

# estudos de psicologia

Volume 27  
Número 1  
Janeiro/Março 2010

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:



### Estudos de Psicologia

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

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

### COLABORAÇÕES / CONTRIBUTIONS

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

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

### ASSINATURAS / SUBSCRIPTIONS

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

E-mail: [ccv.assinaturas@puc-campinas.edu.br](mailto: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](mailto: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](mailto: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](http://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.27 n. 1 jan./mar. 2010

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

---

## sumário CONTENTS

---

### ARTIGOS ARTICLES

- 3 Lateralidade manual, ocular e dos membros inferiores e sua relação com déficit de organização espacial em escolares**  
*Hand-eye-foot laterality and its relation to spatial organization deficit in schoolchildren*  
| Neide Maria Gomes de Lucena | Daniele de Almeida Soares | Luciana Maria de Moraes Martins Soares | Paulo Ortiz Rocha de Aragão | Eduardo Ravagni
- 13 Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento**  
*Psychosocial aspects of caregivers of children with cancer: stress and coping*  
| Ana Maria Del Bianco Faria | Carmen Lúcia Cardoso
- 21 Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência**  
*Coping strategies and stress symptoms in adolescence*  
| Christian Haag Kristensen | Luiziana Souto Schaefer | Fernanda de Bastani Busnello
- 31 Grupo educativo de cirurgia cardíaca em um hospital universitário: impacto psicológico**  
*Cardiac surgery educational group in a university hospital: psychological impact*  
| Jeanny Joana Rodrigues Alves de Santana | Luan Flávia Barufi Fernandes | Carla Rodrigues Zanin | Christiane Maia Waeteman | Marcelo Soares
- 41 Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas**  
*Evaluation of depression, behavioral problems and social skills in obese children*  
| Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz | Ricardo Gorayeb | Raphael Del Roio Liberatore Júnior
- 49 Minha família é legal? A família no imaginário infantil**  
*Is my family cool? The family in the child's imaginary*  
| Lidia Levy | Eva Gertrudes Jonathan
- 57 O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**  
*Parenthood and family accommodation in relatives of patients with obsessive-compulsive disorder*  
| Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas | Renata Lopes Arcoverde | Marcus Túlio Caldas | Renata Raimundo da Silva
- 67 Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout**  
*Mental health professionals: manifestation of stress and burnout*  
| Ana Flávia de Oliveira Santos | Carmen Lúcia Cardoso

- 75 **A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica**  
*Phenomenological psychology and Buber's philosophy: the encounter at the clinical practice*  
| Giovana Fagundes Luczinski | Marília Ancona-Lopez
- 83 **Fatores influentes no desenvolvimento do potencial criativo**  
*Factors that influence the development of creative potential*  
| Zélia Maria Freire de Oliveira
- 93 **Instruments for assessing social phobias in infants and adolescents in the Portuguese language**  
*Instrumentos de avaliação da fobia social para crianças e adolescentes em língua portuguesa*  
| Gabriel José Chittó Gauer | Cristine Boaz | Prislá Ücker Calvetti | Leonardo Machado da Silva
- 99 **A relação família-escola: intersecções e desafios**  
*The family-school relationship: convergences and challenges*  
| Cynthia Bisinoto Evangelista de Oliveira | Claisy Maria Marinho-Araújo
- 109 **Introdução às justificativas clínicas e teóricas da hipótese das paixões "tóxicas"**  
*Introduction to clinical and theoretical justifications regarding the "toxic" passions hypothesis*  
| Victor Eduardo Silva Bento
- 121 **Instruções aos Autores**  
*Instructions to Authors*

# Lateralidade manual, ocular e dos membros inferiores e sua relação com déficit de organização espacial em escolares<sup>1</sup>

## *Hand-eye-foot laterality and its relation to spatial organization deficit in schoolchildren*

Neide Maria Gomes de **LUCENA**<sup>2</sup>  
Daniele de Almeida **SOARES**<sup>2</sup>  
Luciana Maria de Moraes Martins **SOARES**<sup>2</sup>  
Paulo Ortiz Rocha de **ARAGÃO**<sup>3</sup>  
Eduardo **RAVAGNI**<sup>4</sup>

### Resumo

Este estudo teve por objetivos: 1) verificar se existe associação entre lateralidade manual, ocular e dos membros inferiores e déficit de organização espacial em escolares; 2) categorizar as variações de lateralidade nesta população. A amostra foi constituída de 400 crianças na faixa etária de 6 a 10 anos de escolas públicas e privadas da cidade de João Pessoa (PB). A lateralidade e a organização espacial foram avaliadas, respectivamente, por meio do *Harris Test of Lateral Dominance* e da Bateria de Piaget-Head. Os resultados evidenciaram 23 tipos de lateralidade mão-olho-pé, observando-se maior percentual (48,75%) de destrialidade completa (dominância manual, ocular e dos membros inferiores direita). Houve associação significativa ( $p < 0,05$ ) entre sinistralidade completa e déficit de organização espacial. Os resultados atentam para a importância de se inserirem no cotidiano escolar programas de estimulação motora voltados à lateralidade e à organização espacial das crianças, como forma de prevenir distorções no seu processo de aprendizagem.

**Unitermos:** Desenvolvimento infantil. Distúrbios de aprendizagem. Lateralidade.

### Abstract

*The purposes of this study were 1) to verify the relationship between hand-eye-foot laterality and spatial organization deficit in schoolchildren, and 2) to categorize the variations in laterality in this population. The sample comprised 400 children aged 6-10 from public and private*

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Estudo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo nº 112424/2004-0).

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia. *Campus* I, 58045-900, João Pessoa, PB, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: N.M.G. LUCENA. E-mail: <neidelucena@hotmail.com>.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Economia e Finanças. Campina Grande, PB, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação. Santa Maria, RS, Brasil.

Agradecimentos: às escolas, pais/responsáveis e crianças participantes e às fisioterapeutas Yêda Medeiros Vasconcelos e Annuska Vieira da Fonseca pela valiosa contribuição na coleta de dados.

*schools in João Pessoa (Paraíba state, Brazil). Laterality and spatial organization were assessed using the Harris Test of Lateral Dominance and the Piaget-Head Battery, respectively. The results demonstrated 23 types of hand-eye-foot laterality, with the highest proportion (48.75%) showing pure dextrality (right-handedness, right-eyedness and right-footedness). Pure sinistrality was significantly ( $p < 0.05$ ) associated with spatial organization deficit. The results point to the importance of implementing motor stimulation programs which focus on children's laterality and spatial organization during the daily school routine, as a means to preventing and intervening in distortions in their learning process.*

**Uniterms:** *Childhood development. Learning disabilities. Lateral dominance.*

As questões sobre lateralidade vêm sendo aprofundadas desde a abordagem de Paul Broca sobre dominância cerebral hemisférica, em 1861. Desde então, muito se discute sobre o predomínio de um dos hemisférios cerebrais nas manifestações comportamentais e funcionais do ser humano. Porém, ainda são várias as controvérsias em torno do assunto, e nenhuma relação clara foi estabelecida. O tema, que apresenta amplas ramificações, assume destaque na Neuropsicologia devido a uma série de estudos que teorizam a associação entre transtornos de aprendizagem e lateralização na infância (Eglinton & Annett, 2008; Guardiolla, Ferreira & Rotta, 1998; Reio, Czarnolewski & Eliot, 2004; Smythe & Annet, 2006).

De fato, a lateralidade está envolvida em todos os níveis do processo de aprendizagem infantil, mas instala-se definitivamente por volta dos primeiros anos escolares (Bell, 2005; Coste, 1992). É nesta fase que o esquema corporal e a organização de espaço independente do corpo se estruturam, permitindo que a criança adquira a capacidade de compreender as relações entre as noções espaciais (direita, esquerda, frente, atrás) externas e referentes ao próprio corpo (Macedo, Andreucci & Montelli, 2004). Consequentemente, decorrem as relações de orientação espacial face aos objetos, imagens e símbolos. Assim, uma vez que a criança apresente alterações no domínio destas noções, pode manifestar dificuldades no traçado e na combinação de letras e números, desencadeando quadros de dislexia e discalculia, entre outros (Romero, 1988).

Mediante o fato de que alterações no desenvolvimento da lateralidade e da organização espacial podem produzir importantes transtornos de aprendizagem (Guardiolla et al., 1998), sua associação deve ser mais bem explorada. Neste sentido, os recentes achados de Eglinton e Annett (2008), em estudo com crianças em idade escolar, apoiam a teoria de que os déficits de processamento visuoespacial estão asso-

ciados à preferência manual direita, enquanto a dislexia fonológica está relacionada à preferência manual esquerda. Em outro estudo, Smythe e Annett (2006) encontraram uma frequência maior de déficit de soletração em crianças de 9 a 10 anos com tendência à manualidade esquerda.

Além da manualidade, frequentemente a lateralidade funcional é enfatizada por meio das dominâncias laterais ocular e dos membros inferiores (Teixeira & Gasparetto, 2002). Aparentemente, quanto mais consistente e homogênea a lateralidade, mais facilmente as habilidades serão desenvolvidas. De acordo com Siviero, Rysovas, Juliano, Del Porto e Bertolucci (2002), disléxicos frequentemente apresentam lateralidade cruzada para mão-olho-pé. Corballis, Hattie e Fletcher (2008), em estudo com crianças em idade escolar, observaram que aquelas com preferência manual inconsistente possuíam desempenho menos satisfatório em testes de leitura e matemática, em comparação às crianças que apresentavam definição quanto à preferência manual direita ou esquerda.

Diante do exposto, evidencia-se que a lateralidade pode interferir no processo de aprendizagem de maneira decisiva. Todavia, embora seja conhecida sua influência sobre alguns aspectos das percepções espaciais, este foco encontra-se apenas na literatura internacional (Eglinton & Annett, 2008; Merovach, Humphreys & Shaley, 2005; Reio et al., 2004), não sendo encontrados na literatura nacional estudos sobre a relação entre alterações de organização espacial e lateralidade funcional em crianças. Além disso, não há estudos que categorizem as diversas variações de lateralidade em populações infantis brasileiras. Assim, este estudo teve por objetivos: 1) verificar se existe associação entre lateralidade manual, ocular e dos membros inferiores e déficit de organização espacial em crianças brasileiras em idade escolar; 2) categorizar as variações de lateralidade nesta população. Estes conhecimentos tornam-

-se importantes porque, além de embasar novos estudos nacionais, podem auxiliar na elaboração de abordagens escolares específicas e direcionadas às necessidades das crianças brasileiras, de forma a prevenir e/ou intervir em transtornos de aprendizagem a médio e longo prazo, caso necessário.

## Método

### Participantes

Este estudo foi realizado em três escolas públicas e seis escolas privadas da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, situadas em bairros de padrão sociocultural similar e escolhidas aleatoriamente. Os dados foram coletados de agosto de 2003 a novembro de 2005, como parte de uma pesquisa transversal mais ampla com delineamento *ex-post-facto*, com objetivo central de avaliar o perfil psicomotor de escolares (Lucena, Ravagni, Soares, Soares & Aragão, 2007). As crianças foram submetidas a uma bateria psicomotora que permitiu a aferição de variáveis integrantes do desenvolvimento psicomotor, incluindo lateralidade e organização espacial.

Foram selecionadas aleatoriamente, por meio de sorteio, 400 crianças, das quais 200 pertenciam a escolas públicas e 200 a particulares, na faixa etária de 6 a 10 anos (Tabela 1). Foram incluídas apenas crianças que não apresentavam deficiência visual, auditiva, cognitiva e/ou neuromotora evidentes.

