, R. H. F. (Org.). (1998). *Psicologia social comunitária*. Petrópolis: Vozes.
- Casella, M. (2004). *Estratégias em psicologia institucional*. São Paulo: Loyola.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Chabreuil, F. (1999). *A empresa e seus colaboradores: usando o eneagrama para otimizar recursos*. São Paulo: Madras.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. D. C. Amarante (Org.), *Ensaio de loucura & civilização* (pp.141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cunha, D. (2005). *Crescendo com o eneagrama na espiritualidade*. São Paulo: Paulus.
- Cunha, D., & Carlos, L. (1997). *Quem é você: construindo a pessoa à luz do eneagrama*. São Paulo: Paulus.
- Fadiman, J., & Frager, R. (2005). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Haba.
- Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor. (2006). *Ampliação do atendimento em medida socioeducativa de semiliberdade no Estado de São Paulo*. São Paulo: CTSEMI-FEBEM.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (1982). *A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1984). *O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal.

- Foucault, M. (1985). *O cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. Dreyfus & P. Rabinov. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp.231-249). Rio de Janeiro: Forense.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2004). *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Góis, C. W. L. (1993). *Noções de psicologia comunitária*. Fortaleza: UFC.
- Harris, T. A. (1974). *Eu estou OK você está OK*. Rio de Janeiro: Arte Nova.
- Kluckzny, J., & Teixeira, E. A. (1996). *Programação neurolingüística*. São Paulo: Makron.
- Knight, S. (1997). *A programação neurolingüística e o sucesso nos negócios*. São Paulo: Ediouro.
- Knight, S. (2001). *Introdução à programação neurolingüística*. São Paulo: Nobel.
- Lane, S. T. M., & Codo, W. (Orgs.). (1984). *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense.
- Lasch, C. (1983). *A cultura do narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago.
- Meininger, J. (1985). *O sucesso através da análise transacional*. São Paulo: Círculo do Livro.
- Múrcia, M. A. S. (2000). *Auto-ajuda: temperamento controlado, vida transformada*. São Paulo: El Shaddai.
- Naranjo, C. (1997). *Os nove tipos de personalidade: um estudo do caráter humano através do eneagrama*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- O'Connor, J. (2003). *PNL. Manual de programação neurolingüística: um guia prático para alcançar resultados*. São Paulo: Qualitymark.
- Packter, L. (2001). *Filosofia clínica: propedêutica* (3a. ed.). Florianópolis: Garapuvu.
- Palmer, H. (1993). *O eneagrama: compreendendo a si mesmo e aos outros em sua vida*. São Paulo: Paulinas.
- Palmer, H. (1999). *O eneagrama no amor e no trabalho: entendendo os seus relacionamentos íntimos e profissionais*. São Paulo: Paulinas.
- Pangrazzi, A. (1997). *El eneagrama: un viaje hacia la libertad*. Bilbao: Sal Terrae.
- Paterhan, K. (2006). *Eneagrama: um caminho para seu sucesso individual e profissional*. São Paulo: Madras.
- Paulo, M. N. (Org.). (1999). *Primeiros passos em filosofia clínica*. Porto Alegre: Imprensa Livre.
- Paulo, M. N. (2001). *Compêndio de filosofia clínica*. Porto Alegre: Imprensa Livre.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 67-75.
- Riso, R. (1994). *Compreendendo el eneagrama*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Riso, R. (1995). *Tipos de personalidad: el eneagrama para descubrir-se a si mismo*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Robbins, A. (1987). *Poder sem limites: programação neurolingüística*. São Paulo: Best Seller.
- Rohr, R. (2000). *O eneagrama promovendo o discernimento espiritual*. São Paulo: Paulinas.
- Rohr, R., & Ebert, A. (1994). *O eneagrama: as nove faces da alma*. Petrópolis: Vozes.
- Salmon, E. (2000). *O fantástico eneagrama: reconhecer as diferentes forças que nos animam*. Cascais: Pergaminho.
- Seymour, J. & O'Connor, J. (1996). *Treinando com a PNL: recursos de programação neurolingüística para administração, instrução e comércio*. São Paulo: Summus.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor.
- Silva, R. N. (2005). *A invenção da psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Speeth, K. R. (1999). *O trabalho de Gurdjieff*. São Paulo: Cultrix.
- Spritzer, N. (1993). *Pensamento e mudança: desmistificando a programação neurolingüística*. Porto Alegre: L&PM.
- Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp.43-75). São Paulo: Cortez.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8 (Especial), 75-84.
- Zuercher, S. (2001). *A espiritualidade do eneagrama: da compulsão à contemplação*. São Paulo: Paulus.

Recebido em: 24/8/2007

Versão final reapresentada em: 11/2/2008

Aprovado em: 10/3/2008

Intervenção precoce na comunicação pais-bebê com deficiência visual¹

Early intervention in parent-baby interaction in a context of visual impairment

Carla Meira **KREUTZ**^{2,3}

Cleonice Alves **BOSA**^{2,4}

Resumo

A deficiência visual congênita, que pode levar à cegueira, tem sido vista como risco para a interação mãe-bebê e para o desenvolvimento psicológico da criança. O bebê que nasce com uma deficiência visual acentuada tem uma relação diferenciada com o mundo, sendo que outras vias de comunicação e percepção terão de ser ativadas para que ele alcance o desenvolvimento. Os pais são de extrema importância para o desenvolvimento desse bebê, o qual, mais do que nunca, necessita deles para entrar em contato com seu ambiente. Nesse sentido, o objetivo deste artigo é revisar a produção científica na área de intervenção precoce com pais e bebês que apresentam deficiência visual congênita. Para isto, identificam-se controvérsias teóricas acerca do desenvolvimento destes bebês, aspectos da intervenção que favorecem a interação pais-bebê e dificuldades metodológicas dos estudos nesta área.

Unitermos: Estimulação precoce. Família. Portadores de deficiência visual.

Abstract

The congenitally impaired vision that can result in blindness is a risk factor for mother-baby interaction and for the child's psychological development. The visually impaired or blind baby has a different interaction with the world, so alternative ways of communication and perception must be activated to allow for development. Thus, the parents have an important role in their child's development, as the baby needs them more than ever to begin making contact with the outside world. The aim of this article is to review the scientific production in the area of early intervention with blind babies and their parents. To this end, we have identified theoretical discussions concerning the development of blind babies, early intervention issues to help parent-baby interaction and methodological difficulties with these studies.

Uniterms: Early intervention. Family. Visually impaired individuals.

Deficiência Visual (DV) é um termo utilizado para designar os impedimentos de origem orgânica relacionados a doenças oculares que podem dificultar o

funcionamento da visão ou levar à ausência desta, com ou sem a percepção de luz, podendo ser herdada ou adquirida (Batista & Enumo, 2000). Dados precisos

▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir do projeto de tese de C.M. KREUTZ, realizado sob supervisão de Cleonice Alves Bosa, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2005.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. R. Ramiro Barcelos, 2600, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C. M. KREUTZ. E-mail: <carla.kreutz@gmail.com>.

³ Universidade Luterana do Brasil, Curso de Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Núcleo de Estudos e Pesquisas em Transtornos do Desenvolvimento. Porto Alegre, RS, Brasil.

quanto à prevalência da deficiência visual profunda são pouco encontrados na literatura, ficando entre 0,3 e 1,5 em cada 1 mil crianças. Tende a ser maior nos países com um nível socioeconômico mais baixo (Gilbert & Foster, 2001).

A DV e a interação pais-bebê: implicações para intervenção precoce

Estudos com bebês nos primeiros meses de vida com desenvolvimento típico têm fornecido evidências de que as crianças têm um maior interesse por aspectos do ser humano do que por estímulos equivalentes, assim como um repertório de capacidades sociais, as quais têm grande potencial de comunicação, quais sejam, o choro, o sorriso e a imitação (Messer, 1994), o que auxilia na interação social da criança com os indivíduos em especial. Através desses sinais, o bebê pode dar início às trocas comunicativas com seus cuidadores, as quais constituem os pilares do desenvolvimento da comunicação.

A fase diádica do desenvolvimento da comunicação corresponde à interação que ocorre entre cuidador e criança, primordialmente nas interações face a face. Segue-se a fase triádica do desenvolvimento, na qual a criança já tem uma noção mais clara sobre si e sobre o outro e consegue compartilhar um evento ou objeto externo com alguém (Bosa, 2002). A criança já compreende referências sociais, ou seja, informações emocionais transmitidas pelas expressões faciais dos adultos (Pérez-Pereira & Contí-Ramsden, 1999).

Nesse contexto, a visão, como um dos sentidos que possibilita a ligação com o mundo social, tem grande importância para que o indivíduo possa interagir adequadamente com os que o rodeiam. A visão assegura que as crianças se orientem para elementos do ambiente que são relevantes para o desenvolvimento e para a sobrevivência, como a orientação para faces humanas (Adelson & Fraiberg, 1974; Pérez-Pereira & Contí-Ramsden, 1999). A criança cega ou com DV severa é privada de uma série dessas oportunidades; assim, as respostas contingentes às expressões do cuidador podem ficar reduzidas (Pérez-Pereira & Contí-Ramsden, 1999). Os estímulos auditivos e táteis são vistos como alternativas de exploração e interação para as crianças que têm DV, embora o estímulo auditivo tenha menor

potencial motivacional para que a criança vá ao encontro dos objetos do que o visual (Adelson & Fraiberg, 1974).

É fundamental uma estimulação adequada por parte dos parceiros de interação do bebê, os quais necessitam ser sensíveis a distintos sinais comunicativos do lactente para propiciarem um ambiente estimulante e alcançarem uma interação sincrônica. No entanto, o cuidador pode se sentir desestimulado na interação, uma vez que não recebe as respostas habituais de um bebê. Pelo contrário, as crianças cegas reagem frequentemente por meio do silêncio e apresentam uma menor movimentação quando ouvem seus cuidadores falarem ou expressarem outros comportamentos comunicativos (Als, Tronick & Brazelton, 1980). Desta forma, os ciclos de interação podem ser prejudicados e, conseqüentemente, também o desenvolvimento da comunicação.

Estudos têm apontado que a falta de contato olho a olho e de atenção visual em crianças cegas resulta em diminuição da atenção visual e responsividade vocal da mãe (Rogers & Puchalsky, 1984; Rowland, 1984; Warren, 1994). Como o olhar é uma pista importante para que as mães possam responder adequadamente à orientação inata de seus bebês e possam criar ciclos interativos de comportamentos e afeto sincronizados, a cegueira pode exigir muito dos pais em termos de percepção de necessidades e comunicação. Para Pérez-Pereira e Contí-Ramsden (1999), a deficiência visual não traz prejuízos para o desenvolvimento da criança por si só, mas isso pode ocorrer caso não sejam criadas vias alternativas para o desenvolvimento das diversas capacidades da criança. Portanto, profissionais da saúde têm amplo campo para auxiliar os pais na descoberta dessas vias. Parece haver diferenças na interação das mães com bebês com DV. No entanto, muitas vezes essas diferenças podem indicar um aspecto positivo para o desenvolvimento da criança.

Uma pesquisa realizada por Kekelis e Andersen (1984) examinou os efeitos da DV na interação pais-criança, objetivando investigar como os pais utilizam a linguagem com seus filhos com DV e como esta se modifica com o desenvolvimento do filho, bem como compreender a relação entre os *inputs* dos pais e os comportamentos da criança. Os participantes do estudo longitudinal eram seis crianças, acompanhadas dos 16

aos 36 meses, com graus variados de DV, e duas com visão. Os resultados indicaram que os cuidadores das crianças com DV apresentaram um maior número de proposições diretivas, indicando que os pais tentam encorajar a criança a ter um papel mais ativo na conversação e na exploração do ambiente. No entanto, os pais acabaram por repetir diversas vezes a solicitação à criança, fazendo com que esta se afastasse e se retirasse do tópico, ao invés de atender ao que foi solicitado. Os pais também propiciaram um menor número de descrições, nomeando muito mais os objetos do que os descrevendo, o que é surpreendente, pois se esperaria que os cuidadores descrevessem mais o ambiente para que a criança pudesse melhor explorá-lo. As autoras atribuíram essa falta de descrições à dificuldade dos pais em monitorar a compreensão da criança sobre o que eles estão explicando. Além disso, iniciaram uma porcentagem bem maior de tópicos do que seus filhos, além de enfocarem mais exclusivamente tópicos centrados na criança, ao invés de no ambiente, se comparados aos pais das crianças videntes.

Kekelis e Andersen (1984) afirmam que as proposições diretivas são limitantes por dois motivos. Um deles é que elas não proporcionam à criança um contato com funções mais ricas da linguagem. Além disso, a criança fica com poucas oportunidades de resolver os problemas criativamente, se os outros sempre fazem o que ela solicita. Os pais devem encorajar as crianças a fazerem mais do que solicitar objetos e ações dos outros. É comum que as crianças com DV reclamem por assistência e acreditem que não conseguirão executar determinadas tarefas, porém elas podem adquirir um senso de autoeficácia se forem encorajadas a alcançarem seus próprios objetivos. Para tanto, considera-se importante ressaltar que os pais necessitam, em primeiro lugar, se sentir confiantes nas possibilidades de desenvolvimento de seu filho, o que exige também confiança em si mesmos como pais. Este senso de autoeficácia pode estar prejudicado pelo abalo emocional oriundo da descoberta da deficiência do filho, assim como por uma interação pais-bebê assíncrona. Esses aspectos devem ser foco de intervenção para que o desenvolvimento da criança siga um curso saudável do ponto de vista emocional.

Ainda sobre a relação entre deficiência visual congênita e interação social, no contexto da interação

diádica mãe-criança, Souza, Bosa e Hugo (2005) investigaram a presença de condutas do espectro do autismo em crianças portadoras de Deficiência Visual Congênita (DVC) e o estilo interativo materno. Para isso, foram estudadas, comparativamente, oito díades mãe-criança (quatro com deficiência visual congênita severa e quatro com desenvolvimento típico). As crianças de ambos os grupos tinham entre dois e seis anos. Um dos importantes achados das autoras foi que duas das quatro crianças com deficiência visual apresentaram frequências maiores de atenção compartilhada, quando comparadas às crianças com desenvolvimento típico, utilizando modalidades verbais e não verbais (orientar a cabeça ou o corpo em direção ao campo de visão da mãe, entregar ou colocar objeto no campo de visão da mãe). Concluíram que as mães dessas crianças tiveram um papel decisivo para esse resultado. Elas foram mais sensíveis às necessidades da criança ao descreverem as propriedades dos brinquedos, ao buscarem semelhanças entre os brinquedos do laboratório de observação e aqueles que as crianças possuíam em casa e ao utilizarem caminhos alternativos durante a exploração do ambiente, como o tato, por exemplo.

Ainda nesta linha de investigação, Behl, Akers, Boyce e Taylor (1996), em um dos poucos estudos com uma amostra que permitiu uma alta validade estatística, estudaram os padrões interativos de mães de crianças com deficiência visual, comparando-os com os padrões de comportamentos interativos de crianças que enxergavam perfeitamente. Os autores também objetivavam verificar se haveria alguma relação entre o comportamento interativo materno e os diferentes graus de visão da criança. Para tanto, participaram da pesquisa 31 crianças com diferentes níveis de deficiência visual e 62 crianças videntes, entre 15 e 61 meses de idade. Os resultados indicaram que não houve diferença significativa entre os grupos no que se refere a alguns fatores investigados quanto ao comportamento parental (nos fatores afeto e responsividade). Quanto à qualidade e à adequação de fatores investigados no envolvimento pai-mãe/cuidador (envolvimento físico e verbal, diretividade), também não ocorreram diferenças significativas. No entanto, o grupo das mães das crianças com deficiência visual mostrou maior envolvimento físico e controle da atividade, além de maior envolvimento verbal, apesar de a diferença neste último fator não ter sido estatisticamente significativa.