### Instrumentos

A lateralidade foi avaliada por meio dos subtestes II, VIII e XI do *Harris Test of Lateral Dominance* (Linares,

1993), sendo determinada mediante uma fórmula de dominância lateral “mão-olho-pé”. No subteste II avalia-se a dominância manual da criança solicitando-lhe que realize, em ordem preestabelecida e padronizada, dez diferentes tarefas de manipulação de objetos. No subteste VIII verifica-se a dominância ocular solicitando à criança que olhe através de: um orifício (0,5cm) localizado no centro de um cartão de cartolina preta (15x25cm), um tubo largo (diâmetro = 10cm) de papelão e um caleidoscópio. Para a avaliação da dominância dos membros inferiores, utilizando o subteste XI, a criança põe o pé sobre uma bola, arrasta e chuta.

Para a avaliação da organização espacial, foram utilizadas as provas de 6 a 10 anos da Bateria de Piaget-Head (Linares, 1993). De acordo com a faixa etária, as provas estabelecem que a criança deve reconhecer as orientações no espaço em relação aos conceitos de direita e esquerda referentes ao próprio corpo, objetos e outros indivíduos.

### Procedimentos

Cada criança foi avaliada individualmente, na própria escola, de forma randomizada, em sala reservada e em apenas uma sessão; foi utilizado um tempo médio de trinta minutos. Obedeceu-se à seguinte ordem de aplicação dos exames: 1) Subtestes II, VIII e XI do *Harris Test of Lateral Dominance*; 2) Bateria de Piaget-Head.

Para o subteste II do *Harris Test of Lateral Dominance*, a criança permanecia sentada diante de uma mesa, estando o examinador sentado à sua frente. Cada objeto foi colocado sobre a mesa, na linha média do eixo corporal da criança, a uma distância referente ao comprimento de seu braço. A criança foi instruída a demonstrar como utilizava dez objetos apresentados na seguinte ordem, correspondendo à realização das tarefas exigidas pelo subteste: bola de tênis (arremessar), relógio de corda (dar corda no relógio), prego e martelo de madeira (martelar um prego), escova de dente (escovar os dentes), pente (pentear os cabelos), porta em miniatura (virar a maçaneta), lenço de papel descartável (assoar-se), papel e tesoura sem ponta (cortar com tesoura), pão e faca sem ponta e dentes (cortar com faca), lápis e papel (escrever). Caso a criança não realizasse uma das tarefas, o objeto correspondente era apresentado uma segunda vez, ao final do subteste. Fre-

**Tabela 1.** Caracterização da amostra de acordo com gênero, idade cronológica e rede de ensino.

Idade	Escolas públicas			Escolas privadas			Total
	F	M	Total	F	M	Total	
6 anos	19	10	39	20	19	39	78
7 anos	24	13	37	19	19	38	75
8 anos	21	20	41	20	19	39	80
9 anos	19	22	41	25	18	43	84
10 anos	15	27	42	21	20	41	83
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>102</b>	<b>200</b>	<b>105</b>	<b>95</b>	<b>200</b>	<b>400</b>

F: feminino; M: masculino.

quentemente era necessário explicar e comentar os gestos solicitados, mas eles não eram jamais mostrados e nem mesmo esboçados pelo examinador.

Para o subtteste VIII, a criança permanecia sentada diante da mesa. Primeiramente, o examinador apresentava o cartão de cartolina à criança, segurava-o com ambas as mãos e com os braços estendidos e levava o orifício lentamente até um dos olhos. Em seguida, pedia-se para a criança executar a mesma tarefa. O mesmo procedimento era realizado com o tubo largo e, logo depois, com o caleidoscópio.

Para realizar o subtteste XI, a criança deveria estar em pé. O examinador colocava uma bola de futebol no chão, punha um pé sobre a mesma, arrastava-a e chutava-a. Em seguida, solicitava que a criança realizasse o mesmo.

Em cada item era anotado o lado que a criança utilizou para realizar a tarefa, se direito ou esquerdo. De acordo com os critérios estabelecidos pelos subttestes, quando todas as tarefas eram realizadas com o lado direito (D) ou esquerdo (E), anotava-se, para cada parte examinada separadamente (mão, olho e pé), um código determinado pela letra maiúscula correspondente ao lado utilizado (D ou E). Da mesma maneira, se a criança realizava sete, oito ou nove atividades manuais e menos de três ações para olho e pé prioritariamente com um lado, o código era determinado pela letra minúscula correspondente ao mesmo (d ou e). Obteve-se, portanto, ao final dos subttestes, uma fórmula de três letras, cada qual correspondendo à dominância manual, ocular e dos membros inferiores, respectivamente. Assim, obteve-se lateralidade completa quando ocorreram letras maiúsculas iguais para as três situações (DDD ou EEE); lateralidade cruzada quando houve duas letras maiúsculas iguais e uma maiúscula distinta (DED, DDE, EDD, EDE, EED ou DEE); e lateralidade mal definida para os demais casos, nos quais houve existência de letras minúsculas em pelo menos uma das situações, não indicando estabelecimento de dominância lateral.

Para a realização da Bateria de Piaget-Head, a criança ficava em pé, com o examinador à sua frente. Para as crianças de seis anos de idade, o examinador pedia para mostrarem a mão D, a mão E e, por fim, o olho D. Para a idade de 7 anos, a criança deveria executar os seguintes movimentos ordenados oralmente: “Encoste sua mão D no ouvido E”; “Encoste sua mão E

no olho D”; “Encoste sua mão D no olho E”; e “Encoste sua mão E no ouvido D”. Em seguida, o examinador colocava duas bolas de isopor sobre a mesa, uma ao lado da outra, e perguntava em quais lados (D ou E) estavam as bolas. Para as crianças com oito anos, o examinador, com os braços estendidos, pedia para lhe tocarem a mão E, e depois a mão D. Logo após, segurava uma bola de isopor na mão D e perguntava à criança em que mão estava a mesma. As crianças de nove anos de idade deveriam imitar movimentos do examinador frente a frente, tais como mão E no olho D, mão D no ouvido D, mão D no olho E etc., totalizando oito itens. Os movimentos não deveriam ser realizados em espelho. A criança era instruída do seguinte modo: “Vou fazer alguns movimentos... [examinador dirigia uma mão para um olho ou para um ouvido] assim [demonstração rápida]. Olhe bem para o que eu faço e faça a mesma coisa”. Se a criança compreendesse os dois primeiros movimentos, continuava-se; caso contrário, davam-se até duas novas explicações, sendo que a prova não era persistida se houvesse novamente erro. Para as crianças de dez anos, a prova consistia na reprodução dos movimentos de figuras humanas esquematizadas e padronizadas em uma folha de papel A4. Os movimentos das figuras eram os mesmos da prova de nove anos, sendo que a criança era instruída a realizar os gestos com a mesma mão que a figura utilizava. Cada figura era mostrada uma única vez, durante um período em que a criança pudesse realizar o movimento. Foram considerados casos de déficit de organização espacial quando a criança foi incapaz de realizar o número mínimo de itens para sua idade indicado pelo manual do instrumento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. A participação das crianças foi autorizada pelos pais e pela direção das instituições, mediante assinatura de um termo de consentimento de acordo.

Para o tratamento dos dados, foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®) 13.0, realizando-se análise das frequências da lateralidade e aplicando-se o teste qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) para as análises de relações entre as variáveis categóricas. Testaram-se lateralidade x variáveis sociodemográficas (idade, gênero e rede de ensino); lateralidade x déficit de

organização espacial; e lateralidade x déficit de organização espacial por idade, gênero e rede de ensino. Adotou-se nível de significância  $p < 0,05$ .

## Resultados

A Tabela 2 mostra as frequências das diferentes fórmulas de lateralidade conjunta mão-olho-pé encontradas na amostra, de acordo com o gênero. Verificou-se predominância de destros completos (DDD), isto é, utilização preferencial de mão, olho e pé direitos para a realização de tarefas, tanto em meninas quanto em meninos.

Na Tabela 3 observa-se a distribuição individual das lateralidades manual, ocular e dos membros inferiores. Nota-se que nas três situações há predomínio da utilização do lado direito. No entanto, a lateralidade esquerda teve a segunda maior frequência nas domi-

nâncias ocular e dos membros inferiores, diferentemente do verificado na dominância manual.

Foi encontrada associação significativa ( $p < 0,05$ ) entre as categorias de lateralidade e a presença de déficit psicomotor em organização espacial, conforme mostra a Tabela 4.

A Tabela 5 apresenta a relação entre as categorias de lateralidade mão-olho-pé e idade, porém não foi revelada significância estatística. As associações entre lateralidade e gênero ( $\chi^2 = 4,715, p < 0,318$ ) e lateralidade e rede de ensino ( $\chi^2 = 1,046, p < 0,903$ ) também não demonstraram significância. Não foram encontradas associações significativas entre as categorias de lateralidade e déficit de organização espacial por idade (seis anos:  $\chi^2 = 2,713, p < 0,607$ ; sete anos:  $\chi^2 = 6,999, p < 0,136$ ; oito anos:  $\chi^2 = 6,256, p < 0,181$ ; nove anos:  $\chi^2 = 4,497, p < 0,343$ ; dez anos:  $\chi^2 = 6,285, p < 0,180$ ) ou gênero (feminino:  $\chi^2 = 7,141, p < 0,129$ ; masculino:  $\chi^2 = 3,208, p < 0,524$ ). Verificando-se a associação entre lateralidade e déficit de organização

**Tabela 2.** Distribuição das fórmulas de lateralidade mão-olho-pé por gênero obtidas com os subtestes utilizados.

Lateralidade mão-olho-pé	M n	F n	N	(%)
DDD	95	100	195	48,75
DED	51	58	109	27,25
dDD	7	8	15	3,75
DEE	7	3	10	2,50
EEE	4	6	10	2,50
DdD	4	5	9	2,25
dED	5	4	9	2,25
DDE	4	2	6	1,50
EDD	3	3	6	1,50
EDE	4	1	5	1,25
eED	3	2	5	1,25
dDE	1	3	4	1,00
dEE	2	1	3	0,75
ddD	0	2	2	0,50
DDd	1	1	2	0,50
DDe	1	1	2	0,50
eEE	2	0	2	0,50
Ddd	1	0	1	0,25
DeD	0	1	1	0,25
eDD	0	1	1	0,25
eDE	1	0	1	0,25
Eed	0	1	1	0,25
EED	1	0	1	0,25
<b>Total</b>	197	203	400	100,00

M: masculino; F: feminino; n: número de crianças; N: número total de crianças.

**Tabela 3.** Distribuição das lateralidades manual, ocular e dos membros inferiores.

Lateralidade	Mão		Olho		Pé	
	n	%	n	%	n	%
Direita (D)	335	83,75	237	59,25	353	88,25
Esquerda (E)	23	5,75	149	37,25	41	10,25
Direita mal definida (d)	33	8,25	12	3,00	4	1,00
Esquerda mal definida (e)	9	2,25	2	0,50	2	0,50
<b>Total</b>	400	100,00	400	100,00	400	100,00

**Tabela 4.** Associação entre lateralidade mão-olho-pé e déficit em organização espacial.

Lateralidade	Total	Déficit em OES		$\chi^2$	p
		n	%		
D	195	97	49,7	9,451	0,05*
E	10	6	60,0		
LCD	121	41	33,9		
LCE	16	8	50,0		
LMD	58	29	50,0		
<b>Total</b>	400	181	45,3		

D: lateralidade direita; E: lateralidade esquerda; LCD: lateralidade cruzada com predominância direita; LCE: lateralidade cruzada com predominância esquerda; LMD: lateralidade mal definida; OES: organização espacial; \*p com significância estatística.