Outro aspecto ressaltado por Behl et al. (1996) é que o fato de a mãe ter um filho com DV não significa necessariamente que o estilo interacional materno se mostre deficiente. Os autores consideram que as mães de crianças com deficiência visual demonstram maior nível de comportamentos diretivos, mas, ainda assim, demonstram também responsividade e afeto apropriados. Possivelmente as diferenças encontradas sejam um reflexo das tentativas das mães de usarem vias alternativas à visão para entrarem em contato com a criança. Este estudo contrasta com estudos anteriores (Fraiberg, 1977; van Hasselt, Hersen, Moor & Simon, 1986), cuja premissa era de que a presença de uma deficiência visual na criança resultaria em possíveis distúrbios no sistema relacional mãe-criança. Finalmente, Behl et al. (1996) afirmam que os achados podem refletir um resultado positivo em relação à intervenção precoce, uma vez que todos os participantes frequentavam programas de intervenção oferecidos nos Estados Unidos na década de 1990, os quais eram praticamente inexistentes em décadas anteriores.

Resultados nesta mesma direção foram demonstrados por Campbell (2003) ao realizar um estudo comparativo sobre a diretividade materna em um contexto de brincadeira livre entre a mãe e a criança. Participaram do estudo um grupo de quatro crianças totalmente cegas, sem outras deficiências, e um grupo controle de quatro crianças com desenvolvimento típico, com 18 meses de idade. Uma vez que há divergências entre autores quanto ao conceito de diretividade, foram utilizadas cinco categorias de diferentes tipos de diretividade. Os resultados mostraram que não houve diferenças significativas quanto à diretividade materna, de modo geral. As mães das crianças com deficiência visual fizeram um maior número de tentativas de interromper um comportamento de risco para a criança, ou seja, diretividade negativa (ex.: pediam para as crianças não esfregarem os olhos). Por último, apesar de ter ocorrido uma tendência entre as mães das crianças com deficiência visual de solicitar alguma atividade, a diferença entre os grupos não foi significativa. As autoras indicam que as diferenças que apareceram mostram uma adequação das mães às necessidades das crianças, afirmando que nem sempre a diretividade está relacionada a uma falta de sensibilidade materna. Conclusão semelhante foi apresentada por Sigolo (2000)

ao chamar a atenção para a controvérsia sobre os benefícios/prejuízos da diretividade materna em populações atípicas.

Ao apresentarem a perspectiva desenvolvimental intersubjetiva, que envolve compreender o mundo subjetivo da criança (compartilhado com o cuidador) ao invés de compreendê-lo a partir de seu desenvolvimento individual, Loots, Devisé e Sermijn (2003) indicam os possíveis prejuízos no desenvolvimento da intersubjetividade entre mães e filhos com DV. Para eles, a intersubjetividade emergente e a física parecem estar em risco, uma vez que as mães e os bebês têm que enfrentar o desafio de reconhecer os convites um do outro para estabelecer e manter um ciclo de interação de comportamentos, atividades e afeto sincronizados. Como a intersubjetividade existencial se expande a partir das interações recíprocas e antecipações dos comportamentos da criança e do outro, dando uma consciência da interação para a criança, a possibilidade de compartilhar com o outro seus afetos e intenções também pode estar em risco nas crianças com deficiência visual. Loots et al. (2003), da mesma forma que Souza et al. (2005) e Pérez-Pereira e Contí-Ramsden (1999), sugerem que as mães das crianças com DV devam ser encorajadas a utilizar vias alternativas à visual para desenvolver a intersubjetividade, o que requer uma eficiente intervenção precoce.

Intervenção precoce em crianças com deficiência visual

O termo intervenção precoce, segundo Guralnick (1997), vem sendo utilizado para aquelas ações que buscam minimizar, o mais cedo possível, o impacto frente à criança com deficiência ou frente a situações de risco, uma vez que os primeiros anos de vida têm sido considerados um período sensível.

Atualmente, há consenso sobre quais características de programas de intervenção precoce tendem a ser mais efetivas. Uma delas é a importância de centrar a intervenção nas necessidades da família. Outros fatores fundamentais são a oferta de programas na própria comunidade, a integração de diferentes áreas do conhecimento e a implementação de uma rede de serviços de apoio (Callias, 1994; Guralnick, 1997). Tem sido apontada a importância de uma estrutura apropriada, contin-

gente, encorajadora, afetiva, não intrusiva, baseada no diálogo e na interação cuidador-criança e com um padrão de sensibilidade aos aspectos desenvolvimentais para otimizar o desenvolvimento infantil adequado (Guralnick, 1997).

No entanto, no que se refere às díades mãe-bebê com deficiência visual, poucos estudos têm se dedicado a investigar a efetividade de intervenções. Um fato que pode explicar o reduzido número de pesquisas com intervenções nessa população é a complexidade metodológica envolvida nessa temática. A população de crianças com deficiência visual é extremamente heterogênea. As causas da deficiência são múltiplas e trazem importantes diferenças entre essas crianças, e cada uma dessas situações traz peculiaridades para o contexto interacional. Essa questão tem dificultado pesquisas que envolvam um grupo maior de crianças e um emparelhamento metodológico adequado, havendo mais investigações que empregam estudos de caso.

Em função dessa peculiaridade da população estudada, Warren (1994) ressaltou a necessidade de utilização de uma “abordagem individual das diferenças”. Nessa abordagem, distinta da comparativa, o objetivo não é comparar diferentes populações entre elas, mas sim explicar diferenças dentro de uma população. A abordagem levanta uma questão de âmbito maior: qual é a natureza e quais são as causas das variações dentro da população estudada? Desta maneira, Warren interessa-se mais por aquilo que se pode realizar para uma meta de desenvolvimento possível dentro de um determinado grupo. Um primeiro passo nesta abordagem é uma descrição cuidadosa das características da população estudada, que envolva não somente médias, mas os extremos dentro desta população. Identificar as relações e, se possível, as causas das variações entre os indivíduos com deficiência visual seria um segundo passo importante, apontado pelo autor.

Ainda que haja poucos estudos, Aitken (1988) ressalta a importância da investigação acerca da efetividade da intervenção precoce. O autor ressalta que, quanto mais precoce for a intervenção, melhor será seu efeito. Infelizmente, as pesquisas que têm sido realizadas com essa população não têm mostrado resultados conclusivos, em função da falta de estudos bem controlados.

Um estudo que trouxe contribuições foi o de Adelson e Fraiberg (1974). As autoras realizaram uma intervenção cujo objetivo era melhorar a locomoção da criança, por iniciativa própria, a partir do desenvolvimento da coordenação som/mão (toque). O objetivo era auxiliar a criança a identificar o som como um estímulo que lhe chamasse a atenção, da mesma forma que o estímulo visual funciona para as crianças videntes. Para alcançar esse objetivo, a intervenção envolveu os pais em observações e orientações, pois, para as autoras, o parceiro humano do bebê é que lhe dá a maioria dos significados para toda a experiência sensorial. Desta forma, a intervenção centrou-se na relação pais-bebê e envolvia visitas quinzenais à família. Os participantes da pesquisa eram dez bebês cegos, sem outras deficiências, que tinham entre um e 11 meses de idade. Os dados do grupo controle foram oriundos de outro estudo.

As crianças foram avaliadas, mensalmente, por meio da Escala de Desenvolvimento Bayley, em relação ao seu desenvolvimento motor, para verificar a evolução da intervenção. Os resultados das avaliações foram comparados aos de um estudo anterior. As autoras apontaram que a intervenção trouxe efeitos positivos, possibilitando um desenvolvimento mais próximo ao das crianças videntes naqueles indivíduos que participaram da intervenção. Além disso, as autoras confirmaram a hipótese inicial de que a DV tem pouco impacto na aquisição dos itens posturais, apesar de estar associada a um marcado atraso no alcance de habilidades que envolvem mobilidade com iniciativa própria.

Klein, van Hasselt, Trefelner, Sandstrom e Brandt-Snyder (1988) realizaram um estudo com um amplo programa de intervenção multiprofissional, que envolvia encontros grupais com os pais dos bebês, entrevistas individuais e visitas à casa das famílias, enfocando o desenvolvimento das crianças com DV. Embora o programa tenha sido avaliado positivamente pelos participantes, existe a ressalva de que não foi realizado um delineamento experimental ou um estudo de caso aprofundado que pudesse indicar a efetividade da intervenção no desenvolvimento das crianças.

Hall e Bailey (1989) propuseram um modelo de intervenção com foco na visão funcional para crianças com baixa visão. O programa de treinamento das habilidades da criança era baseado na *performance* visual da

mesma, avaliada por meio de exames oftalmológicos, optométricos, de baixa visão e de visão funcional. Esta última levou em consideração aspectos relevantes da observação dos pais e de outras pessoas significativas na vida da criança, assim como observações em *setting* natural. As autoras determinavam quais habilidades cada criança poderia provavelmente adquirir, quais necessitavam ser refinadas ou quais as crianças necessitavam adaptar a novas tarefas e situações, embora já as houvessem adquirido.

Lueck, Dornbusch e Hart (1999) avaliaram uma intervenção em três crianças com DV cortical, entre um e três anos de idade. Contudo, neste artigo reportaram somente os resultados da avaliação de uma intervenção com foco na visão funcional em uma criança de 14 meses com DV cortical. As autoras enfatizaram as dificuldades metodológicas envolvidas no estudo, uma vez que a população com essa deficiência é rara e muito diversa; a amostra não pôde ser pareada e estudos comparativos tornaram-se impossíveis. Portanto, foi utilizado o método de estudo de caso único para cada criança do estudo, envolvendo medidas de pré e pós-intervenção. Os efeitos de maturação foram controlados, uma vez que a intervenção tinha a duração de apenas 15 semanas. A intervenção enfatizava a necessidade de avaliar cada caso e oportunizar atividades que se enquadrassem com as necessidades da criança.

O estudo de Lueck et al. (1999) mostrou uma evolução positiva da criança e também apontou a necessidade de a intervenção se estender por mais tempo. Contudo, uma intervenção mais longa apresentaria dificuldades para avaliação de sua efetividade, uma vez que se tornaria difícil separar quais evoluções da criança se devem à intervenção ou à maturação. No entanto, o estudo sugere que, clinicamente, são necessárias intervenções mais prolongadas, que possam continuar motivando um melhor desenvolvimento da visão funcional. Um ponto a ser ressaltado na intervenção proposta pelas autoras é a inclusão das atividades delineadas na rotina da díade mãe-bebê, tendo sido a própria mãe quem realizava as atividades e pontuava os acertos da criança. As pesquisadoras realizavam o acompanhamento semanal dessas atividades. O estudo demonstrou que essa forma de intervenção motivou a mãe a interagir mais com seu bebê, podendo reconhecer o potencial de aprendizagem do filho e estimulá-lo de

forma mais adequada em outras ocasiões, além daquela proposta pela intervenção. Outro fator que as autoras discutem é um possível efeito da idade da criança ao participar da intervenção, uma vez que essa criança relatada no estudo teve sucesso em sua evolução e uma outra criança, de três anos de idade (na qual também foi aplicada a mesma intervenção), não evoluiu tão satisfatoriamente no mesmo período do treinamento. Esse resultado parece apontar para a importância da intervenção o mais precoce possível e para os fatores que promovem ou dificultam o envolvimento familiar nos programas.

A partir da revisão da literatura, pode-se afirmar que os estudos sobre intervenção precoce com crianças com DV são raros. Visando contribuir para delinear intervenções com essa população, serão discutidos alguns aspectos essenciais para a realização de intervenção precoce.

Guralnick (1997) propõe um modelo teórico que inter-relaciona o desenvolvimento infantil com a estrutura familiar e os possíveis fatores estressores nesse contexto. Para o autor, o desenvolvimento infantil resultará de alguns padrões familiares, tais como a qualidade da interação pais-filhos, as condições da família em oferecer novas experiências e novos estímulos para a criança e a possibilidade de a família prover saúde e segurança ao filho. Esses padrões familiares sofrem influências de acordo com as características pessoais dos pais, como grau de depressão, nível educacional, experiências parentais de gerações anteriores, expectativas culturais, assim como com as características não relacionadas com a deficiência ou com o risco biológico, tais como apoio social, relação conjugal, recursos financeiros ou temperamento infantil.

Além dos fatores acima descritos, Guralnick (1997) enfatiza que a família também enfrenta a presença de fatores potencialmente estressores interligados à deficiência do filho ou a um risco biológico. Primeiramente, o autor cita a necessidade de informações dos pais em relação à saúde e ao desenvolvimento do filho, incluindo suas crenças sobre o comportamento do filho, dúvidas sobre o manejo com a criança e o impacto do diagnóstico nas expectativas sobre o desenvolvimento do filho.

Um segundo ponto referido pelo autor é o estresse familiar e interpessoal que pode ocorrer. Essa

vivência de estresse tem potencial para afetar a interação conjugal e parental. Outro aspecto enfatizado por Guralnick (1997) como potencialmente estressor é a necessidade de busca de recursos, sendo difícil para a família dar conta de tantas obrigações e responsabilidades. Ao mesmo tempo, muitas vezes os serviços não respondem adequadamente às necessidades da família em proporcionar a melhor terapêutica, oportunidades de educação e experiências sociais para o filho.

Por fim, um quarto aspecto referido pelo autor é a sensação de impotência que a família sente frente aos perigos relacionados à deficiência ou risco biológico que a criança apresenta. A falta de confiança e convicção da família em seu próprio potencial para auxiliar o filho pode minimizar a habilidade para solucionar os problemas que surgem (Schmidt & Bosa, 2003). Manter a família confiando em seu potencial e no seu próprio poder de controle de decisões é essencial para o seu bem-estar e o da criança por um longo período (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1994).

Naturalmente, cada família tem uma distinta combinação dos diversos fatores envolvidos, e cada aspecto se caracteriza por uma intensidade diferente. Atentar para as necessidades individuais de cada família torna-se essencial para a efetividade de uma intervenção (Callias, 1994).

Ferrel (1984) cita dificuldades encontradas pelas famílias, as quais devem ser levadas em conta ao se elaborar um programa de intervenção. Pais de crianças com DV relataram passar por diversas dificuldades no que se refere ao apoio de profissionais. O fato de haver poucos estudos que digam respeito ao desenvolvimento inicial desta população dificulta que os profissionais tenham clareza para explicar a temática. Portanto, dúvidas a respeito das áreas que podem sofrer atrasos e formas de intervir para evitar problemas comuns são constantemente relatadas pelos pais.

Os pais referiram ainda ser comum a ênfase de profissionais em ensiná-los a lidar com os filhos como se fossem professores ou terapeutas, em detrimento das suas necessidades emocionais. Por outro lado, Lueck (2004) relatou a importância de se incluírem tarefas que abranjam diversas habilidades da criança em intervenções que auxiliem no desenvolvimento e, conseqüentemente, no acesso das crianças à escolarização e à integração psicossocial. Pode-se pensar que uma

intervenção efetiva seria aquela que pudesse apoiar esses pais a serem pais e não professores, ao mesmo tempo em que habilitasse os pais a realizarem as tarefas necessárias de ensino que uma criança com deficiência demanda.

Considerações Finais

São poucos os estudos que investigam a efetividade de programas de intervenção precoce entre bebês com DV, pois a maioria focaliza o desenvolvimento das crianças entre dois e seis anos ou mais. Além disso, são escassas as informações a respeito do desenvolvimento das crianças dessa faixa etária, nesta área.

O fato de a população ser extremamente heterogênea, envolvendo, além da DV, outras deficiências associadas, dificulta a investigação de um número maior de participantes. Em função disso, poucos estudos investigam a efetividade da intervenção. Ainda que estudos de eficácia sejam mais difíceis de serem realizados nessa população, investigações de efetividade são possíveis, apesar de não seguirem os mesmos critérios rigorosos dos estudos de eficácia.

Ressalta-se, portanto, a necessidade de estudos longitudinais sobre o desenvolvimento inicial de crianças com deficiência visual, com o intuito de coletar informações que auxiliem os pais a redimensionarem suas expectativas em relação ao desenvolvimento de seus filhos. Além disso, é urgente que se investigue a efetividade de intervenções em fases tão iniciais do desenvolvimento, com o intuito de possibilitar um melhor atendimento para bebês com DV e suas famílias.

Referências

- Adelson, E., & Fraiberg, S. (1974). Gross motor development in infants blind from birth. *Child Development, 45*, 114-126.
- Aitken, S. (1988). Whither early intervention? Retrieved November 9, 2004, from www.visugate.biz/bjvi/1988/summer1988.html
- Als, H., Tronick, E., & Brazelton, T. B. (1980). Stages of early behavioral organization: the study of a sighted infant and a blind infant in interaction with their mothers. In T. M. Field (Org.), *High risk infants and children, adult and peer interaction* (pp.181-204). New York: Academic Press.
- Batista, C., & Enumo, S. (2000). Desenvolvimento humano e impedimentos de origem orgânica: o caso da deficiência

- visual. In H. A. Novo & M. C. Menandro (Orgs.), *Olhares diversos: estudando o desenvolvimento humano* (pp.157-174). Vitória: UFES.
- Behl, D., Akers, G., Boyce, M., & Taylor. (1996). Do mothers interact differently with children who are visually impaired? *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 90 (6), 501-511.
- Bosa, C. A. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 77-88.
- Callias, M. (1994). Parent training. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (pp.918-935). Oxford: Blackwell Science.
- Campbell, J. (2003). Maternal directives to young children who are blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 97 (6), 355-365.
- Ferrel, K. (1984). Early years action plan. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 78, 56-57.
- Fraiberg, S. (1977). *Insights from the blind: comparative studies of blind and sighted infants*. New York: Basic Books.
- Gilbert, C., & Foster, A. (2001). Childhood blindness in the context of vision 2020: the right to sight. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (3), 227-232.
- Guralnick, M. (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Hall, A., & Bailey, I. L. (1989). A model for training vision functioning. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 83 (8), 390-396.
- Kekelis, L., & Andersen, E. (1984) Family communication styles and language development. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 78, 54-65.
- Klein, B., van Hasselt, V. B., Trefelner, M., Sandstrom, D. J., & Brandt-Snyder, P. (1988). The parent and toddler training project (PATT) for visually impaired and blind multihandicapped children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 82 (2), 59-64.
- Loots, G., Devisé, I., & Sermijn, J. (2003). The interaction between mothers and their visually impaired infants: an intersubjective developmental perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 97 (7), 403-417.
- Lueck, A. H. (2004). Relating functional vision assessment, intervention, and outcomes for students with low vision. *Visual Impairment Research*, 6 (1), 45-52.
- Lueck, A., Dornbusch, H., & Hart, J. (1999). The effects of training on a young child with cortical visual impairment: an exploratory study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 93 (12), 778-793.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (1994). *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Messer, D. (1994). *The development of communication: from social interaction to language*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Pérez-Pereira, M., & Conti-Ramsden, G. (1999). *Language development and social interaction in blind children*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Rogers, S., & Puchalsky, C. B. (1984). Social characteristics of visually impaired infant's play. *Topics in Early Childhood Special Education*, 3 (4), 52-56.
- Rowland, C. (1984). Preverbal communication of blind infants and their mothers. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 78 (7), 297-302.
- Schmidt, C., & Bosa, C. (2003). A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. *Interação*, 7 (2), 111-120.
- Souza, A. D., Bosa, C., & Hugo, C. N. (2005). As relações entre deficiência visual congênita, condutas do espectro do autista e estilo materno de interação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22 (4), 355-364.
- van Hasselt, V., Hersen, M., Moor, L., & Simon, J. (1986). Assessment and treatment of families with visually handicapped children: a project description. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 80 (3), 633-635.
- Warren, D. H. (1994). *Blindness and children: an individual differences approach*. London: Cambridge University Press.

Recebido em: 28/6/2007

Versão final reapresentada em: 17/1/2008

Aprovado em: 11/3/2008

O relacionamento terapeuta-cliente no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo

The therapist-client relationship in the treatment of obsessive compulsive disorder

Neide Aparecida **MENDES**¹

Luc **VANDENBERGHE**²

Resumo

Este artigo levanta a possibilidade de intervenção no transtorno obsessivo compulsivo por meio da psicoterapia analítica funcional. Trata-se de uma psicoterapia comportamental que se diferencia de tratamentos comportamentais tradicionais, tais como treinamento em habilidades sociais ou dessensibilização, por ser pautada nas oportunidades de mudanças profundas obtidas dentro das limitações de um relacionamento interpessoal íntimo e intenso. O transtorno obsessivo compulsivo é um transtorno de ansiedade caracterizado pela presença de obsessões e compulsões recorrentes e severas que causam sofrimento e prejuízo objetivo. Mesmo que à primeira vista não pareça um transtorno de ordem interpessoal, pretende-se ilustrar como a psicoterapia analítica funcional pode contribuir para seu tratamento. Isto é feito pela discussão de momentos nas sessões de uma cliente de 47 anos portadora de transtorno obsessivo compulsivo persistente desde a adolescência. Verifica-se que oportunidades de aprendizagem ao vivo podem ser identificadas no relacionamento terapeuta-cliente, e que há indícios para o efeito terapêutico dos mesmos.

Unitermos: Transtorno obsessivo-compulsivo. Psicoterapia analítico-funcional. Terapia comportamental.

Abstract

This article considers the possibilities of functional analytic psychotherapy in the treatment of obsessive compulsive disorder. Functional analytic psychotherapy is a form of behavioral psychotherapy, that differs from traditional behavioral treatments like social skills training or desensitization, because it focuses exclusively on the opportunities for profound change that occur within the confines of an intimate and intense interpersonal relationship. Obsessive Compulsive Disorder is an anxiety disorder characterized by repetitive and severe obsessions and compulsions that cause subjective suffering and objective losses. Although, at first sight, it is not an interpersonal problem, we will show how Functional Analytic Psychotherapy can contribute to its treatment. Turning-points are discussed in the relationship between a therapist and a 47 year-old client with treatment-resistant Obsessive Compulsive Disorder since early adolescence. In-vivo learning opportunities, as conceptualized by Functional Analytic Psychotherapy, are identified in the therapist-client relationship, and the reasons for the therapeutic effects are discussed.

Uniterms: Obsessive compulsive disorder. Functional analytic psychotherapy. Behavior therapy.

▼▼▼▼▼

¹ Consultório particular. Goiânia, GO, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Centro de Estudos e Pesquisa em Psicologia. R. 232, n.128, 3º andar, Setor Universitário, 74605-140, Goiânia, GO, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L. VANDENBERGHE. E-mail: <luc.m.vandenbergh@gmail.com>.

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) faz parte dos transtornos de ansiedade e se manifesta pela presença de obsessões e/ou compulsões recorrentes e severas que consomem mais de uma hora por dia do portador, causando sofrimento acentuado e prejuízo significativo. É característico o reconhecimento pelo indivíduo de que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais. Em cada cinquenta pessoas, uma pode apresentar TOC. Costuma aparecer no final da adolescência, em número semelhante para ambos os sexos, existindo casos de início mais precoce, principalmente no sexo masculino (American Psychiatric Association - APA, 2003).

Na patogênese pode haver contribuição dos fatores genéticos, da história de vida, do ambiente interpessoal imediato e da cultura na qual o indivíduo está inserido, observando que a última promove comportamentos obsessivos e compulsivos em diferentes momentos da vida - por exemplo, a atividade de estudar bem alguma matéria, tarefa em que se faz necessário o cuidado um tanto obsessivo, relendo e relembrando o assunto (Hounie et al., 2005).

Obsessões são ideias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, vivenciados como intrusos e inadequados. O indivíduo sente que o conteúdo da obsessão é estranho, que não está dentro de seu controle e nem é o tipo de pensamento que ele esperaria ter. Reconhece que as obsessões são produtos de sua própria mente e não impostos pelo exterior. Exemplos comuns são: pensamentos repetidos acerca de contaminação; dúvidas repetidas; necessidade de organizar coisas em determinada ordem; medo de ter impulsos agressivos; imagens sexuais ou blasfêmias; preocupação exagerada com problemas em uma determinada área sem que estes ofereçam realmente perigo (APA, 2003).

Tomar consciência de vontades, imagens ou pensamentos involuntários que ocorrem e desaparecem espontaneamente é um fenômeno psicológico comum, e se a pessoa não der importância a eles, serão esquecidos (Wegner, 1989). Porém, quando se trata de pensamentos ou imagens inaceitáveis para a pessoa, ou que ameaçam a imagem de si, ela pode iniciar tentativas de suprimi-los e controlá-los. Isto pode ser o caso, por exemplo, de pensamentos incompatíveis com sua autoimagem ou que agridem seus valores centrais (Ferrier & Brewin, 2005). Outros elementos que favoreçam

a transformação de pensamentos em obsessões são a sensação peculiar de não ter controle o suficiente e a tendência exagerada de monitorar, que foram detectadas em pessoas com TOC (Moulding, Doron, Kyrios & Nedeljkovic, 2008).

Compulsões são atos repetidos que a pessoa se sente compelida a executar, visando prevenir ou reduzir o desconforto provocado pelas obsessões, ou para evitar alguma situação temida. Não têm conexão com um perigo real que deve ser evitado, ou então são claramente excessivos (APA, 2003). Exemplos são: lavar as mãos várias vezes para se tornar seguramente limpo; verificar várias vezes se trancou a porta para sentir-se seguro; contar até vinte para não cometer atos obscenos; guardar roupas velhas para que nunca falte o que vestir; tentar afastar pensamentos indesejáveis, substituindo-os por pensamentos contrários (Cordioli, 2004).

Existem, para o TOC, tratamentos empiricamente sustentados. Exemplos são: tratamentos comportamentais que visam extinguir as respostas condicionadas de ansiedade por procedimentos de exposição aos conteúdos que evocam as compulsões, sempre evitando que o comportamento compulsivo ocorra (Ito, 1996; Guimarães, 2001; Meyer & Levy, 1973) e tratamentos cognitivos, que visam modificar as avaliações disfuncionais das imagens e dos pensamentos intrusos, como também a reestruturação das crenças irracionais que ajudam a manter o processo obsessivo-compulsivo (Clark, 2004; Fisher & Wells, 2008; Rangé, 2003; St. Clare, Menzies & Jones, 2008).

Em meta-análises de pesquisas sobre efeitos terapêuticos, a reestruturação cognitiva e a exposição com prevenção das respostas compulsivas mostraram uma eficácia comparável. A combinação das duas abordagens em um tratamento integrado nada acrescentou ao resultado (Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa & Marín-Martínez, 2008). Apesar da eficácia destes tratamentos, há um número importante de portadores de TOC que os rejeitam, ou que os aproveitam de forma limitada por causa de problemas que ocorrem no relacionamento terapeuta-cliente durante a aplicação das técnicas (Rachman, 2003). Tal observação justifica novas contribuições.

Como, à primeira vista, o TOC não é um problema de ordem interpessoal, não surpreende que os tratamentos mais tradicionais para este transtorno se

concentrem no nível intrapessoal, onde se localizam as crenças e as respostas condicionadas subjacentes ao transtorno. Porém, neste artigo pretende-se ilustrar como princípios de uma psicoterapia interpessoal podem contribuir para o tratamento do TOC.

O Modelo FAP

A Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) (Kohlenberg & Tsai, 2001) é um tipo de psicoterapia comportamental pautada nas oportunidades de mudanças profundas obtidas dentro das limitações de um relacionamento íntimo e intenso entre terapeuta e cliente. A vivência interpessoal profunda neste relacionamento oferece ao cliente oportunidades de aprendizagem ao vivo, que o ajudam a crescer e superar seus problemas no cotidiano. O cliente com fobia social sente-se criticado pelas interpretações do terapeuta e tem a oportunidade de aprender ao vivo como lidar com tal situação. A pessoa com personalidade dependente tem que aprender a lidar com os limites e desafios inerentes a um relacionamento próximo, pois é exposta, ao vivo, à intimidade do relacionamento com o terapeuta.

Oportunidades de aprendizagem ao vivo emergem no seio do relacionamento terapêutico quando o cliente emite comportamentos clinicamente relevantes em relação à pessoa do terapeuta. Estes são momentos em que o comportamento pode ser modelado diretamente a partir dos efeitos que têm sobre o relacionamento. Os comportamentos clinicamente relevantes do cliente que ocorrem durante a sessão são indicados pela sigla inglesa CRB (*Clinically Relevant Behavior*) e divididos em três categorias.

A primeira categoria inclui a ocorrência ao vivo dos problemas na interação com o terapeuta (CRB1): a terapia deve levar à diminuição destes comportamentos por meio de evocação e modelagem de modos alternativos de agir. A segunda categoria descreve os progressos do cliente (CRB2): são comportamentos com baixa ocorrência no início da terapia e que serão alvos de reforçamento por caracterizar melhoras ao vivo no relacionamento com o terapeuta. A terceira categoria inclui as interpretações que o próprio cliente faz dos seus comportamentos durante a interação com o terapeuta (CRB3): refere-se às falas do cliente sobre suas

dificuldades, seus progressos e as suas causas (Kohlenberg & Tsai, 2001).

As ações do terapeuta são: notar, evocar, responder e interpretar os comportamentos clinicamente relevantes do cliente. Estas atuações afetam os comportamentos do cliente através de três funções de estímulo:

Em primeiro lugar, o que o terapeuta faz pode funcionar como estímulo discriminativo, isto é, pode propiciar uma situação na qual é mais provável que ocorram certos comportamentos do cliente. Em segundo lugar, pode ter uma função eliciadora (evocando respostas emocionais, sensações, imagens ou pensamentos). Finalmente, as ações do terapeuta podem funcionar como reforçadores, isto é, consequências que aumentam a ocorrência de certo comportamento do cliente. Na FAP, o modo de ajudar o cliente é por meio destas diferentes funções das ações do terapeuta durante a sessão. Logo, o primeiro objetivo terapêutico é construir um relacionamento genuíno e intenso para que os problemas-alvo do cliente realmente ocorram dentro da sessão, para serem trabalhados ao vivo (Kohlenberg & Tsai, 2001).

Os procedimentos de avaliação na FAP para gerar hipóteses clínicas e monitorar os progressos do cliente são os mesmos usados por terapeutas cognitivo-comportamentais: entrevistas, autorrelatos, questionários e registros. Durante todo o tratamento, a FAP utiliza técnicas vivenciais e exercícios de contato emocional, como também destaca a expressão honesta pelo terapeuta dos seus sentimentos em relação ao cliente, com o intuito de intensificar o relacionamento terapêutico e torná-lo um lugar de aprendizagem genuíno.

Suas estratégias de intervenção são colocadas na forma de regras para o terapeuta: observar atentamente o comportamento do cliente para intervir no momento certo; criar condições para evocar os comportamentos disfuncionais e as oportunidades de aprendizagem; reforçar os progressos do cliente quando ocorrem ao vivo em situação de consultório; observar quais os aspectos da pessoa do terapeuta ou quais ingredientes da sua maneira de estar junto ao cliente que são reforçadores para os comportamentos do cliente; compartilhar com o cliente suas interpretações de variáveis que afetam o seu comportamento (Tsai, Kohlenberg, Kanter & Walz, 2008).

Durante toda a sessão, o terapeuta procura detectar comportamentos que são relacionados ao transtorno para o qual o cliente procurou o tratamento. A pergunta-chave que guia o terapeuta é: "Isto está acontecendo agora"? Este questionamento é feito em relação à ocorrência de problemas ou das melhoras clínicas que podem se manifestar na forma com que o cliente lida com o terapeuta e com a situação terapêutica.

Como já apontado, os tratamentos empiricamente sustentados para o TOC não enfocam o relacionamento terapêutico como a FAP o faz, porém o objetivo deste estudo foi argumentar que o relacionamento terapêutico pode ser um instrumento alternativo ou complementar às técnicas que são atualmente aceitas. Em um estudo de caso, ilustrou-se a viabilidade deste modelo de psicoterapia, trazendo os princípios interpessoais da FAP para o tratamento do TOC.