**Tabela 5.** Associação entre as categorias de lateralidade e idade.

Lateralidade	Idade (anos)										$\chi^2$	p
	6		7		8		9		10			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
D	35	46,7	34	44,7	39	48,8	42	48,8	45	54,2	13,278	0,652*
E	2	2,7	1	1,3	1	1,3	3	3,5	3	3,6		
LCD	21	28,0	25	32,9	20	25,0	28	32,6	27	32,5		
LCE	2	2,7	5	6,6	5	6,3	3	3,5	1	1,2		
LMD	15	20,0	11	14,5	15	18,8	10	11,6	7	8,4		
<b>Total</b>	75	100,0	76	100,0	80	100,0	86	10,0	83	100,0		

D: lateralidade direita; E: lateralidade esquerda; LCD: lateralidade cruzada com predominância direita; LCE: lateralidade cruzada com predominância esquerda; LMD: lateralidade mal definida; OES: organização espacial. \* p sem significância estatística.

espacial por rede de ensino, evidenciou-se ausência de significância nas escolas públicas ( $\chi^2=0,596$ ,  $p<0,964$ ), porém nível significativo nas escolas privadas ( $\chi^2=15,392$ ,  $p<0,004$ ).

## Discussão

Coste (1992) divide a lateralidade em quatro tipos: 1) destrialidade verdadeira, na qual a dominância lateral está à direita; 2) sinistralidade verdadeira, existindo um predomínio claro estabelecido do lado esquerdo na utilização dos membros; 3) falsa sinistralidade, caso em que o indivíduo adota a sinistralidade em consequência de uma paralisia ou amputação e 4) falsa destrialidade, quando ocorre a organização inversa da observada na falsa sinistralidade. De uma forma geral, entretanto, também se consideram as grandes variações dentro da lateralidade, tais como: cruzada, na qual há discordância estabelecida entre o lado preferencial utilizado pelo membro superior e inferior, ou entre olho e membros; ambidestra, em que as tarefas são realizadas com habilidade similar por ambos os membros; e lateralidade mal definida, quando não há estabelecimento da utilização preferencial dos segmentos do corpo.

Neste estudo foram observados 23 tipos de lateralidade mão-olho-pé, isto é, dominâncias manual, ocular e dos membros inferiores conjuntas, havendo predomínio para a utilização do lado direito nas três situações. É interessante notar, também, o grande número de casos de discrepância entre as três dominâncias, presente em 48,8% dos casos ( $n=195$ ). Estes resultados traduzem lateralidades cruzadas com predominância direita (DED, DDE ou EDD) ou esquerda (EDE, EED ou

DEE), ou lateralidades mal definidas (demais casos discrepantes entre mão, olho e pé). Carey (2001) afirma que as dominâncias manual, ocular e dos membros inferiores são plásticas, dependentes do ângulo e da direção em que esteja localizado o objeto alvo. No entanto, isto não deve ser considerado fator contaminante nos resultados aqui apresentados, visto que a direção e a distância dos objetos utilizados na avaliação foram os mesmos para todas as crianças.

Individualmente, as porcentagens das dominâncias ocular e dos membros inferiores direitos no estudo aqui descrito são similares às da população em geral, que correspondem respectivamente a 60-70% (Dargent-Paré, DeAugustini, Mesbah & Della-Tolas, 1992) e 80-90% (G. N. O. Brito, L. S. O. Brito, Paumgarten & Lins, 1989). O uso exclusivo da mão direita na realização de tarefas também se mostrou compatível com os dados da população geral relatados por Habib (2000). Este autor afirma sobre a probabilidade de os destros representarem mais de 90% dos indivíduos no mundo, qualquer que seja seu meio cultural, sendo que 70% parecem ser destros manuais completos, os quais efetuam todas as tarefas exclusivamente com a mão direita. Com base nesses dados, pressupõe-se que cerca de 20% da população mundial seja de destros manuais não puros, utilizando a mão oposta em determinadas ações. Os dados do estudo aqui descrito, porém, apontam para apenas 4% de casos como estes, conforme a Tabela 3. Seria esta uma característica particular da população dos bairros das escolas participantes, de mesmo padrão sociocultural? Segundo Bell (2005), a incidência de destros manuais não puros nas populações talvez esteja determinada por fatores sociais de fato ainda muito marcantes na sociedade. Não é raro observar a influên-

cia familiar para que a criança utilize a mão direita ao invés da esquerda, ou ainda pessoas adultas sinistras na infância que adquiriram lateralidade cruzada em virtude de pressões sociais realizadas por meio de objetos e jogos elaborados para facilitar os destros.

Em estudo com 211 crianças sinistras natas, Meng (2007) demonstrou que 59,3% foram pressionadas a se converterem em destros. Destas, mais da metade se converteu com êxito. De acordo com Carey (2001), essas contínuas experiências de contrariação da lateralização funcional podem modificar as conexões cerebrais conforme a maior ou menor utilização de determinados circuitos neurais, estabelecendo o domínio de um dos lados do corpo na execução de tarefas. Neste sentido, Fagard e Dahmen (2004) sugerem que nas crianças cuja genética é propícia a mudanças de preferências laterais, a pressão sociocultural pode de fato influenciar a lateralidade manual.

Além de refletir a organização funcional do sistema nervoso central, a lateralização reflete a conscientização do corpo, o que pressupõe a realização de atividades com mais força, precisão, preferência, velocidade e coordenação, aspectos essenciais à aprendizagem escolar (Linares, 1993). Estudando a associação entre desempenho de funções corticais e alfabetização em crianças da primeira série do ensino fundamental, Guardiolla et al. (1998) encontraram relação significativa entre lateralidade mal estabelecida e não alfabetização. Em recente estudo com escolares britânicos, Corballis et al. (2008) observaram que as crianças com preferência manual mal definida apresentaram desempenho inferior em habilidades verbais, não verbais e matemáticas, quando comparadas às crianças com preferência manual estabelecida. Segundo Romero (1988), problemas de aprendizagem relacionados a quadros de dislexia, disgrafia e discalculia podem ser consequência de transtornos de lateralidade associados a distorções de organização espacial. No mesmo sentido, Eglinton e Annett (2008) afirmam que a leitura e a soletração dependem das representações visuoespaciais das combinações de letras. Macedo et al. (2004) explicam que é por meio da organização de espaço que se adquire a capacidade de perceber e interpretar conceitos espaciais e, conseqüentemente, de compreender a relação entre um objeto e outro. Assim, uma criança com disfunções de lateralidade pode não perceber a diferença entre seu

lado corporal predominante e o outro, possuindo dificuldades de discriminação visual por apresentar problemas de noção espacial. Desta forma, a criança não diferencia esquerda e direita e, muitas vezes, é incapaz de seguir a direção gráfica, isto é, a leitura começando pela esquerda.

Os resultados apontaram uma associação significativa entre déficit de organização espacial e lateralidade mão-olho-pé, concordando com Reio et al. (2004). A maior proporção de déficit foi encontrada entre os canhotos completos (60%), o que é consistente com a teoria de Levy sobre a "inferioridade espacial de indivíduos canhotos manuais" (Goodarzi, Taghavi & Zoughi, 2005). Para Eglinton e Annett (2008), existem riscos relacionados a algumas habilidades cognitivas em ambos os lados do contínuo de lateralidade. Estes autores sugerem que existe uma relação entre fraca fonologia, por exemplo, e lateralidade hemisférica esquerda, enquanto as dificuldades de processamento visuoespacial estão associadas à lateralidade hemisférica direita.

O assunto sobre diferenças cognitivas entre destros e canhotos é controverso, mas trabalhos como os de Tonnessen, Lokken, Hosen e Lunoberg (1993) indicam que existe uma forte prevalência de preferência manual esquerda em indivíduos disléxicos. Em estudos com crianças de 9 a 10 anos com lateralidade manual esquerda, Smythe e Annett (2006) mostraram que 23-31% delas apresentavam fonologia fraca, o que compreende a base de uma das teorias mais aceitas da dislexia. Merovach et al. (2005) demonstraram que as diferentes formas de entender a linguagem e a orientação espacial estão associadas à lateralidade, e sugeriram que os canhotos têm uma noção menor de espaço, além de serem mais susceptíveis a uma série de problemas neurológicos e psiquiátricos, como esquizofrenia e insônias. Em contrapartida, outros estudos não encontraram associação entre preferência lateral e distúrbios de aprendizagem, especificamente relacionados à leitura (Siviero et al., 2002).

No que se refere à faixa etária estudada, de 6 a 10 anos, não foram encontradas discrepâncias significativas de lateralidade, corroborando os resultados de Gabbard (1992) e sugerindo que a lateralidade já está estabelecida aos seis anos. Contrapõem-se, porém, aos achados de Fagard e Dahmen (2004), que observaram menor grau de lateralidade definida em escolares com menores faixas etárias.

Não foram encontradas diferenças significativas relacionadas ao gênero. Embora este item venha sendo frequentemente examinado em pesquisas, os resultados têm sido variados (Dane, 2006; Smythe & Annett 2006), mas apontam para a existência de diferenças entre gêneros associadas à lateralidade. Acredita-se, porém, que o tipo de tarefa utilizada para avaliar a preferência lateral determine a existência, ou não, de diferenças sexuais neste sentido. No estudo de Pedersen, Sigmundsson, Whiting e Ingvaldsen (2003), no qual crianças realizaram duas diferentes tarefas que avaliaram o desempenho unimanual, enquanto as meninas apresentaram maior assimetria na tarefa de enroscar parafusos, indicando maior definição lateral, ambos os gêneros obtiveram desempenho similar na tarefa de alocar pinos. Com base nesses achados, infere-se que os contrastes evidenciados nos resultados entre estudos, sejam relacionados à idade ou ao gênero, podem indicar não só a variação da lateralidade associada às diferenças étnicas e sociais, como também à utilização de instrumentos, tarefas e procedimentos distintos para mensuração da lateralidade.

Quanto à rede de ensino, concordando com os resultados de Nogueira et al. (2005), não foram encontradas diferenças significativas de lateralidade entre crianças de escolas públicas e privadas. Entretanto, constatou-se que, nas escolas privadas, a associação entre lateralidade e déficit de organização espacial pela rede de ensino é significativa. Apesar da escolha de escolas de bairros de nível sociocultural similar, a fim de diminuir a influência de possíveis pressões sociais locais na preferência lateral das crianças estudadas (Fagard & Dahmen, 2004), esses resultados podem ser atribuídos às diferenças socioculturais entre as redes de ensino. Será possível que os familiares das escolas particulares, com melhor instrução educacional, exerçam maior pressão social sobre a lateralidade de suas crianças? Meng (2007) infere o oposto, pois em estudo com escolares sinistros demonstrou que aqueles cujos pais possuíam menor nível educacional foram os mais pressionados a se converterem em destros. Estaria, então, a abordagem psicopedagógica dessas escolas equivocada para propiciar o desenvolvimento do esquema corporal infantil? Segundo Sacker, Schoon e Bartley (2002), o contexto escolar torna-se mais importante do que a influência da classe social familiar no ajustamento educacional e psicossocial na infância. De qualquer

forma, as questões levantadas merecem grande investigação em estudos futuros, pois, embora se trate de um foco relevante, os fatores de risco para disfunções de lateralidade e organização espacial ainda precisam ser mais bem explorados no meio científico.