Método

Participante

Senhora "A", portadora de TOC, 47 anos, casada, trabalha em um cargo comissionado de alta responsabilidade, é mãe de um filho vivo e sofreu também um aborto natural. Apresentou compulsões de puxar seus cabelos (tricotilomania), de contar quantos vãos havia na estante da sua sala, quantas portas tinha nos armários da sua cozinha e quantos orifícios havia no rosto das pessoas. Incomodava-se com números de coisas ímpares, pois isso causava a impressão de que "sobra alguém". Tinha a preocupação exagerada em exercer com perfeição todos os seus papéis: de filha, mãe, esposa, trabalhadora, e quando sentia que falhava, ficava aflita, ansiosa e se culpava. A tricotilomania a deixou quase calva na área onde puxava os cabelos, além de deixar o chão sujo, tornando-a preocupada em ser vista como uma pessoa que fazia "sujeira".

Nasceu no interior de outro estado, onde morou até os doze anos, quando veio com sua mãe para a capital onde atualmente mora. A mãe, costureira, quase se tornou freira, mas conheceu um viajante, casou-se com ele e, em pouco tempo, "A" nasceu. Quando ainda bebê, a mãe descobriu que o marido tinha outra família e se separou. Tinha três anos quando seu pai morreu. Com sua mãe, morou por alguns anos em um barracão

nos fundos da casa dos avós maternos adotivos. Várias vezes mãe e filha tiveram que se separar por motivo de trabalho da mãe. A sra. "A" relata esse fato como uma situação das mais dolorosas: "Preferiria que ela nem viesse para não termos que nos separar". Algumas vezes, "A" se mudava com a mãe para ajudá-la. Foi assim por anos, até que a mãe decidiu mudar para a capital de Goiás em busca de autonomia e liberdade.

Senhora "A" ganhou uma bolsa de estudos em uma escola renomada. Desde pequena já se mostrou muito responsável. Sempre se esforçou nos estudos e construiu um histórico escolar de boas notas. Formou-se em Direito e, logo na adolescência, começou a trabalhar. Foi manicure, professora e secretária executiva antes de ter acesso ao cargo comissionado de alto nível. Morou duas vezes nos Estados Unidos, em busca de salário melhor; assim conseguiu realizar o sonho de comprar uma casa própria para sua mãe. Na primeira vez que foi para o exterior era solteira e o namorado foi atrás. Tiveram um relacionamento sexual, que se tornou uma grande preocupação para a sra. "A", prevendo que para sua mãe era algo que não deveria acontecer antes do casamento religioso: "... me lembro de arrancar cabelos enquanto escrevia cartas para minha mãe tentando dizer sobre o que tinha acontecido".

Procedimentos

A cliente foi atendida em clínica particular, encaminhada por um psiquiatra, e indicada por um cliente da psicoterapeuta, primeira autora do trabalho. O caso foi discutido em supervisão e os resultados deste artigo foram organizados no decorrer das discussões entre a terapeuta e o supervisor, segundo autor deste texto. A casuística foi desenvolvida focando no que ocorreu entre a terapeuta e a cliente, para poder captar o processo interpessoal que a FAP propõe como elemento curativo central no tratamento. Mudanças no quadro clínico da cliente são descritos considerando o relacionamento da cliente com a terapeuta e a evolução deste relacionamento.

Resultados

O primeiro assunto interpessoal identificado foi a irritação da cliente com o filho, pelo modo como

escovava os dentes. Nas palavras dela: “Ele não passa a escova sobre os dentes o tanto necessário”. Ela observava o tempo que ele gastava na escovação, e caso achasse que tinha sido rápido, fazia-o repetir, além de ficar com semblante “assustador” e puxar todos os cabelos de uma vez. No trabalho também ficava impaciente com um colega lento e sem iniciativa na execução de tarefas. Não se permitia o mínimo de atraso ou o menor erro. Sentia necessidade excessiva de ficar atenta para antecipar e atender às necessidades do seu chefe e dos colegas.

Observa-se que o processo obsessivo-compulsivo interferiu diretamente no plano interpessoal. Logo alguns comportamentos disfuncionais no relacionamento com a terapeuta (CRB1) chamaram a atenção. A cliente chegava em torno de vinte minutos adiantada para as sessões, e desde o início expressava sua impaciência com a eficácia da terapia. A terapeuta buscou manter um bom vínculo, iniciando a sessão sempre no horário, mostrando cuidados com os sentimentos e preferências da cliente, aceitando os comportamentos disfuncionais como algo passível de mudança e sem intencionalidade.

A confiança que a cliente desenvolveu em relação à terapeuta foi considerada um progresso (CRB2) e acolhida pela última com uma escuta atenta a todas as informações que ela lhe confiava. Assim, a terapeuta permitiu que, a partir da mudança de atitude da cliente no relacionamento com ela, desenvolvessem um relacionamento íntimo. Este, por sua vez, possibilitou à cliente expor detalhadamente situações traumáticas da infância, adolescência e fase adulta. Outra mudança importante ocorreu no seio do relacionamento quando a cliente, em contraste ao que tinha sido o seu estilo durante toda sua vida adulta, começou a conseguir escutar sem interrupção as falas da terapeuta e se interessar pelo que ela tinha a dizer.

Nas suas interações com a terapeuta, a cliente também se tornou gradualmente mais flexível quanto às suas próprias regras. Em um relacionamento entre pessoas que se dispõem a serem genuínas e a tentarem se entender mutuamente, não se é obrigado a fazer tudo como combinado ou esperado; assim, a cliente conseguiu, aos poucos, transgredir suas regras rígidas. Com a preocupação de não punir as primeiras brechas nesta rigidez, a terapeuta, ao contrário do que tinha

sido combinado, não cobrava a sessão desmarcada na última hora e acolhia a cliente quando cometia atos considerados por ela - a cliente - irresponsáveis.

No decorrer do processo terapêutico, a terapeuta observou que as características dela que se caracterizavam como reforçadoras para os progressos da cliente eram: sua assiduidade, sua maneira de acolher e sua disponibilidade emocional. É importante enfatizar que estas reações da terapeuta à pessoa da cliente encaixam-se em categorias de reforçadores naturais aos quais a cliente, por meio de suas novas atitudes, também teve acesso no seu cotidiano fora da sessão. Isto significa que a sra. “A” podia, com seu comportamento menos condenatório, mais espontâneo e aberto para com os outros, evocar nas pessoas com quem interagira as mesmas atitudes que evocou na pessoa da terapeuta.

As mudanças que ocorreram no relacionamento com a terapeuta gradualmente transpareceram no cotidiano: a cliente começou a agir de maneira menos tensa e preocupada, passando a avaliar o comportamento dos outros de forma mais positiva, principalmente os que se comportavam mais lentamente, sem rigidez e sem preocupação com a perfeição.

Procurou-se compreender os comportamentos da cliente por meio de interpretações que foram construídas pela terapeuta e pela cliente em conjunto. Relatos da cliente de que puxava seus cabelos quando tinha que dar cola de prova para uma colega, ou quando quebrava alguma outra regra, ajudaram nesta tarefa. Comportamentos ao vivo durante a sessão, como se agitar na poltrona ou elevar as mãos na cabeça quando falava destes assuntos, permitiam relacionar os sintomas com sentimentos de culpa e vivências de castigos. A obsessão “algo que está em número ímpar significa que alguém fica sobrando” foi relacionada a várias situações traumáticas da infância nas quais foi excluída - por exemplo, vivenciou a situação de ver uma prima da sua idade ser arrumada para tirar uma foto; ela ficou perto da prima, com vontade de participar, e quando seu rosto saiu junto na fotografia foi punida.

Em um determinado período da terapia, do sexto ao 15º mês, o relacionamento permitiu que a cliente expressasse e processasse uma sequência de situações estressantes e de crises que invadiam seu cotidiano. A descoberta de câncer, a cirurgia de retirada total da mama e o início do tratamento de quimioterapia leva-

ram a uma mudança brusca de temas nas sessões, sendo abordados principalmente as orientações médicas, as dúvidas da cliente, sua perspectiva para o futuro e a preparação para o tratamento. A morte de um familiar com o qual tinha vínculo próximo foi o contexto para que a cliente entrasse em contato com suas crenças de morte e a vivência do luto.

O falecimento da mãe de "A" levou a um novo contato intenso com sentimentos de culpa e cobrança. A crença de que não deu toda a atenção que deveria ter dado à sua mãe e pensamentos de que poderia perder também o marido e o filho a qualquer momento porque "a morte está cada vez mais perto das pessoas mais importantes" foram discutidos nas sessões. Neste período, a terapeuta observou que a cliente tentou evitar a expressão de sentimentos de raiva, medo e dor, falando de situações dolorosas sorrindo e brincando, além de desviar seus pensamentos para como poderia ajudar outras pessoas. Evidenciou-se a crença de que assim poderia evitar o sofrimento de outros.

Foi considerado um CRB1 quando a cliente relatava situações sofridas sem demonstrar emoções para poupar a terapeuta de sofrer também, assim como fez com seus familiares e amigos. Relativo a este problema, um progresso (CRB2) foi identificado quando a cliente conseguia expressar o que realmente sentia, por meio de uma escolha espontânea de palavras, choro e linguagem corporal. A terapeuta reagiu sentando-se mais próximo da cliente e deu maior tempo de sessão, mostrando o quanto a expressão de suas emoções era importante para seu vínculo e para o progresso do trabalho.

Um CRB3 ocorreu quando a cliente chegou a interpretar que a camuflagem do seu sofrimento era uma forma de responsabilidade excessiva para com a terapeuta, como também era o caso no seu cotidiano, onde se impunha a mesma limitação, como se ela tivesse o poder de evitar que os outros sofressem.

No terceiro mês de terapia, a cliente já tinha parado de puxar os cabelos, mas durante o trabalho intensivo com a vivência de sentimentos de culpa tinha recaídas, ainda que com menor frequência e intensidade. Os comportamentos de contar números de portas, vãos e orifícios desapareceram depois de ter trabalhado o sentimento de que números ímpares significavam que "sobrava alguém". Também se concentrava menos

na solução dos problemas dos outros e com exigências exageradas. Passou a se cuidar mais, praticando exercícios físicos e lazer. Mostrou mais vaidade com sua aparência e tornou mais intensos os relacionamentos com os familiares e pessoas da sua confiança.

Em alguns contatos feitos até sete meses depois do encerramento do tratamento (que durou ao todo dezoito meses), não houve retorno dos padrões obsessivo-compulsivos. Seu trabalho tinha se tornado uma atividade que oferecia prazer e muito menos sofrimento. Ela deixou de chegar muito cedo ao trabalho, e até algumas vezes se permitiu chegar atrasada. Passou a se sentir muito melhor com as pessoas, reconhecendo que elas próprias são capazes de resolver muitos dos seus problemas.

Discussão

No relato acima foi descrita uma abordagem interpessoal para um quadro obsessivo-compulsivo. O percurso deste tratamento ilustra alguns elementos-chave destacados da literatura concernentes ao TOC, mostrando que podem ser abordados a partir de um enfoque interpessoal. Trata-se de aspectos do TOC para os quais técnicas específicas existem, mas que, neste caso, foram abordados ao vivo na sessão, a partir da própria vivência do relacionamento terapêutico.

Reações excessivas à percepção abstrata de que algo parece errado (Coles, Frost, Heimberg & Rheume, 2003) que, nos tratamentos comportamentais e cognitivos, geralmente são foco de técnicas específicas, foram trabalhados naturalmente, enquanto a cliente aprendia a lidar com sentimentos de imperfeição e aceitação de inadequações no seu relacionamento com a terapeuta. A insegurança insaciável e a necessidade de sempre vigiar para evitar problemas (Szechtman & Woody, 2004) melhorou da mesma forma, enquanto a cliente aprendeu a aceitar a insegurança em um relacionamento que era emocionalmente nutritivo sem que a outra pessoa (a terapeuta) estivesse por isso controlável ou previsível.

Enquanto a literatura propõe métodos explícitos para reduzir a supervalorização de perigo idealizado, que tão frequentemente se encontra no transtorno obsessivo-compulsivo (St. Clare et al., 2008), a cliente se arriscou em um relacionamento diferente, profundo e

intenso, sem informação confiável de como a outra pessoa (a terapeuta) iria reagir. Aceitou a quebra de regras e tomou o risco de transgredir também. Assim, aprendeu a crescer sem se subjugar aos seus medos.

A responsabilidade exagerada, apontada por Rachman (2003) como aspecto importante a ser trabalhado no tratamento comportamental do TOC, estava presente com destaque na vida da cliente e na sua maneira de encarar o processo terapêutico. Neste tratamento, a terapeuta acolheu quebras de regras pela cliente, o que significava um progresso clínico ao vivo. Assim providenciou um relacionamento interpessoal que permitiu à cliente ser flexível e espontânea, duas atitudes que logo transformariam seus relacionamentos cotidianos com muitas pessoas.

A literatura aponta para a presença, em certos clientes com TOC, de uma dificuldade em expressar emoções, problema às vezes atribuído a um traço de alexitimia subjacente ou uma tendência de agressividade passiva implícita na desconsideração para com as preferências dos outros (Hand, 1992). No trabalho aqui descrito, entendeu-se que a expressão emocional tinha sido enfraquecida durante toda a infância e juventude da cliente, que precisou desconsiderar muitas das suas necessidades emocionais, mantendo-se em segundo plano e se adequando às regras dos outros, enquanto estava morando de favor com os pais adotivos da mãe, enquanto enfrentou separações repetitivas e construiu seu caminho, com grande responsabilidade e sacrifício, contando apenas consigo mesma. No seio do relacionamento interpessoal entre terapeuta e cliente houve um espaço favorável ao desenvolvimento da expressão genuína de si e da colocação de necessidades emocionais.

A cliente aprendeu a ver a outra pessoa (a terapeuta) como alguém que tinha tanto suas boas intenções quanto suas imperfeições e falhas, ou seja, mais do que alguém que deveria ser eficaz e avaliado de acordo com normas de produtividade. Esta habilidade de aceitar as particularidades da outra pessoa parece ter contribuído em medida importante para que a Sra. A. abrisse mão da sua responsabilidade excessiva e começasse a aceitar tanto a si mesma quanto às outras pessoas independentemente da adequação delas a regras abstratas.

Considerações Finais

Estes resultados sugerem que é possível tratar o TOC mediante relacionamento terapêutico. Não foi intenção neste trabalho propor o abandono dos tratamentos comportamentais e cognitivos atuais para o TOC, mas tornar a terapia mais profunda, através do aproveitamento terapêutico das oportunidades de aprendizagem ao vivo que ocorrem no seio deste relacionamento interpessoal. A FAP pode se tornar uma maneira de intensificar o tratamento deste transtorno ou até oferecer uma alternativa para clientes que se mostram resistentes aos tratamentos empiricamente sustentados.

Futuras pesquisas experimentais poderiam comparar os efeitos de tratamentos já empiricamente avaliados com e sem a adição de FAP, para averiguar a contribuição objetiva desta abordagem para o tratamento do TOC.

Referências

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Clark, D. (2004). *Cognitive-behavior therapy for OCD*. New York: Guilford.
- Cordioli, A. V. (2004). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rheume, J. (2003). Not just right experiences: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research & Therapy, 41* (7), 681-700.
- Ferrier, S., & Brewin, C. R. (2005). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43* (9), 1363-1371.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39* (2), 117-132.
- Guimarães, S. (2001). Exposição e prevenção de respostas no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. In M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde* (pp.177-196). Londrina: UEL.
- Hand, I. (1992). Verhaltenstherapie der Zwangsstörungen. In I. Hand, W.K. Goodman & U. Evers (Orgs.), *Zwangsstörungen: neue Forschungsergebnisse* (pp.89-124). Berlin: Springer Verlag.

- Hounie, A G., Lopes A. C., Labate C., Belotto C., Mathiis M. E., & Borcato S. (2005). *Transtorno obsessivo-compulsivo*. São Paulo: Protoc.
- Ito, L. M. (1996). Abordagem comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. In E. C. Miguel Filho (Org.), *Transtornos de espectro obsessivo-compulsivo* (pp.98-105). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítico funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETec.
- Meyer, V., & Levy, R. (1973). Modification of behavior in obsessive-compulsive disorders. In H. E. Adams & P. Unikel (Orgs.), *Issues and trends in behavior therapy* (pp. 77-136). Springfield: Charles Thomas.
- Moulding, R., Doron, G., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive checking: an extension to clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (8), 1472-1479.
- Rachman, J. S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford: Oxford University Press.
- Rangé, B. P. (2003). Transtorno obsessivo-compulsivo. In R. M. Caminha, R. Wainer, M. S. Oliveira & N. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática* (pp.145-153). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 (8), 1310-1325.
- St.Clare, T., Menzies, R. G., & Jones, M. K. (2008). *Danger ideation therapy (DIRT) for obsessive compulsive washers: a comprehensive guide to treatment*. Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Szechtman, H., & Woody, E. (2004). Obsessive-compulsive disorder as a disturbance of security motivation. *Psychological Review*, 111, 111-127.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., & Waltz, J. (2008). Therapeutic technique: the five rules. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (Orgs.), *A guide to functional analytic psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism* (pp.61-102). New York: Springer.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts. Suppression, obsession and the psychology of mental control*. New York: Guilford.

Recebido em: 14/12/2007
 Versão final reapresentada em: 16/2/2009
 Aprovado em: 13/3/2009

Jogos materno-infantis: estimulação essencial para a criança com paralisia cerebral

Mother-infant play: essential stimulation for children with cerebral palsy

Celina Aguilar **GOMES**¹

Edison **DUARTE**²

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar a influência potencial de atividades lúdicas, realizadas no contexto hospitalar, sobre os processos desenvolvimentais de crianças com paralisia cerebral, a partir da análise dos elementos do microsistema de Urie Bronfenbrenner. Partindo de uma abordagem qualitativa, esta pesquisa se caracterizou como um estudo de caso interpretativo. Quatro crianças com paralisia cerebral e suas mães foram selecionadas como sujeitos desta pesquisa, realizada na sala de espera da Fisioterapia Neurológica Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. O critério de escolha foi: diagnóstico de paralisia cerebral, assiduidade ao atendimento fisioterápico e concordância em participar de todas as etapas da pesquisa. Os instrumentos de pesquisa foram: observação participante e entrevista semiestruturada. Os resultados revelaram uma mudança positiva nas atitudes das mães e das crianças em relação ao ambiente.

Unitermos: Paralisia cerebral. Brincar. Desenvolvimento. Interação infantil.

Abstract

The aim of this research was to ascertain the potential influence of ludic activities conducted in a hospital environment, on the developmental processes of children with cerebral palsy, based on an analysis of the microsystem elements per Urie Bronfenbrenner. Starting from a qualitative approach, this research was characterized as an interpretative case study. Four children with CP and their mothers participated in this research that took place in the "waiting room" of the pediatric neurological physical therapy unit at the Universidade Estadual de Campinas (University Hospital). The criteria chosen were as follows: the CP diagnosis, therapy attendance and the agreement to participate. The research tools used were: participant observation and semi-structured interviews. The data analysis revealed a positive change in the attitude of the mothers and children in relation to the environment.

Uniterms: Cerebral palsy. Recreation. Childhood development. Interpersonal relations.

Há muito se reconhece que a influência psicológica do ambiente sobre o desenvolvimento da criança é de extrema importância. Realmente, todos os aspectos do comportamento (instintivo, voluntário,

lúdico, emocional) são codeterminados pelo meio existente (Lewin, 1975). Assim, conceber o desenvolvimento como o produto da interação entre o organismo humano em crescimento e seu ambiente é uma propo-



¹ Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação Mestrado em Educação Física. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo, 13081-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.A. GOMES. E-mail: <celina_aguilar2005@yahoo.com.br>.

² Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Departamento de Atividade Motora Adaptada. Campinas, SP, Brasil.

sição que poucos considerariam extraordinária. Urie Bronfenbrenner foi um destes poucos.

Ao publicar, no final da década de 1970, "A ecologia do desenvolvimento humano", Bronfenbrenner (2002) destacou o princípio, expresso simbolicamente na clássica equação de Lewin (1975): $C = f(PA)$, de que o comportamento (C) evolui da interação entre a pessoa (P) e o ambiente (A), dando uma ênfase equivalente a ambos os elementos da equação.

Na perspectiva teórica de Bronfenbrenner (2002), o ambiente ecológico é concebido como uma série de estruturas encaixadas, como "um conjunto de bonecas russas". No nível mais interno está o entorno imediato contendo a pessoa desenvolvendo (microssistema). O passo seguinte desta concepção, no entanto, requer um olhar para ambientes além destes espaços "simples", bem como para as relações entre eles. Esta interconexão é decisiva, pois o desenvolvimento da pessoa é intensamente afetado por episódios que ocorrem em locais nos quais o indivíduo nem sequer está presente.

O ponto central desta orientação ecológica está na preocupação com a adaptação progressiva entre o organismo humano em crescimento e seu ambiente imediato, assim como na maneira pela qual essa relação é influenciada por forças procedentes de regiões distantes do meio físico e social (Bronfenbrenner, 2002).

Ao discutir estas questões, o autor reconheceu que seria impossível ignorar o papel crucial desempenhado por características pessoais no desenvolvimento. Do mesmo modo, ponderou que o comportamento de um indivíduo não depende inteiramente da situação presente, envolvendo uma ampliação da perspectiva de tempo.

Tais reflexões resultaram em uma complementação de seus estudos e, cerca de uma década após a publicação de "A ecologia do desenvolvimento humano", Bronfenbrenner (2005) integrou o termo *bioecologia* ao modelo inicial, oferecendo uma reorientação ecológica constituída por quatro componentes intimamente relacionados. São eles: processo (relação dinâmica entre indivíduo e contexto), pessoa (com seu repertório individual de características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais), contexto (concebido como "estruturas encaixadas" ou sistemas) e tempo (envolvendo múltiplas dimensões de temporalidade).

A inclusão do fator tempo oferece particular atenção ao que se chama de eventos e experiências, que podem ter sua origem no ambiente externo (como a entrada na escola, o nascimento de um filho deficiente) ou no próprio organismo (a chegada da puberdade ou uma grave doença). Tais fatores alteram a relação existente entre indivíduo e ambiente, criando uma dinâmica capaz de incitar profundas mudanças desenvolvimentais (Bronfenbrenner, 2005).

Com efeito, uma importante característica da criança pequena é ser essencialmente presente. Mas a história tal como ela a experimenta é um constituinte fundamental dos elementos do ambiente. Por outro lado, a extensão do mundo infantil para o futuro procede do fato de que a criança, por meio da experiência, aprende a observar relações cada vez mais extensas e, a partir de certo momento, não só os episódios ocorridos há muitos meses, mas também os que ocorrerão no futuro desempenham um importante papel no comportamento presente: "As metas são continuamente projetadas no futuro. Desse modo, o comportamento do indivíduo não depende inteiramente da situação presente, mas inclui o passado, o presente e o futuro psicológicos, que constituem o "espaço de vida" existente num determinado momento. "À situação psicológica pertencem não somente aqueles fatos que são realmente perceptíveis e objetivamente atuais, mas também toda uma gama de eventos passados e futuros. Uma censura ou um elogio, por exemplo, podem permanecer por muito tempo como um fato psicológico presente para a criança" (Lewin, 1975).

Outro importante aspecto levantado pelo modelo bioecológico de Bronfenbrenner (2005), e anteriormente enfatizado por Lewin (1975), ressalta que a dinâmica das influências ambientais somente pode ser investigada com a determinação das diferenças individuais. Com efeito, indivíduos distintos possuem características próprias de temperamento, personalidade e atributos físicos. Tais peculiaridades devem ser consideradas como constituintes do contexto no qual se manifestam, e não simplesmente "anexos", pelo fato de serem capazes de suscitar reações - positivas ou negativas - no meio circundante. Exemplos incluem um comportamento social agradável *versus* apatia ou dificuldade de comunicação; boa aparência *versus* deficiência física.

Lewin (1965), em seu conceito de “espaço de vida”, ou “campo psicológico”, pondera que o ambiente de maior relevância para o entendimento científico do comportamento e desenvolvimento não deve ser descrito em termos “fisicamente objetivos”, mas conforme ele existe para a pessoa naquele momento.

Em termos de método de pesquisa, no entanto, a “construção da realidade desenvolvente” na criança não pode ser observada diretamente, podendo apenas ser compreendida a partir de padrões de atividades, conforme se apresentam em comportamentos verbais e não verbais durante atividades molares, papéis e relações em que ela se envolve. Estes três fatores constituem os chamados elementos do microsistema (Bronfenbrenner, 2002):

- *Atividade molar*: comportamento continuado, ou seja, apresenta uma persistência temporal, e é percebido como possuidor de significado ou intenção pelos participantes do ambiente. As atividades molares adquirem, no entanto, maior complexidade ao introduzirem outro elemento do microsistema - as relações com outras pessoas. As crianças, em especial, passam muito tempo em atividades com outros adultos e crianças. No início tais “interações” costumam envolver apenas uma pessoa por vez, mas logo a criança se torna capaz de lidar com duas ou mais pessoas simultaneamente, o que Bronfenbrenner (2002) considera um importante princípio da ecologia do desenvolvimento.

- *Relação interpessoal*: “sempre que uma pessoa em um ambiente presta atenção às atividades de uma outra pessoa, ou delas participa, existe uma relação” (Bronfenbrenner, 2002, p. 46). A condição mínima para a existência de uma *díade*, ou sistema de duas pessoas, é a presença de uma relação recíproca. A díade pode ser considerada o “bloco construtor básico” do microsistema, assumindo três formas funcionais descritas por Bronfenbrenner (2002):

1) *Díade observacional*: “ocorre quando um membro está prestando uma cuidadosa e continuada atenção à atividade do outro, que, por sua vez, reconhece o interesse sendo demonstrado” (Bronfenbrenner, 2002, p. 46).

2) *Díade de atividade conjunta*: “é aquela em que os dois participantes se percebem juntos fazendo algo” (Bronfenbrenner, 2002, p. 47). Tais atividades podem ser

diferentes, porém necessariamente complementares. Ao participarem de uma atividade conjunta, duas pessoas frequentemente desenvolvem sentimentos mais intensos uma em relação à outra. Na medida em que estes são positivos e recíprocos, favorecem a ocorrência de processos desenvolvimentais, determinando a formação do terceiro tipo de díade:

3) *Díade primária*: envolve mutualidade de sentimentos positivos.

Particularmente no desenvolvimento infantil, Bronfenbrenner (2005) considera fundamental a participação da criança em padrões de atividades progressivamente mais complexos, por um longo período de tempo, com alguém com quem ela tenha desenvolvido uma forte e mútua ligação emocional e que exerça um papel parental. Para ser mais explícito, somente alguém que tenha uma ‘ligação irracional’ com a criança será capaz de fazer o que for necessário para favorecer seu desenvolvimento. Quanto ao elemento papel, Bronfenbrenner (2002) considera que o próprio conceito envolve uma integração dos elementos atividade e relação interpessoal, uma vez que se pode defini-lo como “a maneira como a pessoa se comporta numa determinada situação e como os outros agem em relação a ela” (Bronfenbrenner, 2002, p. 69).

A partir das considerações contidas na “Ecologia do Desenvolvimento Humano” de Bronfenbrenner pode-se concluir que as condições ambientais determinam cada aspecto do comportamento da criança, sendo os fatores sociais especialmente determinantes. Desde o nascimento, as interações são fundamentais para a sobrevivência e o desenvolvimento infantil como um todo. Cada etapa do crescimento pressupõe uma ampliação dos laços afetivos e sociais.

O nascimento de uma criança com Paralisia Cerebral (PC), no entanto, gera nos pais uma avalanche de sentimentos contraditórios: angústia, culpa, rejeição, vergonha, desespero, tristeza, isolamento. Não obstante, enquanto tal conflito se desenrola, o bebê está à espera, necessitando de atenção e afeto.

Para a maioria dos pais, o diagnóstico de PC é um mistério sobre o qual eles pouco sabem. As explicações tomam a forma do que está errado com a criança, de quais são os problemas, do que ela não pode fazer, criando, nos pais, uma visão limitada, negativa e pessimista de seu filho.

As múltiplas intervenções que passam a fazer parte da vida do bebê submetem a família a técnicas de estimulação que deslocam o modo espontâneo de cuidados diários da criança para segundo plano. A maior parte de suas relações é vivida como um “processo terapêutico”. Toda a infância poderá, deste modo, ser passada em clínicas, hospitais e instituições, isolando a criança com PC de um “mundo maior”. Mesmo em casa, a mãe geralmente é transformada no principal “terapeuta” e, o livre brincar, em “exercícios de reabilitação”. Desde o início, o ato físico de segurar e manipular o bebê - prelúdio do “diálogo tônico” mencionado por Ajuriaguerra (1980) - pode ser dificultado pelos padrões anormais de postura e movimento característicos da PC. Se esta criança não desenvolveu um controle de cabeça e tronco, por exemplo, este não é apenas um problema funcional. Ela não poderá iniciar a comunicação com a cabeça ou com os olhos para indicar seus desejos e necessidades. A mãe pode achar seu filho difícil de alimentar e embalar, sentindo-se, assim, insegura de suas habilidades maternas (Levitt, 2001). No entanto, seu filho terá a necessidade vital de que ela promova, de um modo especial, os estágios de desenvolvimento.

Escrevem Maturana e Verden-Zöller (2004): “O processo inicial mais importante para o desenvolvimento da consciência humana ocorre na musicalidade elementar dos ritmos corporais vibratórios e sonoros da relação materno-infantil, enquanto a mãe amamenta, acarícia, embala, fala e acalanta o recém-nascido”.

Buscaglia (1993) observa que não é raro a mãe de uma criança com deficiência declarar que prefere não sair de casa a levar seu filho. É compreensível a relutância da mãe em expor seu filho a reações frequentemente negativas. Quando uma criança é “bonita” e “saudável” tende-se a reagir de forma positiva. Por outro lado, evita-se o contato extensivo com uma criança “sem atrativos físicos”. Bronfenbrenner (2005) reforça tal afirmação considerando que características físicas individuais tendem a gerar reações distintas no meio circundante.

A criação de espaços que respondam às necessidades da criança com PC torna-se, assim, fundamental para o pleno desenvolvimento. Porém, “montar cantinhos” com brinquedos não basta. É preciso uma proposta que ofereça oportunidades para a construção

de novas formas de convívio, com atividades e pessoas com as quais a criança possa estabelecer relações de reciprocidade e, conseqüentemente, de mútua aceitação e amizade.

Em geral, as primeiras transições ecológicas (mudanças de ambiente e conseqüente ampliação do espaço relacional) ocorrem quando a criança começa a frequentar a casa de familiares ou entra na escola. Tais ambientes costumam ser naturalmente acolhedores (Bronfenbrenner, 2002). Porém, no caso específico de crianças com PC, o direito ao ingresso na escola, garantido pela legislação brasileira, nem sempre é respeitado. “Desculpe, não estamos preparados” é o principal argumento de diretores e professores do ensino regular. Da falta de estrutura física adequada, que possibilite a locomoção, ao despreparo de professores e funcionários, os problemas enfrentados são inúmeros.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (de 1996), por sua vez, prevê o atendimento especializado em classes ou escolas especiais, quando não for possível oferecê-lo na escola comum. Embora tenha sido revista pelo decreto nº 3.956 (convenção da Guatemala), que deixou clara a incoerência do tratamento desigual com base na deficiência, crianças com severo comprometimento motor têm dificuldade de acesso, inclusive, à educação especial.

Portanto, o maior desafio do processo de inclusão é a adequação ambiental (física e social). Recreio e aulas de Educação Física, por exemplo, são ocasiões propícias para incentivar a socialização por meio de brincadeiras. No entanto, sem um ambiente favorável, podem ser o principal momento de exclusão, quando a criança sente que não pertence verdadeiramente ao grupo. As mães se sentem fragilizadas ao verem seus filhos rejeitados e, “instintivamente”, querem protegê-los, limitando ainda mais seu espaço relacional.