Com base nos resultados apresentados e considerando o fato de a amostra não ser necessariamente representativa de toda a cidade de João Pessoa (PB) ou espelho de grupos populacionais escolares de demais regiões brasileiras, com culturas e etnias distintas, sugere-se a realização de estudos mais amplos que possam ser comparados aos resultados aqui demonstrados. Espera-se, com isto, não só oferecer novas percepções do tema, como também chamar a atenção para uma visão mais prática do mesmo. Possivelmente, há necessidade de se introduzir no cotidiano escolar programas de estimulação motora específicos à lateralidade funcional e à organização espacial das crianças, como meio de prevenir e intervir em prováveis distorções no processo de aprendizagem desde os primeiros anos de vida.

## Referências

- Bell, A. (2005). Lefty or righty? *Parenting*, 19 (5), 1.
- Brito, G. N. O., Brito, L. S. O., Paumgarten, F. J. R., & Lins, M. F. C. (1989). Lateral preferences in Brazilian adults: an analysis with the Edinburgh Inventory. *Cortex*, 25 (1), 403-415.
- Carey, D. P. (2001). Vision research: losing sight of eye dominance. *Current Biology*, 11 (20), 828-830.
- Corballis, M. C., Hattie, J., & Fletcher, R. (2008). Handedness and intellectual achievement: an even-handed look. *Neuropsychologia*, 46 (1), 374-378.
- Coste, J. C. (1992). *Apsicomotricidade*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dane, S. (2006). Sex and eyedness in a sample of Turkish high school students. *Perceptual Motor Skills*, 103 (1), 89-90.
- Dargent-Paré, C., DeAgostini, M., Mesbah, M., & Della-Tolas, G. (1992). Foot and eye preference in adults: relationship with handedness, sex and age. *Cortex*, 28 (1), 343-351.
- Eglinton, E., & Annett, M. (2008). Good phonetic errors in poor spellers are associated with right-handedness and possible weak utilisation of visuospatial abilities. *Cortex*, 44 (6), 737-745.
- Fagard, J., & Dahmen, R. (2004). Cultural influences on the development of lateral preferences: a comparison between French and Tunisian children. *Laterality*, 9 (1), 67-78.

- Gabbard, C. (1992). Associations between hand and foot preference in 3- to 5-year-olds. *Cortex*, 28 (3), 497-502.
- Goodarzi, M. A., Taghavi, M. R., & Zoughi, M. R. (2005). Cerebral lateralization of global-local processing in left- and right-handed people. *Perceptual and Motor Skills*, 3 (1), 734-742.
- Guardiola, A., Ferreira, L. T. C., & Rotta, N. T. (1998). Associação entre desempenho das funções corticais e alfabetização em uma amostra de escolares de primeira série de Porto Alegre. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 56 (1), 281-288.
- Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Linares, P. (1993). *Educación psicomotriz e aprendizaje escolar: motricidad y disgrafía*. Madrid: Polibea.
- Lucena, N. M. G., Ravagni, E., Soares, D. A., Soares, L. M. M. M., & Aragão, P. O. R. (2007). Avaliação psicomotora entre escolares das redes pública e privada de ensino da cidade de João Pessoa-Paraíba-Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 11 (3), 253-264.
- Macedo, C. S., Andreucci, L. C., & Montelli, T. C. B. (2004). Alterações cognitivas em escolares de classe socio-econômica desfavorecida: resultados de intervenção psicopedagógica. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 62 (1), 852-857.
- Meng, L. F. (2007). The rate of handedness conversion and related factors in left-handed children. *Laterality*, 12 (2), 131-138.
- Merovach, C., Humphreys, G. W., & Shalev, L. (2005). Attending to local form while ignoring global aspects depends on handedness: evidence from TMS. *Nature Neuroscience*, 8 (5), 276-277.
- Nogueira, G. J., Castro, A., Naveira, L., Nogueira-Antunano, F., Natinzon, A., Gigli, S. L., et al. (2005). Evaluation of the higher brain functions in 1st and 7th grade schoolchildren belonging to two different socioeconomic groups. *Revista de Neurologia*, 40 (7), 397-406.
- Pedersen, A.V., Sigmundsson, H., Whiting, H. T., & Ingvaldsen, R. P. (2003). Sex differences in lateralisation of fine manual skills in children. *Experimental Brain Research*, 149 (2), 249-251.
- Reio, T. G. Jr., Czarnolewski, M., & Eliot, J. (2004). Handedness and spatial ability: differential patterns of relationships. *Laterality*, 9 (3), 339-358.
- Romero, E. (1988). *Lateralidade e rendimento escolar*. São Paulo: Sprint.
- Sacker, A., Schoon, I., & Bartley, M. (2002). Social inequality in educational achievement and psychosocial adjustment throughout childhood: magnitude and mechanisms. *Social Science and Medicine*, 55 (5), 863-880.
- Siviero, M. O., Rysovas, E. O., Juliano, Y., DelPorto, J. A., & Bertolucci, P. H. F. (2002). Eye-hand preference dissociation in obsessive-compulsive disorders and dyslexia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 60 (2-A), 242-245.
- Smythe, P., & Annett, M. (2006). Phonology and handedness in primary school: predictions of the right shift theory. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (2), 205-212.
- Teixeira, L. A., & Gasparetto, E. R. (2002). Lateral asymmetries in the development of the overarm throw. *Journal of Motor Behavior*, 34 (2), 151-160.
- Tonnesen, E. F., Lokken, A., Hosen, T., & Lunoberg, I. (1993). Dyslexia, left-handedness, and immune disorders. *Archives of Neurology*, 50 (1), 411-416.

Recebido em: 3/4/2008

Versão final reapresentada em: 21/11/2008

Aprovado em: 26/6/2009

# Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: *stress* e enfrentamento<sup>1</sup>

## *Psychosocial aspects of caregivers of children with cancer: stress and coping*

Ana Maria **DEL BIANCO FARIA**<sup>2</sup>

Carmen Lúcia **CARDOSO**<sup>2</sup>

### Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o nível de *stress* dos cuidadores de crianças com leucemia, suas estratégias de enfrentamento, bem como caracterizar a vivência afetiva frente ao adoecimento. Participaram vinte cuidadores de crianças, após um ano de tratamento. Utilizaram-se os instrumentos: Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, Inventário de Estratégias de *Coping* e um roteiro complementar. Encontrou-se *stress* em 50% dos participantes, predominância na fase de resistência e sintomatologia psicológica. Renda superior esteve associada a manifestações de *stress* ( $p=0,02$ ). As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram: “resolução de problemas” e “fuga e esquiva”. Maior utilização da estratégia de enfrentamento “aceitação de responsabilidade” associou-se à presença de *stress* ( $p=0,04$ ) e não ser praticante de religião ( $p=0,003$ ). A análise da entrevista possibilitou o agrupamento em quatro categorias. Conclui-se que o cuidador necessita de atenção, visando melhorar a qualidade de vida e um maior acolhimento à criança.

**Unitermos:** Cuidadores. Neoplasias. Stress.

### Abstract

*The purpose of this study was to assess the level of stress experienced by caregivers of children with leukemia, the coping strategies they use and to characterize the affective experience towards falling ill. Twenty caregivers participated in the study, which took place one year after the children began treatment. The following instruments were used: Lipp's Adult Stress Symptoms Inventory, Coping Strategy Inventory, and a supplementary script. It was found that 50% of the participants experienced stress, most were in the resistance phase and showed psychological symptoms. Higher income was associated with stress ( $p=0.02$ ). The major coping strategies used were “problem solving” and “escape and avoidance”. A greater use of the “acceptance of responsibility” strategy was associated with the presence of stress ( $p=0.04$ ) and not practicing a religion ( $p=0.003$ ). The analysis of the interviews enabled a grouping into four categories. In conclusion, the caregiver needs support with a view to improving his/her quality of life and to making children feel more welcome.*

**Uniterms:** Caregivers. Stress. Neoplasms.

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo nº 2006/01165-0).

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia e Educação, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Bandeirantes, 3900, 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.L. CARDOSO. E-mail: <carmen@ffclrp.usp.br>.

Câncer infantil é a denominação para um grupo de doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que podem ocorrer em qualquer local do organismo. As neoplasias mais frequentes na infância são as leucemias (glóbulos brancos), tumores do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático) (Brasil, 2008).

O Brasil (2008) aponta que 70% das crianças acometidas pela doença podem ser curadas. Assim, a mudança na caracterização do câncer como uma doença crônica e não mais aguda e fatal trouxe a necessidade de novos enfoques, levando em conta a dimensão psicossocial da doença, e uma revisão e transformação nas práticas de saúde (Valle & Françoso, 1999).

A ocorrência do câncer interfere de forma intensa e rápida em aspectos fundamentais da vida da criança que, diante da sensação de perigo iminente, tem a continuidade de seu desenvolvimento subitamente interrompida (Menezes, Passareli, Drude, Santos & Valle, 2007). E, apesar do grande avanço tecnológico, que possibilita precoce prevenção, detecção e tratamento, o câncer ainda é entendido pela sociedade como uma doença incurável, com risco iminente de morte (Ulisses de Carvalho, 2008; Yin & Twinn, 2004). Knafel e Deatrack (2003) apontam que o conjunto de crenças que os pais possuem acerca da doença e de seu curso está relacionado à capacidade das mães de lidar com o cuidado do filho. Um diagnóstico desse na infância explode de forma devastadora para a criança e para a família, afetando sua unidade e expondo-os a grandes aflições e angústias (Patterson, Holm & Gurney, 2004). Segundo Françoso e Valle (1999), os familiares e a criança são acometidos por medo e *stress* durante todo o processo de diagnóstico e tratamento da criança.

Selye (1956) definiu o *stress* como uma quebra da homeostase interna. Segundo o autor, a reação de *stress* é eliciada por um estressor que consiste em qualquer evento ou situação do ambiente que quebre a homeostase interna, exigindo um esforço de adaptação. Lipp (1996) aponta que o evento em si, percebido pelos órgãos sensoriais, é interpretado de acordo com a história de vida do ser humano.

Selye (1956) descreveu três fases das alterações físicas e químicas produzidas pelo *stress*: fase de alerta, fase de resistência e fase de exaustão. Segundo Selye (1983), a adaptabilidade do corpo é finita; assim, nesta

última fase, o organismo caminha tanto para a exaustão física quanto psicológica. Lipp e Malagris (1998) apontam que o nível de qualidade de vida encontra-se profundamente influenciado pelo nível de *stress* que a pessoa apresenta.

A ocorrência de manifestações de *stress* implica desenvolver possibilidades de lidar com as situações estressantes; nesse contexto, Lazarus e Folkman (1984) apontam que o enfrentamento (*coping*) do *stress* dá-se através de esforços cognitivos e comportamentais empreendidos para o controle de demandas específicas, ou seja, o enfrentamento é uma resposta ao *stress* com a finalidade de reduzir situações avaliadas como estressantes ou excessivas para o indivíduo.