A partir destas reflexões, nasceu o “Espaço Jardim Oficina”, ambiente de atividades situado na sala de espera da Fisioterapia Neurológica Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP).

Dentro de uma concepção de humanização hospitalar, transforma-se o ambiente, oferecendo, por meio de atividades lúdicas, oportunidades de estimulação motora e social.

Sabe-se, por experiência, que muitas mães lutam em levar seus filhos deficientes a uma brinquedoteca, a uma sala de jogos, ou mesmo a um parque infantil. Os motivos variam desde a descrença nas possibilidades da criança, ou receio de expô-la ao fracasso e aos olhares curiosos e constrangidos, até o cansaço da mãe. Uma criança deficiente necessita de cuidados e atenção frequentes, que podem se tornar desgastantes à medida que a criança cresce em idade e tamanho. Soma-se a isso a frequente falta de sistemas de apoio, ressaltada por Bronfenbrenner (2002), para essas famílias.

Por esse motivo, encontra-se no ambiente hospitalar habitualmente frequentado a oportunidade de aproximação para realização de uma prática que transforma o contexto que gira em torno da patologia em um local de brincadeiras e formação de novos amigos. Ao se transformar o ambiente, provoca-se uma mudança em todos os elementos do microsistema, o que representa, segundo Bronfenbrenner (2002), “um exemplo especial de experimento, que, inevitavelmente, altera o comportamento dos participantes, podendo afetar o curso do desenvolvimento de maneira mais efetiva do que modificações em apenas um elemento por vez” (Bronfenbrenner, 2002, p. 32).

Acreditando que uma criança não pode realizar atividades recreativas e sustentar padrões de relacionamento interpessoal “sem sentir-se motivada ou sem adquirir uma concepção mais ampliada e diferenciada do meio ambiente” (Bronfenbrenner, 2002, p. 220), sustenta-se, com Bronfenbrenner (2002), que quando estas atividades acontecem algum desenvolvimento já ocorreu. Acreditando que uma criança não pode realizar atividades recreativas e sustentar padrões de relacionamento interpessoal sem se sentir motivada ou sem adquirir uma concepção mais ampliada e diferenciada do meio ambiente, sustenta-se, com Bronfenbrenner (2002), que quando estas atividades acontecem algum desenvolvimento já ocorreu.

Chega-se, assim, ao objetivo deste estudo, que foi verificar a influência potencial de atividades lúdicas, realizadas no contexto hospitalar, sobre os processos desenvolvimentais de crianças com PC, a partir da análise dos elementos do microsistema de Urie Bronfenbrenner.

Método

Partindo de uma abordagem qualitativa, esta pesquisa se caracterizou como um estudo de caso interpretativo, no qual o pesquisador busca uma compreensão em profundidade de uma única situação ou fenômeno (Thomas & Nelson, 2002).

As descrições e interpretações são utilizadas para apoiar afirmações teóricas, procurando entendê-las de forma contextualizada (Triviños & Molina, 2004).

O “ambiente de atividades” pode ser considerado a sala de espera da Fisioterapia Neurológica Infantil do HC/UNICAMP. Trata-se de um local de aproximadamente 44m², no próprio corredor do hospital, onde mães e crianças aguardam pelo atendimento fisioterápico. Onde anteriormente havia somente alguns bancos, encontra-se hoje um ambiente acolhedor, adequadamente decorado com pinturas de motivos infantis e brinquedos variados.

Participantes

Participaram deste estudo quatro díades mãe/criança com PC que frequentam a Fisioterapia Neurológica Infantil.

Os critérios para seleção das díades foram: assiduidade ao atendimento fisioterápico (participação em ao menos 20 dos 30 encontros realizados), concordância das mães em participar de todas as etapas da pesquisa e diagnóstico médico de PC (com comprometimento motor severo). O sexo da criança e a idade não foram considerados na escolha dos participantes.

Procedimentos

Brincadeiras tradicionais - lembradas pelas mães ou propostas pela pesquisadora - prevaleceram durante os encontros, entre elas: “amarelinha”, “esconde-esconde”, pintura, “casinha”, “bolinha de sabão”, brincadeiras com arco, brincadeiras com bexiga, “volençol”, bola ao cesto, skate, entre outras.

As adaptações, ou “pequenos ajustes”, surgiam espontaneamente, muitas vezes com a própria sugestão das mães; por exemplo, sentar no skate com a mãe, estourar bolinhas de sabão com as mãos (as crianças

não conseguem soprar), utilizar um grande arco como cesto e bexigas (mais leves e mais lentas) ao invés de bolas e, naturalmente, as mães, de forma amorosa, “conduziam” os movimentos de seus filhos sempre que necessário, sem confundir tal atitude com exercícios terapêuticos.

A frequência dos encontros foi de uma vez por semana, ao longo de dez meses. A pesquisadora permanecia no “ambiente de atividades” por um período de três horas. As crianças recebiam 45 minutos de atendimento fisioterápico e participavam das atividades propostas por aproximadamente uma hora antes e uma hora após a terapia.

Instrumentos

Para atender aos objetivos propostos neste estudo, os instrumentos de pesquisa foram: entrevista semiestruturada com as mães e observação participante (as observações foram registradas em um “diário de campo”).

A detecção da influência ambiental nos processos desenvolvimentais só é possível quando se emprega um modelo teórico consistente que permita tal observação. Neste estudo, trilhou-se o caminho da “Ecologia do Desenvolvimento Humano” de Bronfenbrenner (2002). As concepções ecológicas do autor sobre *desenvolvimento-no-contexto* e *elementos do microssistema* nortearam as observações.

Os fatores atividade, papel e relação interpessoal, como *elementos*, ou “blocos construtores”, do *microssistema*, definiram o campo de observação.

Resultados e Discussão

Partindo do registro realizado durante o processo de observação participante (diário de campo) e dos relatos obtidos por meio de entrevista semiestruturada com as mães, apresentam-se os resultados de forma descritiva e interpretativa, unindo a prática na Fisioterapia Neurológica Infantil do HC/UNICAMP à “Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner” (2002).

A definição de atividade molar (primeiro elemento do microssistema) enfatiza a presença da *intenção*, ou desejo de se fazer o que se está fazendo. No entanto, Lewin (1975) salienta que experiências de êxito têm um efeito marcante sobre o “encorajamento”, especialmente quando há uma combinação de êxito e elogio. A seguinte anotação do diário de campo confirma tal afirmativa:

C4³ costuma se dispersar facilmente sempre que encontra dificuldades. No entanto, hoje, durante nossa brincadeira de “amarelinha”, percebi o quanto se esforçava para pular em um pé só e, em seguida, com os dois pés (para ele pular com os dois pés é mais difícil). Todos comemoraram sua conquista, o que o deixou entusiasmado.

Segundo Bronfenbrenner (2002), a realização de atividades molares demonstra a habilidade da criança de influenciar o meio ambiente de acordo com seus desejos e necessidades. A criança se torna, assim, capaz de fazer suas próprias escolhas.

Quando chega no “Espaço Jardim Oficina”, C1 fica agitada querendo brincar. Com o passar do tempo começamos a compreender seus olhares e sorrisos (ela não fala) e, assim, ela consegue escolher as brincadeiras. Fica especialmente feliz quando brincamos na casinha, de esconde-esconde e com o skate. Hoje perguntamos se queria brincar de “esconde-esconde” e ela sorriu de modo afirmativo.

Relações interpessoais e papéis

“Embora as atividades molares possam ser realizadas solitariamente, o envolvimento de outras pessoas constitui a mais importante fonte de efeitos diretos do meio ambiente sobre o desenvolvimento” (Bronfenbrenner, 2002).

Infelizmente, o mundo da criança com PC tende a ser socialmente empobrecido. Tal isolamento a impede de interagir com pessoas com as quais ela poderia desenvolver um apego sólido.

Eu gostaria que ele (C2) frequentasse uma escolinha, ficasse mais tempo num grupo, mas onde eu levo ele na terapia (na cidade onde mora), dizem que ele não vai ter

melhora, que já é deficiente... não adiantaria pô-lo numa escolinha. Lá tem escolinha pra criança com síndrome de Down, criança que aprende alguma coisa, faz alguma coisa. Então... no caso dele é assim, não faz nada, não precisa. Não adianta ele ficar lá na escola porque ele não senta sozinho, não come sozinho. Esse convívio pra ele não significa nada. É uma coisa revoltante, porque eu acho que de repente, ele no meio das outras crianças, convivendo. Sabe, convivendo as crianças aprendem o que o outro faz. Eu acho que seria bom pra ele. Mas não acham que é o caso dele.

Com o objetivo de minimizar os efeitos de tal privação, buscou-se oportunizar atividades lúdicas que favorecessem uma variedade de relações, sem, no entanto, confundi-las com outros propósitos terapêuticos. Os dados obtidos foram descritos e analisados em termos de relações diádicas, partindo de sua primeira forma funcional - díade observacional.

C1 observava atentamente outra criança brincando na "casinha". Perguntei se queria brincar também e ela sorriu afirmativamente. Entramos na "casinha" e em pouco tempo as duas brincavam juntas. A outra menina fingia dar "comidinha" para C1 e ela, por sua vez, demonstrava gostar da brincadeira, sempre sorrindo. M1 costuma comentar que C1 não brinca com outras crianças e o "Espaço Jardim Oficina" tem dado essa oportunidade a ela.

Ao estruturar a atividade acima descrita de modo que as duas crianças operassem juntas, buscou-se proporcionar padrões de interação mais complexos, caracterizados pela reciprocidade.

Para Bronfenbrenner (2002), o desenvolvimento é facilitado quando as atividades observacionais ou conjuntas são realizadas com alguém com quem a criança desenvolveu um significativo e duradouro laço emocional.

São justamente estas relações afetivas positivas e recíprocas que caracterizam a terceira forma diádica - díade primária. Esta, por sua vez, encontra seu mais belo e expressivo exemplo na relação mãe-filho. No curso desse intercâmbio emocional, mãe e filho vivem, juntos, profundas experiências desenvolvimentais.

Em casa eu brinco com ele (C2), mas eu não tenho tempo pra me divertir. Eu tento fazer ele se divertir pra poder fazer as coisas de casa. Eu fico preocupada com as minhas

coisas, na verdade. E aqui não... A gente se distrai junto. Tem as atividades, as coisas que a gente aprende, é muito bom.

Conclui-se, pelo relato acima, que a *qualidade*, e não apenas a *quantidade*, da interação materno-infantil deve ser sempre observada. E, nesse aspecto, a presença de terceiras pessoas exerce considerável influência no comportamento da díade, na medida em que essas terceiras pessoas apoiam as atividades da díade original e favorecem o estabelecimento de novas díades primárias.

No brincar aqui no hospital, eu acabei pegando amizade com outras mães. Eu sempre vinha com a (outra mãe) na perua e não tinha intimidade. Agora, brincando com você (pesquisadora), a amizade ficou enorme. Ela mudou de cidade e faz uma falta danada. É muito bom saber que quando a gente falta na terapia alguém vai sentir sua falta também. A pessoa não vai dizer: 'Você tá perdendo consulta'. Ela vai falar assim: 'Você faltou, aconteceu alguma coisa? Você tá precisando de alguma coisa? Isso é muito bom.

As afirmações permitem concluir que a transformação ambiental afetou não somente o desenvolvimento das crianças, mas também o comportamento das mães. Nesse aspecto, as oportunidades oferecidas para o estabelecimento de novos vínculos e atividades conjuntas foram significativas para a formação de novos relacionamentos primários.

Stainback e Stainback (1999) lamentam que, embora a maioria de nós não consiga imaginar a própria vida sem o apoio, estímulo e companhia dos amigos, o desenvolvimento de tais relacionamentos por crianças com deficiência é frequentemente negligenciado. Embora as amizades não possam ser "forçadas", podem ser "encorajadas". A proximidade física, por exemplo, pode ser considerada um pré-requisito, conquanto não seja suficiente. Há muitos casos de crianças com PC "colocadas" em classes de educação regular, próximas de outras crianças, mas com atribuições individuais, como se pode observar no seguinte relato:

Na escola o (C3) não participa das aulas de Educação Física porque já fica mais complicado. Devido a ele tá usando o andador... não conseguir jogar bola... ele fica no pátio com a professora da sala, com uma outra brincadeira, mas não com todas as crianças. No recreio ele come a merenda com as crianças. Depois eles vão brincar. Aí separa... tem criança que vai pra grama... tem aquelas

que vão pro pátio... e ele fica sentadinho no chão brincando com pecinha... com brincadeira que dá certo pra ele.

O desenvolvimento de amizades - ou relacionamentos diádicos primários - requer oportunidades de interação no sentido estrito da palavra, ou seja, ação recíproca. À medida que os relacionamentos aumentam, as amizades se desenvolvem.

A gente vinha no hospital e quando terminava a fisioterapia a gente não ficava aqui porque não tinha o que fazer. Ficava lá fora. Ai ele não gostava de vir. Acabava se tornando cansativo pra ele. Com as brincadeiras do 'espaço jardim oficina' melhorou mais na afinidade das crianças. O (C4) mesmo, quando ele não vem, o (C3) acha falta. Mesmo com as outras crianças ele acha falta.

A crescente participação em atividades conjuntas, com outros adultos e crianças, facilitou e motivou o envolvimento das díades em padrões progressivamente mais complexos de relações interpessoais. As mães expressaram um comportamento significativamente mais afetuoso com seus filhos, falando e sorrindo mais para eles durante as atividades, e ambos, mães e crianças, demonstraram padrões de interação modificados (de forma positiva) pela presença e participação de outras pessoas. Tais alterações comportamentais permitiram o desenvolvimento de novos vínculos, ou seja, de novas amizades.

Lewin (1965) considera que o *status* recebido no grupo equivale a êxito ou fracasso. Ao serem aceitas pelo grupo de atividades, as crianças experimentaram o sentimento de êxito e, conseqüentemente, o sentimento de "fazer parte" que, no decorrer deste estudo, foi o principal propósito. As mães, por sua vez, ao encorajarem a participação de seus filhos, puderam vivenciar, igualmente, novas amizades e principalmente experimentar a alegria de perceberem seus filhos plenamente aceitos, sem restrições, sentimento que se pode seguramente chamar de amor.

*Ele chega aqui cansado, emburrado. Ai você (pesquisadora) pega ele e vai fazer as brincadeiras. O contato com colos diferentes, isso vale, ele fica bem. Eu percebi agora que ele vai com as pessoas. Eu acho bom isso, porque **é legal ter uma pessoa assim, que não tem medo de pegar ele, brincar com ele. E aqui ele tem isso** (grifo nosso).*

Considerações Finais

Ao partir do pressuposto de que "o desenvolvimento é um produto da interação do indivíduo com o meio", considera-se que as condições ambientais determinam cada aspecto do comportamento da criança, sendo os fatores sociais especialmente determinantes. A criação de espaços que respondam às necessidades da criança com PC torna-se, assim, fundamental para o pleno desenvolvimento. Porém, "montar cantinhos" não basta. É preciso uma proposta que ofereça oportunidades para a construção de novas formas de convívio, com atividades e pessoas com as quais a criança possa estabelecer relações de reciprocidade e, conseqüentemente, de mútua aceitação e amizade.

As mães se sentem fragilizadas ao verem seus filhos rejeitados e, instintivamente, querem protegê-los, limitando ainda mais seu espaço relacional. Por esse motivo, buscou-se o ambiente hospitalar, habitualmente frequentado, para realizar a prática, transformando o contexto que gira em torno da doença em um local de brincadeiras e formação de novos amigos.

Assim como o envolvimento familiar é a chave para a reabilitação, acredita-se que a participação das mães em atividades recreativas é fonte de motivação e encorajamento para seus filhos. No entanto, o aspecto mais surpreendente de tal participação, durante a realização deste estudo, foi a formação de laços de amizade entre as mães participantes, revelando suas necessidades de trocar experiências, de serem compreendidas e, principalmente, de conviverem com pessoas que não sentem hostilidade em relação a seus filhos. Em geral as pessoas sentem receio de segurá-los, abraçá-los e participar de atividades que teriam prazer de compartilhar com outras crianças.

Da mesma forma que as crianças, as mães também precisam de atenção que lhes transmita segurança e confiança e, assim como seus filhos, elas são igualmente únicas, apresentando respostas individuais em relação à deficiência. Encontrar pessoas de apoio, que tenham tempo para ouvi-las, não é fácil. Independentemente de sua reação diante da deficiência, a mãe sentirá necessidade de orientação e informação profissional. Mas estas não devem se limitar ao conhecimento da patologia e dos cuidados especiais. É preciso

que a mãe compreenda, com o auxílio de um profissional devidamente preparado, a necessidade que seu filho tem de explorar o mundo. A criança sem deficiência geralmente encontra formas de satisfazer tal necessidade em contato com o ambiente físico e social.

Considerando a interação diádica, principal objeto deste trabalho, observou-se que também as mães experimentaram um crescimento psicológico durante o período de estudo, demonstrando um comportamento significativamente mais afetuoso com seus filhos e formando novos e significativos laços de amizade.

Um dos maiores problemas enfrentados pelas mães de crianças com PC é enfrentar o isolamento social causado pelo comprometimento físico de seu filho, privando ambos de interações de prazer e amizade.

Confirmando, por meio da prática, as hipóteses delineadas por Urie Bronfenbrenner em sua "Ecologia do Desenvolvimento Humano", conclui-se que questões ambientais devem ir além de considerações teóricas. O intuito é transpor tais conhecimentos para todo e qualquer ambiente frequentado por crianças com PC.

Em geral, a ideia prevalente ao se reportar a crianças com PC é a inadequação do desenvolvimento como fruto da lesão. A preocupação maior está no diagnóstico e nos procedimentos "corretivos". No entanto, é preciso que o foco de atuação não se restrinja à deficiência em si, mas é necessária uma reestruturação da ordem social existente, permitindo uma ecologia mais humana, criando-se novos *microssistemas* que atendam às necessidades da criança.

É importante salientar que, no Brasil, encontraram-se mais atuações referentes à recreação hospitalar que são dignas de nota, mas, de modo geral, o universo hospitalar gira em torno da doença, e a constante falta de recursos para o setor da saúde não permite que os profissionais valorizem e estimulem tais iniciativas. Quando existem, são, em geral, ligadas ao voluntariado,

que muitas vezes utiliza recursos próprios na compra ou arrecadação de brinquedos, sem a devida valorização. Aqui se abre um campo de pesquisa e atuação que, ao demonstrar e valorizar a importância das atividades lúdicas para o desenvolvimento infantil como um todo, poderá oferecer oportunidades para que crianças com PC desenvolvam habilidades de adaptação social por meio de interações cooperativas que lhes ofereçam apoio e autoconfiança.

Referências

- Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual de psiquiatria infantil* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. California: Sage Publications.
- Buscaglia, L. (1993). *Os deficientes e seus pais* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Levitt, S. (2001). *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor* (3a.ed.). São Paulo: Manole.
- Lewin, K. (1965). *Teoria de campo em ciência social*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Lewin, K. (1975). *Teoria dinâmica da personalidade*. São Paulo: Cultrix.
- Maturana, H., & Verden-Zöller, G. (2004). *Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano*. São Paulo: Palas Athena.
- Stainback, S., & Stainback, W. (1999). *Inclusão: um guia para educadores*. Porto Alegre: Artmed.
- Thomas, J., & Nelson, J. (2002). *Métodos de pesquisa em atividade física* (pp.294-295). Porto Alegre: Artmed.
- Trivinhos, A., & Molina, V. (2004). *A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas* (2a. ed.). Porto Alegre: UFRGS.

Recebido em: 5/11/2007
Versão final reapresentada em: 28/5/2008
Aprovado em: 25/6/2008

Índice de Autores

A

Abbad, Gardênia	363
Aiello, Ana Lúcia Rossito	493
Almeida, Adilson José de	465
Almondes, Katie Moraes de	15
Alvarenga, Regina Maria Papais	465
Amato, Paloma	483
Amatuzzi, Mauro Martins	93
Amiralian, Maria Lúcia Toledo Moraes	391
Anderly, Maria Amalia Pie Abib	133
Andrade, Alexandro Luiz de	109
Antunes, Deborah Christina	57
Araújo, John Fontenele	15
Argimon, Irani Iracema de Lima	455

B

Bandeira, Denise Ruschel	483
Barham, Elizabeth Joan	45
Beber, Bárbara Costa	227
Benelli, Silvio José	515
Betetto, Mariana de Freitas	337
Blay, Sérgio Luís	475
Borsari, Andréa Cristina de Toledo	287
Bosa, Cleonice Alves	537
Bueno, José Maurício Haas	35

C

Cairolí, Priscilla	205
Camargos, Ana Letícia	437
Carrara, Kester	337
Carvalho, Rafael Vera Cruz de	159
Casco, Ricardo	123
Castelli, Ana Carolina	505
Castro, Ricardo Vieiralves de	159
Catanzaro, Fabiana Olivieri	123
Cedenho, Agnaldo Pereira	475
Ceron, Mariane	123
Chambel, Maria José	275
Cia, Fabiana	45
Cielo, Carla Aparecida	227
Costa, Jaqueline Barreto da	317
Coutinho, Maria da Penha de Lima	419
Couto, Gleiber	35
Crochik, José Leon	123

D

Dias, Elaine Teresinha Dal Mas	563
Duarte, Edison	553

F

Fernandes, Luan Flávia Barufi	147
Ferreira, Luciane Ruiz Carmona	65
Filho, Altino Bessa Marques	147
Fortes, Tatiane Favarin Rech	455
Franken, Ieda	419
Freitas, Vilmon de	475
Fujita, Angela Tamey	505

G

Galvão, Gabriela Bruno	391
Gauer, Gabriel Chittó	205
Goetz, Everley Rosane	195
Gomes, Aline Grill	373
Gomes, Ana Cristina Passos	305
Gomes, Andreza Cristiana Ribeiro	287
Gomes, Celina Aguilar	553
Gomes, Isabel Cristina	215
Gomide, Paula Inez Cunha	25
Gorayeb, Ricardo	287
Grossi, Renata	173

H

Hernandez, José Augusto Evangelho	73
Hirata, Patrícia	173

I

Irigaray, Tatiana Quarti	297
--------------------------	-----

J

Jr, Amauri Gouveia	57
--------------------	----

K

Kalil, Rosângela Souza	465
Körbes, Daiane	227
Kreutz, Carla Meira	537
Kurasaki, Robyn	3

L

Lago, Vivian de Medeiros	483
Laros, Jacob Arie	349

Levandowski, Daniela Centenaro	373	Primi, Ricardo	35
Lindenmeyer, Daniela	373	Próchno, Caio César Sousa Camargo	237
Lipp, Marilda Emmanuel Novaes	505		
Lopes, Rita Sobreira	373	R	
Luiz, Andreia Mara Angelo Gonçalves	147	Ramos, Natália	419
		Raupp, Luciane	445
M		Rios, Maria Galvão	215
Maggi, Celina Rech	227	Rodrigues, Marisa Cosenza	185
Marcon, Sonia Silva	317	Romão, Adriana Peterson Mariano Salata	287
Martinelli, Selma de Cássia	327	Romera, Maria Lúcia Castilho	237
Martino, Milva Maria Figueiredo De	65	Rovinski, Sonia Liane Reichert	483
Mendes, Neide Aparecida	545		
Menezes, Igor Gomes	305	S	
Miguel, Fabiano Koich	35	Sampaio, Leonardo Rodrigues	305
Milnitsky-Sapiro, Clary	445	Santos Pricila de Sousa	305
Miyazaki, Maria Cristina de Oliveira Santos	147	Santos, Manoel Antônio dos	85
Mombelli, Mônica Augusta	317	Santos, Marina Veríssimo dos	275
Montagnini, Helena Maria Loureiro	475	Santos, Micheli Gomes dos	505
Montans, Maria Paula Soares	133	Schiavoni, Andreza	327
Morais-de-Sá, Carlos Alberto	465	Shuhama, Rosana	287
Moura, Cynthia Borges de	173	Silva, Gisele da	85
Muniz, Monalisa	35	Silva, Nancy Capretz Batista da	493
		Souza, Lídio de	247
N		Souza, Rafaela Assis de	247
Nascimento, Elizabeth do	437	T	
Nascimento, Maria José de Castro	237	Teixeira, Flora Silva	305
Noronha, Ana Paula Porto	35	Teixeira, Patrícia Alves	483
Novo, Neil Ferreira	475	Terjesen, Mark D.	3
		Trentini, Clarissa Marcelli	297
O		Tusi, Aline Ramos	227
Oliveira, Clarissa Flores	227		
Oliveira, Denize Cristina de	159	V	
Oliveira, Paula Almeida de	185	Vandenberghe, Luc	545
Oliveira Filho, Pedro de	429	Vetere, Renata	159
		Vieira, Mauro Luís	195
P			
Palácios, Katia Elizabeth Puente-	349	W	
Pereira de Sá, Celso	159	Wachelke, João Fernando Rech	109
Peres, Rodrigo Sanches	383	Weber, Danúbia Emanuele	227
Piccinini, Cesar Augusto	373	Witter, Geraldina Porto	261,399
Pinho, Cláudio	505		
Pisetta, Maria Angélica Augusto de Mello	101	Z	
Portuguez, Mirna Wetters	455	Zerbini, Thaís	363
Prestes, Cristina Maria Filomena Monzoni	257		

Índice de Assuntos

A			
Adolescência	205,445	Educação	337
Aliança terapêutica	383	Enfermagem	65
Amputação	391	Enfrentamento	317
Análise funcional	173	Envelhecimento	297,437
Ansiedade	15,101,475	Escala	305
Aprendizagem	3,57	Escrita	205
Autoconceito	45	Esquizofrenia	85
Auto-imagem	475	Estado emocionais	15,227
Avaliação de curso	363	Estigma	247
Avaliação de programa educacional	363	Estilo parental	25
Avaliação neuropsicológica	465	Estimulação precoce	537
Avaliação psicológica	73	Estímulo condicionado	133
		Estrutura familiar	215
		Expectativas	373
		Experimentação	93
B			
Bebê	373	F	
Blogs	205	Facilitação social	275
Body building	237	Família	85,275,317,537
Brincar	553	Feminilidade	237
		Fenomenologia	93
		Filhos	195
		Filosofia	515
		Freud	101
C			
Casamento	215	G	
Cidadania	337	Gênero	73
Clima organizacional	305	Gerações	159
Comportamento organizacional	305	Gestação	373
Comportamento	349		
Comportamento social	349	H	
Controle de estímulos	133	Habilidades sociais	45,337,147
Cuidado parental	195	Histórico	483
Cuidadores	85	HIV	465
		Hospitalização	317
		Humanismo	93
		I	
		Ideologia	123
		Idoso	297
		Idosos	455
		Infertilidade	287,475
		Inteligência emocional	35
		Interação infantil	553
D			
Dados demográficos	455		
Depressão	475		
Desempenho acadêmico	45		
Desenvolvimento	553		
Diferenças sexuais humanas	57		
Discriminação perceptiva	57		
Discriminação	133		
Doença arterial coronariana	505		
Drogadição	445		
E			
Educação a distância	363		
Educação inclusiva	123		

Interação professor-aluno	327		
Internet	205		
L			
Literatura	185		
M			
Mães	25,85		
Medidas perceptivas	327		
Memória	159		
Migrações	419		
Modelos multinível	349		
N			
Não-maternidade	215		
P			
Pais	3,493		
Papéis sexuais	73		
Paralisia cerebral	553		
Paternidade	373		
Percepção musical	57		
Percepção sociais	159		
Percepção	195		
Políticas públicas	445		
Portadores de deficiência visual	537		
Precisão do teste	35		
Preconceito	123		
Problemas de comportamento	45		
Processos cognitivos	185,437		
Professores	3		
Programação neurolinguística	515		
Prostituição	247		
Psicologia	93,455		
Psicanálise	101,391		
Psicologia clínica	383		
Psicologia da saúde	287		
Psicologia educacional	185		
Psicologia forense	483		
Psicologia infantil	173		
Psicologia social	429,515		
Psicólogos	483		
Psicopatologia	147		
Psicoterapia analítico-funcional	545		
Psicoterapia infantil	173		
Psicoterapia	383		
Puberdade	227		
Q			
Qualidade de vida		297,419	
R			
Racismo		429	
Raiva		505	
Recursos humanos		15	
Relações familiares		25	
Relações pai-filho		493	
Relações raciais		429	
Representações sociais		419	
Reprodução assistida		287	
Resiliência		455	
Retardo mental		493	
S			
Satisfação no emprego		275	
Saúde		305	
Sentimentos		373	
Sistêmica		195	
Sofrimento psíquico		317	
Stress		15,65,505	
T			
Técnicas sociométricas		327	
Teoria crítica da sociedade		123	
Teoria de resposta ao item		35	
Terapia comportamental		3,545	
Terapia da linguagem		227	
Terapia de reposição de hormônios		437	
Trabalho por turno		15,65	
Transexualismo		237	
Transição		45	
Transtorno obsessivo-compulsivo		545	
Transtornos cognitivos		465	
Travestismo		237	
Treinamento de pais		147	
V			
Validade de construto		305	
Vitimização		247	
Voz		227	
W			
Winnicott		391	

Dissertações e teses em psicologia defendidas em 2009

Master theses and doctoral dissertations defended in Psychology in 2009

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PUC-Campinas

Mestrado

- 27/1/09 Maria Amélia Sette Antonialli
Orientador: Vera Engler Cury
Atenção psicológica à criança em um serviço universitário: um estudo sobre o projeto ciranda
- 2/2/09 Thais Carvalho Zanchetta Penteado
Orientador: Raquel de Souza Lobo Guzo
Projeto político pedagógico-reflexões sobre dificuldades-limites e possibilidades
- 3/2/09 Fátima Regina Mibach do Nascimento
Orientador: Antonios Terzis
Adiantamento do projeto parental: um estudo psicológico com casais que enfrentam a esterilidade
- 4/2/09 Daniella Machado de Oliveira
Orientador: Leopoldo Pereira Fulgêncio Jr
Contribuições para o estudo da adolescência sob a ótica de Winnicott para a educação
- 4/2/09 Francisco de Assis Júnior
Orientador: Leopoldo Pereira Fulgêncio Jr
O desenvolvimento da capacidade de ter fé: um estudo do ponto de vista da psicanálise de D. W. Winnicott
- 12/2/09 Camila da Costa Olmos Bueno
Orientador: Mauro Martins AmatuZZi
Grupo de orientação profissional para jovens: uma proposta fenomenológica
- 12/2/09 Pedro Vitor Barnabé Milanesi
Orientador: Mauro Martins AmatuZZi
Os sentidos da liberdade segundo professores da educação básica
- 16/2/2009 Cintia Cardoso Vigiani Carvalho
Orientador: Antonios Terzis
O aluno do curso técnico de enfermagem e o estágio hospitalar: experiências psicanalíticas de um grupo
- 16/2/09 Taísa Borges Grün
Orientador: Marilda Emmanuel Novaes Lipp
Stress e habilidades sociais em pacientes com câncer de laringe
- 17/2/09 Helen Mozena
Orientador: Vera Engler Cury
Plantão psicológico: estudo fenomenológico em um serviço de assistência judiciária

- 26/2/09 Osmar Domingos dos Reis Júnior
Orientador: Vera Lúcia Trevisan de Souza
Subjetividade e formação docente: os sentidos subjetivos que configuram o ver-se como professor
- 27/2/09 Maria Eufrásia de Faria Bremberger
Orientador: Vera Lúcia Trevisan de Souza
Cuidar e educar: um olhar da psicologia às produções de pesquisas e políticas públicas sobre educação infantil
- 27/2/2009 Fabrícia Medeiros Sanches
Orientador: Elisa Médici Pizão Yoshida
Questionário do relacionamento central (CRQ): evidências de validade em pacientes cardíacos
- 27/2/09 Ariane Cristina Massei
Orientador: Elisa Médici Pizão Yoshida
Propriedades psicométricas do questionário de relacionamento central (CRQ) em portadores de HIV/AIDS
- 4/4/09 Evelin Martins
Orientador: Solange Múglia Wechsler
Estilos de pensar e criar em gerentes e sub-gerentes de micro e pequenas empresas
- 17/11/09 Paula Costa de Andrada
Orientador: Vera Lúcia Trevisan de Souza
Sentidos atribuídos pelos alunos ao ensino superior: um estudo sobre valores no ambiente acadêmico
- 18/11/09 Maria Cristina Zago
Orientador: Antonios Térzis
O jogo-relacional de um grupo de pacientes psicóticos em atividade física: um estudo psicanalítico

Doutorado

- 2/2/09 Mara Aparecida Lissarassa Weber
Orientador: Raquel de Souza Lobo Guzzo
Trilogia da proteção integral à crianças: compreensão de pais e educadores da educação infantil
- 3/2/09 Carmem Magda Ghetti Senra
Orientador: Raquel de Souza Lobo Guzzo
Psicólogos sociais em uma instituição pública de assistência social: analisando estratégias de enftretamento
- 4/2/09 Luiz Roberto Paiva de Faria
Orientador: Raquel Souza Lobo Guzzo
Trabalho e subjetividade de mulheres de uma comunidade: fatores de risco e proteção
- 10/2/09 Marcelo Loures dos Santos
Orientador: Vera Lúcia Trevisan de Souza
O lugar da escola pública na construção da identidade de alunos e ex-alunos da Vila São Nazi
- 18/2/09 Tatiana Hoffmann Palmieri Perches
Orientador: Vera Engler Cury
Plantão psicológico: o processo de mudança psicológica sob perspectiva da psicologia humanista
- 26/2/09 Ana Carla Silveiras Pompêo de Camargo
Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Irrealidade, futilidade e vazio: sofrimentos radicais e sociedade contemporânea
- 12/5/09 Kátia Perez Ramos
Orientador: Elisa Médici Pizão Yoshida
Escala de avaliação do transtorno dismórfico corporal: propriedades psicométricas

Agradecimentos

Acknowledgements

A revista Estudos de Psicologia contou com a colaboração de especialistas *ad hoc* para a avaliação dos trabalhos a ela submetidos em 2009.