Patiño-Fernández et al. (2008), em um estudo com mães e pais de crianças recentemente diagnosticadas com câncer, apontaram a presença de sintomas de *stress* agudo na maioria dos pais. Outros estudos, dentro da mesma temática, apontam altos níveis de manifestações de sintomas de *stress* pós-traumático em pais de crianças ainda em tratamento do câncer (Kazak, Boeving, Alderfer, Hwang & Reilly, 2005) e, também, nos que já tiveram o tratamento do filho encerrado e a criança sobreviveu à doença (Kazak et al., 2004).

Nesse sentido, a cura não deve se basear somente na recuperação biológica, mas também no investimento da recuperação do bem-estar da criança, abalado anteriormente pela ocorrência da doença (Françoso & Valle, 1999). Torna-se necessário ter atenção e cuidado a esses familiares, o que poderá favorecer a recuperação de seu bem-estar, beneficiando inclusive a criança doente.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar o nível de *stress* dos acompanhantes cuidadores de crianças com leucemia e suas estratégias de enfrentamento, bem como caracterizar a vivência afetiva desses cuidadores frente à situação de adoecimento da criança, após um ano de tratamento da doença.

## Método

### Participantes

O trabalho foi realizado com vinte acompanhantes cuidadores de crianças com leucemia. As crianças tinham idades entre 0 e 12 anos e estavam

submetidas há mais de um ano de tratamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). O perfil sociodemográfico dos participantes encontra-se na Tabela 1.

## Instrumentos

- Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), validado por Lipp (2000), apresenta uma avaliação de sintomas de *stress*, o tipo de sintomatologia e a fase em que o sujeito se encontra: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão.

- Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman (IEC), validado para o Brasil por Savoia (1999) com o intuito de avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com eventos estressantes específicos. Contém 66 itens que abordam oito fatores: "confronto", "afastamento", "autocontrole", "suporte so-

cial", "aceitação de responsabilidade", "fuga e esquivas", "resolução de problemas" e "reavaliação positiva".

- Roteiro Complementar, trata-se de uma entrevista semiestruturada desenvolvida pela pesquisadora, composta de duas partes: a primeira visando levantar dados sociodemográficos e, a segunda, composta por questões tentando abarcar a vivência afetiva do acompanhante no processo de adoecimento da criança.

O estudo aqui descrito foi desenvolvido junto ao Ambulatório de Oncologia Pediátrica do Departamento de Puericultura e Pediatria do HCFMRP-USP, após a aprovação no Comitê de Ética (processo HCRP nº 2752/2006). Todos os participantes foram entrevistados face a face, individualmente, em uma única sessão, no próprio serviço, com duração de aproximadamente 50 minutos.

Procedeu-se ao tratamento estatístico não paramétrico dos dados, comparando as variáveis demográficas em relação aos indicadores de *stress* e os fatores de enfrentamento. Para a comparação foi utilizado o Teste de Mann-Whitney e adotaram-se valores de  $p \leq 0,05$ . Em relação às entrevistas, procedeu-se à Análise de Conteúdo (Bardin, 1979). Com base na transcrição literal das entrevistas foram efetuadas leituras do material, com posterior categorização das respostas, levando em conta a frequência das mesmas.

## Resultados

Os resultados obtidos pelo Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (Lipp, 2000) apontaram que 50,0% dos participantes apresentaram indicadores de presença de manifestações de *stress*. Entre os que apresentaram *stress* ( $n=10$ ), 60,0% encontravam-se na fase de resistência, 30,0% na fase de exaustão e 10,0% na fase de quase-exaustão, o que indica a presença de *stress* já instalado. Cabe destacar que a sintomatologia é 90,0% de ordem psicológica.

Em relação às estratégias de enfrentamento frente à situação de adoecimento do paciente, foi utilizada a proposta de Guido (2003) para a cotação do Inventário de Estratégias de *Coping*. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 2.

Observa-se, com base na distribuição das médias (M) das respostas dos cuidadores, que os fatores

**Tabela 1.** Caracterização em frequência simples (f) e porcentagem (%) dos participantes ( $n=20$ ) de acordo com as variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto (SP), 2007.

Variável	Especificação	f	%
Sexo	Feminino	18	90,0
	Masculino	2	10,0
Faixa etária em anos	20 – 30 anos	8	40,0
	31 – 40 anos	8	40,0
	41 – 50 anos	4	20,0
Nível educacional	≤ 8 anos de estudo	11	55,0
	> 8 anos de estudo	9	45,0
Estado civil	Solteiro	2	10,0
	Casado	14	70,0
	Separado/divorciado	4	20,0
Parentesco com o paciente	Mãe	17	85,0
	Pai	2	10,0
	Tia (irmã da mãe)	1	5,0
Religião	Católica	13	65,0
	Evangélica	5	25,0
	Não tem	2	10,0
Praticante	Sim	12	60,0
	Não	6	40,0
Faixas de renda familiar em salário-mínimo*	Sem rendimento	0	-
	Até 1 salário-mínimo	3	15,0
	Mais de 1 a 2	10	50,0
	Mais de 2 a 3	4	20,0
	Mais de 3 a 5	2	10,0
Mais de 5 a 10	1	5,0	

\* Salário-mínimo vigente na época da pesquisa= R\$350,00.

**Tabela 2.** Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus: mediana, média, desvio-padrão e intervalo mínimo máximo dos escores obtidos em cada um dos fatores pelos participantes. Ribeirão Preto (SP), 2007.

Estratégias de enfrentamento (Fatores do inventário)	Me	M	DP	Intervalo mínimo-máximo
Confronto	0,75	0,81	0,48	0,00 - 1,83
Afastamento	0,64	0,67	0,39	0,00 - 1,42
Autocontrole	1,00	1,21	0,58	0,40 - 2,80
Suporte social	2,08	1,89	0,68	0,33 - 2,66
Aceitação de responsabilidade	0,85	0,92	0,53	0,14 - 2,00
Fuga e esquiva	2,00	2,05	0,75	0,50 - 3,00
Resolução de problemas	2,25	2,06	0,69	0,50 - 3,00
Reavaliação positiva	2,00	1,95	0,51	1,00 - 2,88

Me: mediana; M: média; DP: desvio-padrão.

“resolução de problemas” (M=2,06) e “fuga e esquiva” (M=2,05) foram os mais utilizados pelos participantes, seguidos por “reavaliação positiva” (M=1,95). O fator menos utilizado foi o de “afastamento” (M=0,67).

Os resultados da análise estatística dos indicadores de *stress* em comparação à média da variável renda econômica (em reais) apontaram que os participantes com presença de *stress* apresentaram médias significativamente superiores ( $p=0,02$ ) de renda familiar (M=955), quando comparados aos indivíduos que não apresentaram manifestações de *stress* (M=515).

A análise dos resultados do Inventário de Estratégias de *Coping*, em função da presença e ausência de indicadores de *stress*, apontou que a média obtida em relação ao fator “aceitação de responsabilidade” foi significativamente superior ( $p=0,04$ ) para os cuidadores com presença de *stress* (M=1,14), quando comparados com os participantes com ausência de manifestações de *stress* (M=0,7). Para as demais estratégias de enfrentamento, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação aos indicadores de *stress*.

A partir da análise das médias dos escores obtidos em relação a cada um dos fatores de enfrentamento em função da variável praticante de religião, observou-se que foi encontrada diferença estatisticamente significativa ( $p=0,003$ ) entre o maior uso da estratégia de enfrentamento “aceitação de respon-

sabilidade” e não ser praticante de religião (M=1,38), quando comparado a ser praticante de religião (M=0,65).

A análise de conteúdo das entrevistas relativas às vivências afetivas dos cuidadores frente ao adoecimento da criança foi agrupada em quatro categorias, a saber: sofrimento/dor; enfrentamento; alterações emocionais; autoexigência. Para melhor descrevê-las, serão utilizados exemplos retirados da transcrição literal das entrevistas.

a) *Sufrimento/dor*: Diante do adoecimento da criança, os cuidadores relataram a experiência de sofrimento e dor, que ocorreu de forma característica em diferentes momentos. Observou-se que muitos cuidadores apontaram o momento da descoberta da doença como uma situação inesperada:

- Participante 17: *“No começo, nossa! Não tava esperando aquilo, foi de repente, né?! Foi do dia pra noite ... que a gente descobriu o problema dele, né?! Aí a gente ficou muito sentido, nossa! Sofreu demais”.*

Apontaram também para o impacto do início do tratamento:

- Participante 1: *“Assim, pra mim no início do tratamento dela foi péssimo, foi péssimo. Fiquei magoada, revoltada. Foi péssimo, péssimo. É muito mais duro de ver ela passando por aquilo. Eu cheguei a falar comigo mesmo que podia ser comigo e não com ela. Não aceitava essa doença”.*

Descreveram suas vivências frente ao tratamento e as dificuldades deste momento:

- Participante 19: *“É um tratamento cansativo, difícil pra qualquer mãe, qualquer pai, difícil. Não é fácil não. Cê tem que ter muita força, muita fé, já vi tanta criança morrer, tanta mãe perder seu filho”.*

Refletiram sobre a vivência de sofrimento e dor diante da possibilidade de morte:

- Participante 3: *“Medo de não ter cura, fiquei muito preocupada com isso. Como é que tava o problema dela, o que ela tava sentindo, achava que era um câncer e que não tinha cura, foi o que eu pensei”.*

b) *Enfrentamento*: Os cuidadores relataram que houve um enfrentamento da situação de diversas maneiras. Uma delas foi a crença em Deus, que se manifestava de duas diferentes formas: tendo fé em Deus, mas também responsabilizando-o, ou seja, entregando a situação à vontade de Deus.

## Fé em Deus

- Participante 2: *“O que me ajudou foi a minha fé. Eu tenho muita fé em Deus, me apeguei muito a Deus e se não fosse isso eu não taria do jeito que eu tô hoje não, de maneira alguma”.*

## Responsabilizando Deus

- Participante 7: *“Se Deus não fez de outro jeito... A vida não é do jeito que a gente quer. Se Deus não quiser que caia uma folha, aquela folha não vai cair, né?! Então eu acredito que vai ser assim, do jeito que Deus quiser. Com esse tratamento todo, eu aprendi a acreditar na vida e acreditar na morte também. Porque eu acredito assim que Deus vai me darele até quando ele achar que eu sou suficientemente capaz de cuidar dele. Na hora que ele falar, ele vai dizer assim: ‘Agora ele já concluiu o destino dele, agora ele vai vir para perto de mim’. Eu vou aceitar também. Então, eu não me desespere, não me descontrolo, não me abalo”.*

Apontaram também para o enfrentamento por meio da adesão ao tratamento e à orientação médica:

- Participante 3: *“Aí os médicos chamou, conversou direitinho, falou para mim que tinha cura, que tinha chance de cura, que tinha que tomar os remédios todos direitinhos, tinha as quimio para fazer, eu procurei fazer tudo certinho. Aí, eu falei: ‘Se eles falô assim, eu vou segui, né?’. Aí eu segui né, fiz as quimio tudo certinho, que os médicos pediu para fazer”.*

Usaram, também, da negação como maneira de enfrentar:

- Participante 10: *“Lá no fundo você não se conforma, né? Eu não me conformo até hoje. Às vezes eu acordo de manhã eu pego e falo: ‘Meu filho não está doente, esse povo tá tudo louco’. Conformar, conformar não. Eu acho que ninguém consegue se conformar”.*

Em alguns momentos buscaram enfrentar a situação comparando a doença da criança com outras situações que encontravam no hospital:

- Participante 12: *“Então aí você começa a se deparar com outras pessoas, ver outras situações. Eu nem sei se é pecado isso, mas você começa pegar força nisso, aí que você vê que na sua filha não é tão grave como no outro, na sua filha tem jeito, tem tratamento, de 80% a 90% de chance de cura. Aí você começa a ver do lado as pessoas que*

*já estão desenganadas em relação ao filho deles. Então, aí você começa a criar força”.*

Muitos cuidadores denominaram um dos momentos do tratamento, a manutenção, como fim do tratamento, apontando para uma maior facilidade em enfrentar e vivenciar a situação:

- Participante 3: *“Agora que está na manutenção, agora ela tá bem, graças a Deus. Agora o mais difícil já passou”.*

Apresentaram, também, expectativas positivas como forma de encarar a situação:

- Participante 16: *“Mas, eu encarei de uma forma assim: mais tranquila, né?! Porque a gente tem que sempre acreditar que vai dar tudo certo”.*

c) *Alterações emocionais:* Diante da situação de adoecimento da criança, os cuidadores vivenciaram-na com alterações emocionais:

- Participante 19: *“Eu entrei em choque, fiquei muito magra, cheguei a pesar 38 quilos, meio em depressão, fiquei muito ruim”.*

d) *Autoexigência:* A partir dos relatos dos cuidadores torna-se perceptível o caráter de autoexigência que a situação acaba impondo:

- Participante 5: *“... eu estava enxergando apenas o meu trabalho, só o meu trabalho. Então isso criou um sentimento de culpa muito grande, por não ter percebido, por ter demorado para tomar uma atitude, levar ele no médico, tal”.*

## Discussão

Metade dos participantes do estudo (50%) apresentou indicadores de presença de *stress*, sendo que a maioria destes (60%) encontrava-se na fase de resistência. Esses dados apontam para a presença de *stress* já instalado; esses acompanhantes se encontravam com menores ou esgotados recursos para lidarem com a exigência da situação. Segundo Selye (1983), a adaptabilidade do corpo é finita; assim, pode-se supor um desgaste desses cuidadores, que tiveram que despender atenção a outro (o filho), mas é evidente a necessidade de cuidados também para si. A sintomatologia apresentada pelos participantes, com manifestações de *stress*, foi 90% de ordem psicológica, indicando que os

cuidadores pudessem estar experimentando sentimentos como irritação, depressão, ansiedade e ainda desvalorização pessoal, hipersensibilidade emotiva e pouca confiança em si mesmos. Através da análise qualitativa das entrevistas verificou-se a presença de alterações emocionais em muitos cuidadores. O relato apresentado aponta para manifestações depressivas na vivência da situação. Assim, cabe ressaltar que esta sintomatologia pode influenciar negativamente tanto a qualidade de vida desses cuidadores, quanto a capacidade de oferecer acolhimento e responder às demandas da criança em tratamento, podendo prejudicar o enfrentamento destas à situação.

Com base na análise das entrevistas realizadas, a vivência mais frequentemente identificada diante da situação de adoecimento da criança foi a de sofrimento e dor, que ocorreram nos diferentes momentos do tratamento. Vários estudos realizados com acompanhantes e familiares de pacientes com câncer apontam para o desgaste emocional da vivência da situação em diferentes momentos da doença (Kazak et al., 2004; Kazak et al., 2005; Patiño-Fernandez et al., 2008).

A descoberta da doença foi vivida com muita surpresa pelos cuidadores. Tal dado é semelhante ao descrito por Patterson et al. (2004), que relataram que o diagnóstico do câncer infantil repercute de forma devastadora na família. Muitas vezes ameaça a função diária normal, sendo os familiares forçados a se incumbirem de novos papéis para os quais podem não estar preparados ou querendo aceitar (Northouse & Peters-Golden, 1993). Nesse mesmo sentido, Bradford (1997) aponta que as necessidades exigidas pela situação de adoecimento e tratamento, tais como: repetidas visitas a médicos, hospitais e a necessidade de assegurar que as medicações sejam dadas em horas específicas, são fatores que potencializam o *stress* de pais cujos filhos estejam acometidos por alguma doença crônica. No contato com os pais participantes da pesquisa, exigências da situação de tratamento foram muitas vezes apontadas como fatores que dificultam a vivência e acompanhamento da criança. Pode-se pensar que, somado à sobrecarga emocional, os pais precisam assegurar, além de acolhimento à criança, cuidados técnicos e práticos relacionados ao tratamento, aumentando as exigências e provavelmente potencializando as manifestações de *stress*.

Outro fator associado ao desencadear de sofrimento frente ao diagnóstico de câncer é a existência de preconceitos negativos ligados à doença (Ulisses de Carvalho, 2008; Yin & Twinn, 2004). Na mesma direção, a confirmação do diagnóstico parece configurar um estopim para o início de pensamentos negativos. Verificou-se, por meio da análise qualitativa, a percepção e conscientização da possibilidade de morte da criança, que acabam por facilitar desestruturações pessoais e manifestações de *stress*.

Analisando os resultados relativos às manifestações de *stress* e a variável renda, observou-se que os participantes com presença de *stress* apresentaram médias significativamente superiores de renda familiar. A renda familiar está relacionada a maiores possibilidades de acesso a serviços de saúde particulares, bem como a informações, o que pode levar a uma postura mais questionadora diante do tratamento, podendo desencadear uma busca incessante por cuidados e maiores exigências internas, gerando maior dificuldade para se adaptar à situação de doença vivenciada. Novos estudos com foco nestas variáveis poderiam elucidar melhor esta relação.

Em relação ao resultado do Inventário de Estratégias de Enfrentamento, verificou-se que as estratégias de enfrentamento “resolução de problemas” ( $M=2,06$ ) e “fuga e esquiva” ( $M=2,05$ ) foram as mais utilizadas pelos participantes. Cabe ressaltar que o uso da estratégia “resolução de problemas” refere-se a esforços na direção de solucionar a situação problemática vivida e caracteriza-se como uma estratégia centrada no problema. No entanto, a estratégia de enfrentamento “fuga e esquiva”, centrada na emoção, indica uma tentativa de negar a situação vivida. Fayram e Christensen (1995) apontam que estratégias centradas no problema são consideradas adaptativas, buscando remover ou abrandar a fonte estressora, levando em conta a realidade. Já as estratégias de enfrentamento centradas na emoção são apontadas pelos autores como tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do *stress* no indivíduo, originando-se principalmente de processos defensivos, fazendo com que as pessoas evitem confrontar conscientemente a realidade que as ameaça. A partir da análise de conteúdo das entrevistas também foi possível identificar estratégias de enfrentamento focadas no problema como, por exemplo, adesão ao tratamento,

seguir orientação médica; e focadas na emoção, como o caso da negação da situação.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a utilização da estratégia de enfrentamento “aceitação de responsabilidade” e maiores indicadores de manifestações de *stress*. Cabe ressaltar que tal estratégia refere-se à atitude de se culpar frente à situação de adoecimento da criança. Neste sentido, pode-se supor que sentir-se responsável pelo adoecimento do filho influencia negativamente os cuidadores, podendo atuar como um elemento estressor e desencadear maiores índices de manifestações de *stress*. Menezes et al. (2007) ressalta que, diante da frustração desse momento de dor e incertezas, a família sente-se culpada, como se tivesse falhado na responsabilidade de proteger. Cabe ressaltar que se o “culpar-se” foi um dos aspectos presentes no relato de cuidadores na categoria autoexigência, pode-se supor que a presença do sentimento de culpa acarrete uma sobrecarga emocional adicional ao que a doença, por si só, já ocasiona.

Os participantes não praticantes de religião apresentaram diferença estatisticamente significativa quanto ao maior uso da estratégia “aceitação de responsabilidade”, quando comparados aos praticantes de religião. Conforme apontado anteriormente, tal estratégia refere-se à atitude de se culpar frente à situação de adoecimento da criança. Assim, pode-se postular que a possibilidade de dar sentido ao surgimento da doença como um desígnio de Deus, por exemplo, diminui o sentimento de culpa frente à situação. A análise qualitativa confirma este dado, uma vez que a maioria dos participantes apontou a religiosidade como muito presente para o enfrentamento da situação. Pode-se pensar que a crença e a espiritualidade, de uma forma geral, possibilitam dar sentido à vida e aos acontecimentos presentes nela, diminuindo os conflitos que surgem diante de uma situação inesperada e de sofrimento. Um trabalho escrito por Sapolsky (1994) corrobora os dados encontrados neste estudo. O autor aponta que, por meio de testes endocrinológicos, verificou-se que cuidadores de crianças com câncer em estado terminal apresentaram menores índices de liberação de glucocorticoides, ou seja, menores níveis de *stress*, quando encontraram na religiosidade a possibilidade de dar sentido à ocorrência da doença. Klassmann, Kochia,

Furukawa, Higarashi e Marcon (2008) apontam, em estudo sobre a experiência de mães de crianças com leucemia, que os cuidadores têm na religiosidade um alívio para o sofrimento ocasionado pelas enfermidades, buscando nela forças para enfrentar a situação e continuar cuidando.

## Considerações Finais

Cabe ressaltar como limites deste estudo a variabilidade da idade das crianças e o número de acompanhantes estudados. Por se tratar de coleta de dados no local de tratamento, sem que a pesquisadora tivesse qualquer interferência na rotina da unidade, trabalhou-se com a faixa etária recebida pelo serviço e com os casos que estavam sendo acompanhados no período da coleta de dados.

O desenvolvimento deste trabalho traz subsídios para o aperfeiçoamento do cuidado aos acompanhantes, uma vez que revelou a presença de *stress* e também o relato de um importante sofrimento diante do adoecimento da criança nas diferentes fases do tratamento oncológico. A análise dos dados aponta para uma grande exigência e dificuldade na atividade do cuidar, revelando a necessidade de uma rede de suporte a esses cuidadores, com estratégias formais e informais, o que pode vir a diminuir a sobrecarga do cuidador.

Neste contexto de cuidado ao cuidador de crianças com câncer, fazem-se necessários novos estudos que acompanhem o cuidador ao longo das diferentes etapas, com mais recursos de observação do processo. Infere-se a possibilidade de desenvolver habilidades nos indivíduos de modo a melhorar o manejo da situação estressora, objetivando uma melhor qualidade de vida para o cuidador, sua família e a criança doente. Considera-se, ainda, que uma utilização sistemática desses instrumentos no contexto de uma unidade de oncologia pediátrica poderia minimizar a ocorrência de *stress*, favorecendo intervenções conjuntas da psicologia e da medicina.