Airle Miranda de Souza	UFPA
Alacir-Villa Valle Cruces	Centro Universidade de Santo André
Alberto José Nutuma Ogata	Consultório Particular
Alessandra Gotuzo Seabra Capovilla	USF
Alessandra Turini Bolsoni Silva	Unesp
Alina Galvão Spinillo	UFPE
Ana Cristina Limongi França	USP
Ana Gabriela Pinheiro da Silva Annicchino	Centro de Atenção Psicossocial Reviver II
Ana Lúcia Galinkin	UnB
Ana Lúcia Gatti	USJT
Ana Raquel Rosas Torres	UCG
Andrea Perosa Saigh Jurdi	USP
Angela Donato Oliva	UERJ/UFRJ
Angela Maria Pires Caniato	UEM
Anísio José da Silva Araújo	UFPB
Anna Elisa de Villemor Amaral	USF
Bellkiss Wilma Romano	USP
Bernard Pimentel Rangé	UFRJ
Carmen Flores-Mendoza	UFMG
Carmen Maria Bueno Neme	Unesp/Bauru
Carolina Lampreia	PUC-RJ
Cecília Guarnieri Batista	Unicamp
Celeste Azulay Kelman	UnB
Ceneide Maria de Oliveira Cervený	PUC-SP
César Augusto Piccinini	UFRGS
Cilene Rejane Ramos Alves	UFPE
Claisy Maria Marinho-Araújo	UnB
Claudia Broetto Rossetti	UFES
Cláudio Pinho	PUC-Campinas
Cleonice Alves Bosa	UFRGS
Cristina Helena M. M. Guimarães	PUC-Campinas
Cristina Maria de Souza Brito Dias	Unicamp
Daniela Scheinkman Chatelard	UnB
Dayse Maria Borges Keiralla	PUC-Campinas
Decio Gurfinkel	USP
Denise Ruschel Bandeira	UFRGS

Edna Maria Marturano	USP
Edson Alves de Souza Filho	UERJ
Edward Goulart Júnior	Unesp
Elenice Seixas Hanna	UnB
Elizabete Abib Pedrosa de Souza	Unicamp
Esther Maria de Magalhães Arantes	PUC-RJ/UERJ
Eunice Maria Lima Soriano de Alencar	UCB
Evandro Gomes de Matos	Unicamp
Eveline Maria Leal Assmar	Universidade de Gama Filho
Fani Eta Korn Malerbi	PUC-SP
Fernanda de Oliveira Soares Taxa-Amaro	Unesp
Francisco José Batista de Albuquerque	UFPB
Francisco Lotufo Neto	USP
Geraldina Porto Witter	Unicastelo
Geraldo José de Paiva	USP
Gisela Maria Bernardes Solymos	Unifesp
Helga Hinkenickel Reinhold	UNIFEQB
Helymar da Costa Machado	Unicamp
Henrique Figueiredo Carneiro	Unifor
Herculano Ricardo Campos	UFRN
Irani Iracema de Lima Argimon	PUC-RS
Isabel Cristina Dib Bariani	PUC-Campinas
Ivone Panhoca	PUC-Campinas
Jayme Diament	USP-INCOR
Joana Maria Pedro	UFSC
João Carlos Alchieri	UFRN
José Aparecido da Silva	USP
José Leon Crochik	USP
Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher	Unifor/UnB
Juliane Barros de Oliveira	TRT-Campinas
Karina Magalhães Brasio	PUC-Campinas
Kátia Barbosa Macêdo	UCG
Kely Maria Pereira de Paula	UFES
Latife Yazigi	UFSP
Livia de Oliveira Borges	UFRN
Lucas Vieira Dutra	Unifae
Luís Flávio Silva Couto	UFMG
Luiz Carlos Avelino da Silva	UFU
Marcelo de Almeida Buriti	CEFET
Maria Adelina Biondi Guanais	PUC-Campinas
Maria Alice Ornellas Pereira	Unesp-Botucatu
Maria Aparecida Trevisan Zamberlan	UEL
Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado	UFRJ
Maria Inês Gandolfo Conceição	UnB
Maria Lúcia de Bustamante Simas	UFPE
Maria Suzana de Stefano Menin	Unesp
Mariângela Gentil Savoia	Santa Casa de Misericórdia
Maríneia Crosara de Resende	UFU
Marisa Bueno Mendes Gargantini	PUC-Campinas
Marisa Decat de Moura	Hospital <i>Mater Dei</i>

Monica Guimarães Teixeira do Amaral
Neide Aparecida Micelli Domingos
Nilson Gomes Vieira Filho
Paula Rui Ventura
Regina Célia Paganini Lourenço Furigo
Regina Maria Leme Lopes Carvalho
Renato Marchi
Robson Loureiro
Rosa Maria Stefanini De Macedo
Sávio Silveira de Queiroz
Silvana Cardoso Brandão
Sílvia Maria Cury Ismael
Solange Wechsler
Tânia Coelho dos Santos
Tatiana de Cássia Nakano
Telma Flores Genaro Motti
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo
Valdete Maria Ruiz
Vera da Rocha Resende
Vera Lúcia Decnop Coelho
Vera Maria Barros de Oliveira
Yves Joel Jean-Marie Rodolphe de La Taille

USP
Famerp
UFPE
UFRJ
Universidade do Sagrado Coração
PUC-Campinas
PUC-Campinas
UFES
PUC-SP
UFES
PUC-Campinas
HCOR
PUC-Campinas
UFRJ
PUC-Campinas
USP
UnB
Unifae
Unesp
UnB
Unesp
USP

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 A2 e está indexada nas bases de dados nacionais e internacionais SciELO, Lilacs, Latindex, Scopus, 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 impressa 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

Malabrís, 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

Candiottto, 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 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 A2 in the Qualis list and is indexed in the national and international databases SciELO, Lilacs, Latindex, Scopus, 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

Candiottio, 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>.

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

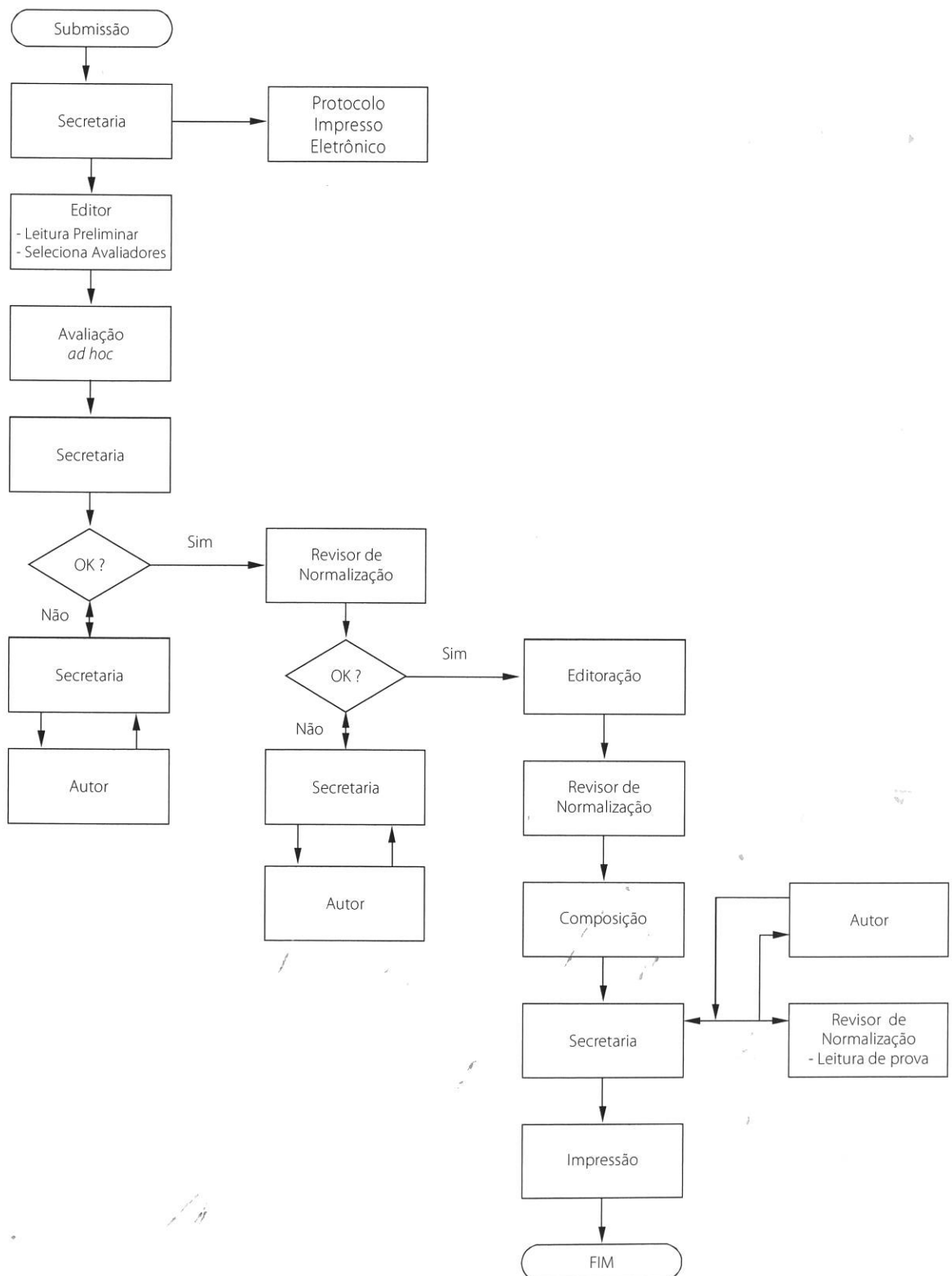
Av. John Boyd Dunlop, s/n. Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama - 13060-904 Campinas, SP, Brazil

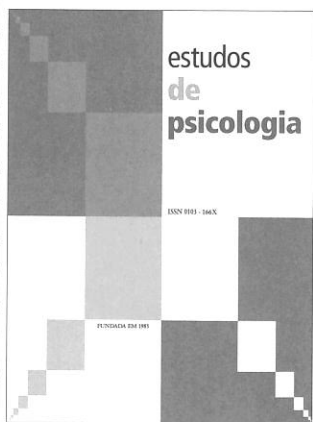
Fone/Fax: +55-19-3343-6875

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, Scopus, Latindex, LILACS e Index Psi. Lista Qualis: A2 - Psicologia.

Esperamos contar com sua presença entre nossos assinantes regulares.

Preencha o canhoto abaixo.

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"/>
<input type="checkbox"/> Volume 27 (2010)	⇒	Pessoas Físicas	R\$ 90,00	<input type="checkbox"/>	⇒	Institucional	R\$ 200,00	<input type="checkbox"/>

Nome: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

CNPJ: _____ E-mail: _____

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** CPF

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>

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 Harumi 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

Migração e qualidade de vida: um estudo psicossocial com brasileiros migrantes

Migration and quality of life: a psychosocial study of Brazilian migrants

| Ieda Franken | Maria da Penha de Lima Coutinho | Natália Ramos

A mobilização do discurso da democracia racial no combate às cotas para afrodescendentes

Stimulating the debate on racial democracy in the fight against quotas for afro-descendants

| Pedro de Oliveira Filho

Terapia de reposição hormonal e desempenho cognitivo na terceira idade

Hormone replacement therapy and cognitive performance in old age

| Ana Letícia Camargos | Elizabeth do Nascimento

Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo

Adolescence, drug-addiction and public policies: contemporary scenarios

| Luciane Raupp | Clary Milnitsky-Sapiro

A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas

Resilience in the elderly and its relationship with socio-demographic variables and cognitive functions

| Tatiane Favarin Rech Fortes | Mirna Wetters Portuguez | Irani Iracema de Lima Argimon

Estudo dos transtornos cognitivos decorrentes da infecção pelo HIV-1

Study of cognitive dysfunctions in HIV-1 infected patients

| Rosângela Souza Kalil | Regina Maria Papais Alvarenga | Adilson José de Almeida | Carlos Alberto Morais-de-Sá

Estados emocionais de casais submetidos à fertilização *in vitro*

Emotional states of couples undergoing in vitro fertilization

| Helena Maria Loureiro Montagnini | Sérgio Luís Blay | Neil Ferreira Novo | Vilmon de Freitas | Agnaldo Pereira Cedenho

Um breve histórico da psicologia jurídica no Brasil e seus campos de atuação

A brief history of forensic psychology in Brazil and its fields of application

| Vivian de Medeiros Lago | Paloma Amato | Patrícia Alves Teixeira | Sonia Liane Reichert Rovinsk

| Denise Ruschel Bandeira

Análise descritiva do pai da criança com deficiência mental

Descriptive analysis of the father of a mentally disabled child

| Nancy Capretz Batista da Silva | Ana Lúcia Rossito Aiello

O controle da raiva: eficácia do treino cognitivo na doença arterial coronariana

Anger control: the efficacy of a cognitive anger control training in coronary artery disease

| Marilda Emmanuel Novaes Lipp | Cláudio Pinho | Ana Carolina Castelli | Micheli Gomes dos Santos

| Angela Tamey Fujita

A cultura psicológica no mercado de bens de saúde mental contemporâneo

The psychological culture in the contemporary mental health marketplace

| Sílvio José Benelli

Intervenção precoce na comunicação pais-bebê com deficiência visual

Early intervention on parents-baby interaction in a context of visual impairment

| Carla Meira Kreutz | Cleonice Alves Bosa

O relacionamento terapeuta-cliente no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo

The therapist-client relationship in the treatment of obsessive compulsive disorder

| Neide Aparecida Mendes | Luc Vandenberghe

Jogos materno-infantis: estimulação essencial para a criança com paralisia cerebral

Mother-infant play: essential stimulation for children with cerebral palsy

| Celina Aguilár Gomes | Edison Duarte