## Referências

- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bradford, R. (1997). *Children, families and chronic disease*. London: Routledge.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Instituto Nacional do Câncer. Recuperada em maio, 2008, disponível em <http://www.inca.org.br/cancer>
- Fayram, E. S., & Christensen, P. J. (1995). Planning: strategies and nursing orders. In P. J. Christensen & J. W. Kenney. *Nursing process: application of conceptual models* (pp.164-185). St. Louis: Mosby.
- Françoso, L. P. C., & Valle, E. R. M. (1999). A Criança com câncer: estudo preliminar. *Pediatria Moderna*, 35 (5), 320-331.
- Guido, L. A. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica*. Tese de doutorado não-publicada, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Kazak, A. E., Alderfer, M., Rourke, M. T., Simms, S., Streisand, R., & Grossman, J. R. (2004). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (3), 211-219.
- Kazak, A. E., Boeving, C. A., Alderfer, M., Hwang, W-T, & Reilly, A. (2005). Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. *Journal Clinical Oncology*, 23 (30),7405-7410.
- Klassmann, J., Kochia, K. R. A, Furukawa, T. S., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2008). Experiência de mães de crianças com leucemia: sentimentos acerca do cuidado domiciliar. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42 (2), 321-330.
- Knafl, K. A., & Deatrick, J. A. (2003). Further refinement of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, 9 (3), 232-56.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lipp, M. E. N. (1996). Stress: conceitos básicos. In M. E. N. Lipp (Ed.), *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco* (pp.17-31). São Paulo: Papyrus.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. N. (1998). Manejo do estresse. In: B. Rangè (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp.279-292). São Paulo: Editora PSY.
- Menezes, C. N. B., Passareli, P. M., Drude, F. S., Santos, M. A., & Valle, E. R. M. (2007). Câncer infantil: organização familiar e doença. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 7 (1), 191-210.
- Northouse, L. L., & Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: strategies to assist spouses. *Seminars in Oncology Nursing*, 9 (2), 74-82.
- Patterson, J. M., Holm, E. K., & Gurney, J. G. (2004). The impact of childhood cancer on the family: a qualitative analysis of strains, resources, and coping behaviors. *Psycho-Oncology*, 13 (6), 390-407.
- Patiño-Fernandez, A. M., Pai, A. L. H., Alderfer, M., Hwang, W-T, Reilly, A., & Kazak, A. E. (2008). Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 50 (2), 289-292.
- Savoia, M. G. (1999). Escala de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (2), 57-67.
- Sapolsky, R. M. (1994). *Why zebras don't get ulcers: a guide to stress, stress-related diseases, and coping*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: Longmans.
- Selye, H. (1983). The Stress Concept: past, present and future. In C. L. Cooper (Ed.), *Stress reserarch: issues for the eighties* (pp.1-20). New York: John Wiley and Sons.
- Ulysses de Carvalho, C. S. (2008). A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54 (1), 97-102.
- Valle, E. R. M., & Françoso, L. P. C. (1999). Câncer infantil: algumas informações. In E. R. M. Valle & L. C. Françoso. *Psico-oncologia pediátrica: vivências da criança com câncer* (pp.15-18). Ribeirão Preto: Scala.
- Yin L. K., & Twinn S. (2004) The effect of childhood cancer on Hong Kong Chinese families at different stages of the disease. *Cancer Nursing*, 27 (1),17-24.

Recebido em: 7/4/2008  
 Versão final reapresentada em: 23/9/2008  
 Aprovado em: 30/10/2008

# Estratégias de *coping* e sintomas de *stress* na adolescência

## *Coping strategies and stress symptoms in adolescence*

Christian Haag **KRISTENSEN**<sup>1</sup>  
Luiziana Souto **SCHAEFER**<sup>1</sup>  
Fernanda de Bastani **BUSNELLO**<sup>1</sup>

### Resumo

As estratégias de *coping* são orientadas para a redução do *stress*, envolvendo reações físicas ou emocionais. O objetivo geral deste estudo foi identificar estratégias de *coping* utilizadas por adolescentes diante de eventos estressores, bem como a manifestação de sintomas de *stress*. Participaram da pesquisa 220 adolescentes, de ambos os sexos, provenientes de uma escola da rede pública de Porto Alegre (RS). Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Estratégias de *Coping* e a Escala de *Stress* Infantil. Os resultados demonstraram que as estratégias mais utilizadas foram autocontrole, afastamento e fuga e esquiva. Entre os indivíduos que apresentaram mais sintomas de *stress*, as estratégias mais utilizadas foram fuga e esquiva, suporte social, confronto e afastamento.

**Unitermos:** Adolescência. Estratégias de enfrentamento. *Stress*.

### Abstract

*Coping strategies are directed towards the reduction of stress, involving physical or emotional reactions. The overall aim of this study was to identify coping strategies among adolescents exposed to stressful events. Two-hundred and twenty adolescents, ages of 12 and 18 years, male and female, studying in a public school in Porto Alegre (RS), took part of this research. The instruments used were the Coping Strategies Inventory, the Child Stress Scale and school grades. It was found that the coping strategies most frequently employed were Self-control, Withdrawal and Escape-Avoidance. Amongst adolescents with the greatest number of stress-related symptoms, the most frequent coping strategies were Escape-Avoidance, Social Support, Confrontation and Withdrawal.*

**Uniterms:** Adolescence. *Coping strategies*. *Stress*.

Estratégias de *coping* são recursos cognitivos, emocionais e comportamentais que o indivíduo emprega na tentativa de lidar com situações estressoras (Lisboa et al., 2002). O *stress* está associado a diversas mudanças no funcionamento do organismo, incluindo alterações tanto em sistemas físicos (como sistema endócrino, sistema imune e sistema nervoso), quanto em sistemas

comportamentais, emocionais e cognitivos. Muitas dessas alterações acabam por agravar a desadaptação do indivíduo ao ambiente de desenvolvimento (Gazzaniga & Heatherton, 2005), sobretudo no ambiente escolar.

Sintomas de *stress* não aparecem somente em indivíduos adultos. Na infância, diversas situações



<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, Sala 933, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C. H. KRISTENSEN. E-mail: <christian.kristensen@pucrs.br>.

estressantes podem ocorrer, incluindo aquelas associadas à dinâmica familiar, como o relacionamento conjugal dos pais, violência doméstica, agressão verbal e morte na família (Kristensen, Leon, D'Incao & Dell'Aglio, 2004; Romano, 1997; Ryan-Wenger, Sharrer & Campbell, 2005; Taxis, Rew, Jackson & Kouzekanani, 2004). Durante os anos da adolescência, o *stress* pode se manifestar tanto a partir das modificações sociais e cognitivas que o indivíduo vivencia nesse período quanto como consequência das alterações biológicas que caracterizam a puberdade (Lipp, 1989). Conforme a Organização Mundial da Saúde (2005), a adolescência é o período da vida que compreende a faixa etária entre os 10 e 19 anos. No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (2007) - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, é considerado adolescente o indivíduo que tem entre 12 e 18 anos.

Apesar de a maior parte dos trabalhos sobre *coping* em crianças e adolescentes basear-se na teoria de *stress* de Lazarus e Folkman (1984), é importante que as estratégias, recursos e estilos de *coping* desses indivíduos sejam estudados levando-se em conta suas características biológicas e psicológicas específicas, bem como sua dependência em relação ao adulto (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998). Nesse sentido, Ryan-Wenger (1992) ressalta que uma teoria de *stress-coping* específica para este público é necessária, tendo em vista que os estressores nessa etapa da vida não são os mesmos da fase adulta.

### **Stress e estratégias de coping**

O *stress* se desenvolve quando as tensões do dia a dia mostram-se superiores à capacidade do indivíduo de dominá-las e/ou superá-las, impossibilitando-o de resistir e de criar estratégias para lidar com elas. O *stress* altera a qualidade de vida da pessoa, causando diminuição da motivação necessária para as atividades diárias, especialmente nos desafios que o indivíduo encontra cotidianamente. Além disso, provoca a sensação de incompetência, com consequente queda da autoestima (Lipp & Novaes, 2000).

Diferentes variáveis têm sido associadas pela literatura aos sintomas de *stress*. Dentre os aspectos mais apontados, destacam-se: traços de personalidade, baixa capacidade de resiliência, falta de redes de apoio,

aspectos socioeconômicos e aspectos familiares, como falta de coesão familiar e elevada presença de afetividade negativa (Gazzaniga & Heatherton, 2005; Gerrig & Zimbardo, 2005). Estratégias de *coping* também têm sido relacionadas a situações estressoras e ao desencadeamento do *stress* (Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988; Dell'Aglio & Hutz, 2002; Raimundo & Pinto, 2006).

Não existe uma tradução para a língua portuguesa da palavra *coping*, apesar de muitos autores utilizarem a palavra enfrentamento. Pode-se definir *coping* como estratégias utilizadas de forma consciente para lidar com o *stress* percebido (Lisboa et al., 2002). As estratégias de *coping* são orientadas para a redução do *stress*, envolvendo reações físicas ou emocionais (Antoniazzi et al., 1998). Dell'Aglio e Hutz (2002) apontam que a teoria de *stress* de Lazarus e Folkman (1984) é a que mais tem sido utilizada nos estudos sobre processos de *coping*, definindo-o como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, que os indivíduos utilizam para lidar com situações que avaliam como estressoras.

Segundo o modelo de Folkman e Lazarus (1980), o processo de *coping* envolve quatro características principais: a) interação do indivíduo com o ambiente; b) administração da situação estressora, em vez de controle ou domínio da mesma; c) avaliação da situação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na vida do indivíduo; d) mobilização de esforços, através dos quais os indivíduos irão empreender ações cognitivas e comportamentais para administrar as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente. Lazarus e Folkman (1984) propõem oito fatores para o estudo do *coping*: confronto (esforços agressivos de alteração da situação, podendo apresentar grau de hostilidade e risco envolvido); afastamento (esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação); autocontrole (esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações); suporte social (procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional); aceitação de responsabilidade (reconhecimento do próprio papel na situação e tentativa de recompor o problema); fuga e esquiva (estratégias para escapar ou evitar o problema); resolução de problemas (esforços focados sobre o problema, buscando alterar a situação); reavaliação positiva (criação de significados positivos, podendo, também, apresentar dimensão religiosa).

Há controvérsias entre os pesquisadores quanto a considerar o *coping* como um processo disposicional - mais relacionado a características de personalidade do indivíduo - ou como um processo situacional - entendido como um processo cognitivo modificado em função do tempo e da situação estressante (Dell'Aglio, 2003). Os resultados do estudo feito por Dell'Aglio e Hutz (2002) permitiram verificar que as estratégias de *coping* não são simplesmente disposicionais, mas determinadas pelo contexto do evento estressante.

Entretanto, parece haver um consenso entre os autores em relação à importância de se distinguir dois tipos fundamentais de *coping*: um focalizado no problema e outro focalizado na emoção, sendo que a escolha por um deles depende de uma avaliação da situação estressora na qual o indivíduo encontra-se envolvido (Dell'Aglio, 2003). Folkman e Lazarus (1980), a partir de uma perspectiva cognitivista, definem o *coping* focalizado no problema como o esforço despendido pelo sujeito para mudar ou administrar alguns aspectos de um ambiente, uma pessoa ou uma relação percebida como estressante, enquanto o *coping* focalizado na emoção envolve esforços para administrar ou regular as emoções negativas associadas ao episódio de *stress* (Dell'Aglio, 2003). Antoniazzi et al. (1998) apontam que, no final da década de 1990, foi apresentada uma terceira estratégia de *coping*, focalizada nas relações interpessoais, ou seja, para enfrentar a situação estressante, o indivíduo busca apoio de pessoas próximas.

Também é importante destacar que diversos pesquisadores distinguem "estilos de *coping*" e "estratégias de *coping*", pois, embora o primeiro possa influenciar o segundo, são fenômenos independentes e têm diferentes origens teóricas (Antoniazzi et al., 1998; Ryan-Wenger, 1992). Os estilos de *coping* referem-se a características de personalidade, ou seja, às formas habituais que a pessoa utiliza para lidar com o *stress* percebido (Antoniazzi et al., 1998). Já o termo estratégias de *coping* diz respeito a comportamentos ou ações cognitivas tomadas no curso de um episódio particular de *stress*, isto é, as estratégias de *coping* estão relacionadas a fatores situacionais, podendo mudar de momento para momento durante os estágios da situação de *stress* (Antoniazzi et al., 1998). Assim, o foco deste estudo foi as estratégias de *coping* utilizadas por adolescentes expostos a eventos estressores.

## Coping em crianças e adolescentes

No estudo sobre estratégias de *coping* em crianças e adolescentes, é necessário compreender seu contexto social, já que ambos dependem do adulto para sua sobrevivência (Compas, 1987). Além disso, Peterson (1989) destaca a importância de se considerar o nível de desenvolvimento cognitivo, visto que este irá influenciar a maneira como a criança ou o adolescente avaliam a situação estressante e, conseqüentemente, as estratégias que irão utilizar para lidar com tal situação. Piko (2001) também enfatiza que devem ser considerados os fatores demográficos, pessoais, socioculturais e ambientais, entre outros. Dessa maneira, ao compreender o processo de *coping* como uma interação do indivíduo com seu ambiente, deve-se considerar que as estratégias variam de acordo com os contextos nos quais a pessoa interage, bem como de acordo com suas características pessoais (Lisboa et al., 2002). Ryan-Wenger (1992) aponta que os estressores das crianças são diferentes dos estressores dos adultos, pois aqueles se referem a situações com membros da família, professores, amigos ou a condições socioeconômicas que estão fora do seu controle direto. Por último, os fatores situacionais também influenciam as respostas de *coping* e determinam mudanças nos tipos de estratégias utilizadas (Lisboa et al., 2002).

Adolescência deriva da palavra latina *Adolescere*, que significa crescer, desenvolver-se, tornar-se jovem (Becker, 1994). É um período marcado por intensas mudanças físicas, cognitivas e psicossociais, e é considerada uma fase de transição entre a infância e a idade adulta (Becker, 1994; Castro, 1998; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Levi & Schimitt, 1996; Osório, 1992; Outeiral, 1994; Palacios, 1995). Kaplan et al. (1997) também caracterizam a adolescência como um período preparatório para a vida adulta.

Dessa maneira, Câmara e Carlotto (2007) apontam que esta etapa da vida é um momento de fragilidade, especialmente em um contexto sociocultural que determina os papéis apropriados para cada gênero, não somente no sentido de definição, mas também no de adequação massiva a normas e padrões comportamentais. Além disso, os autores ressaltam que, durante esse período, os adolescentes estão testando suas possibilidades e sua capacidade de lidar com os problemas

que surgem. Os eventos estressores vivenciados nesta fase podem influenciar, também, o processo de aprendizagem, impedindo o sujeito de obter um bom desempenho em suas atividades e gerando uma série de dificuldades neste processo (Kaefer, 2006). O ato de aprender pode sofrer impacto de fatores relacionados à escola (condições físicas da sala de aula, condições pedagógicas, material didático, relacionamento com o professor) e à família (escolaridade dos pais, importância dada pelos pais à aprendizagem, condições socioeconômicas da família, problemas de drogadição, alcoolismo, desemprego) (Antoniuzzi et al., 1998; Byrne, Compas, 1987; Davenport & Mazanov, 2007). Além disso, aspectos da própria pessoa podem interferir no desempenho escolar, como problemas físicos, psicológicos ou neurológicos. Em consequência disto, o próprio fracasso escolar pode se caracterizar como mais um estressor para a vida do indivíduo. Assim, o estudante pode experimentar sentimentos de insegurança, timidez, ansiedade, baixa autoestima e falta de motivação (Rotta, 2006). Diante de todos esses estressores típicos do período da adolescência e do seu impacto para o desenvolvimento dos indivíduos, é fundamental compreender como os adolescentes enfrentam as dificuldades encontradas nessa etapa da vida. Assim, as estratégias de *coping* que os indivíduos utilizam para se adaptar a situações adversas interferem não somente na saúde mental, mas também na saúde física, no bem-estar social e, conseqüentemente, na aprendizagem.

Ryan-Wenger (1992) identificou 145 estratégias de *coping* utilizadas por crianças em situações estressantes, o que possibilitou identificar 15 categorias de *coping*: atividades agressivas, comportamento de evitação, comportamento de distração, distração cognitiva, evitação cognitiva, reestruturação cognitiva, solução cognitiva de problemas, expressão emocional, resistência, busca de informações, atividades de isolamento, atividades de autocontrole, busca de suporte social, busca de suporte espiritual e modificação do estressor.

Em um estudo feito por Lisboa et al. (2002), os resultados permitiram verificar que a estratégia de *coping* mais utilizada pelas crianças com idade entre 7 e 12 anos, quando enfrentam problemas com seus colegas, é a busca do apoio de alguém (pais, irmãos mais velhos, professores etc.). Entretanto, ao lidar com problemas com suas professoras, a estratégia mais

relatada pelas crianças foi “não fazer nada”. A partir desses achados, pode-se compreender o processo de *coping* mais como situacional do que disposicional, enfatizando mais as características da situação estressante do que as características de personalidade do indivíduo.

Dell’Aglia e Hutz (2002) fizeram um estudo que investigou estratégias de *coping* em 215 crianças e adolescentes, de 7 a 15 anos, de ambos os sexos, que frequentavam escolas públicas da periferia. Os resultados demonstraram que as crianças de 7 a 10 anos utilizaram mais as estratégias de inação e busca de apoio, e os adolescentes de 11 a 15 anos utilizaram mais a estratégia de ação direta. Quando o evento estressor envolvia pessoas da mesma idade, foram mais utilizadas estratégias de ação agressiva e busca de apoio, enquanto nos eventos com adultos as estratégias mais utilizadas foram aceitação, evitação e expressão emocional. A partir dos resultados desse estudo, os autores concluíram que o *coping* pode ser compreendido como um processo situacional.

Diversas pesquisas apontam diferenças em relação ao sexo e à idade no uso das estratégias de *coping*. Dell’Aglia (2003) aponta que as diferenças referentes ao sexo podem ser explicadas pelas diferentes formas de socialização entre meninas e meninos, destacando que os meninos tendem a utilizar estratégias de *coping* competitivas e as meninas estratégias pró-sociais. Além disso, a utilização de determinadas estratégias de *coping* também está relacionada às expectativas de papel de cada gênero perante a sociedade. Câmara e Carlotto (2007) destacam que, no Brasil, ainda se atribui ao homem a razão, o controle e a liberdade e, à mulher, uma postura mais passiva e conformista. Assim, a questão de gênero decorre tanto de um modelo de transmissão familiar quanto de transmissão social (Bussey & Bandura, 1999; Câmara & Carlotto, 2007).

Quanto à idade, Compas et al. (1991) afirmam que as habilidades para *coping* focalizadas no problema parecem ser adquiridas mais cedo e as habilidades de *coping* focalizadas na emoção tendem a aparecer na infância tardia, desenvolvendo-se durante a adolescência, visto que as crianças muito pequenas não conseguem ter consciência de seus próprios processos emocionais e autorregular suas emoções (Antoniuzzi et al., 1998). A partir de um estudo feito por Losoya, Eisenberg e Fabes (1998), verificou-se que, com a idade, as crianças

passam a usar com mais frequência estratégias que requerem um processo cognitivo mais elaborado e se tornam mais independentes, buscando menos o apoio de outras pessoas para lidar com situações estressoras.

Um estudo feito por Câmara e Carlotto (2007), com 389 adolescentes estudantes do terceiro ano do ensino médio de diferentes escolas de Porto Alegre, procurou verificar a associação entre bem-estar psicológico e estratégias de *coping* nos sexos masculino e feminino. Os resultados mostraram que as estratégias de aproximação do problema, tanto em nível cognitivo como comportamental, contribuem para um índice mais elevado de bem-estar psicológico, tanto para meninas quanto para meninos. A pesquisa também revelou que as meninas apresentam um perfil mais autodirecionado, enquanto os meninos têm um perfil mais voltado para a busca de apoio externo. No entanto, no estudo feito por Dell'Aglio e Hutz (2002), com 55 crianças com idade entre 8 e 10 anos, não foram observadas diferenças entre os sexos quanto às estratégias de *coping* utilizadas. Portanto, destaca-se a importância de que sejam realizados mais estudos que permitam esclarecer se há diferença entre os sexos quanto à utilização de estratégias de *coping*. Assim, considerando a importância de se compreender como os adolescentes enfrentam as situações de conflito, o objetivo deste estudo foi identificar estratégias de *coping* utilizadas por adolescentes diante de eventos estressores, bem como a manifestação de sintomas de *stress* entre os participantes.

## Método

### Participantes

A amostra foi não probabilística, por conveniência, constituída de 220 estudantes adolescentes com idade entre 12 e 18 anos (Média -  $M = 15,13$ ; Desvio-  
-Padrão -  $DP = 1,5$ ), de ambos os sexos, compreendidos entre a 7ª série do ensino fundamental e o 2º ano do ensino médio, provenientes de uma escola da rede pública de Porto Alegre (RS). Foram excluídos da amostra os participantes que não concordaram em participar da pesquisa, bem como alunos com idade inferior a 12 anos ou superior a 18 anos. Quanto à distribuição por

gênero, 40,7% eram do sexo masculino e 59,3% do sexo feminino. Quanto à distribuição por série, 26,2% pertenciam à 7ª série do ensino fundamental, 25,8% à 8ª série do ensino fundamental, 21,3% ao 1º ano do ensino médio e 26,7% ao 2º ano do ensino médio.

### Instrumentos

Foram utilizados para a coleta dos dados os seguintes instrumentos:

- *Inventário de Estratégias de Coping* (Lazarus & Folkman, 1984): utilizado para avaliar como os adolescentes lidam com as demandas internas ou externas de um evento estressante. É composto por 66 itens que incluem pensamentos e ações, e cuja intensidade é medida por meio de uma escala de 0 (não utiliza) a 3 pontos (utiliza em grande quantidade). Os itens que compõem o inventário são divididos em oito fatores classificatórios, que foram reorganizados e mantidos por Savóia, Santana e Mejias (1996) após a verificação da confiabilidade e validade à realidade brasileira. São eles: confronto (itens 7, 17, 28, 34, 40, 47), afastamento (itens 6, 10, 13, 16, 21, 41, 44), autocontrole (itens 14, 15, 35, 43, 54), suporte social (itens 8, 18, 22, 31, 42, 45), aceitação de responsabilidade (itens 9, 25, 29, 48, 51, 52, 62), fuga e esquiva (itens 58, 59), resolução de problemas (itens 1, 26, 46, 49) e reavaliação positiva (itens 20, 23, 30, 36, 38, 39, 56, 60, 63).

- *Escala de Stress Infantil* (ESI) (Lipp & Lucarelli, 1998): tem por objetivo verificar a existência ou não de *stress*. Consiste de 35 itens agrupados em quatro fatores, correspondentes às respostas de *stress*: reações físicas, reações psicológicas, reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas. Ao lado de cada item do instrumento, há um círculo dividido em quatro partes, que devem ser pintadas de acordo com a intensidade do sintoma percebido pela criança: se o sintoma nunca acontece, o círculo fica em branco; se acontece um pouco, uma parte é pintada; se acontece às vezes, duas partes são pintadas; se acontece quase sempre, três partes são pintadas; para sintomas que ocorrem sempre, todo o círculo deve ser pintado.

### Procedimentos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade

Católica do Rio Grande do Sul (Processo 08/04100). Foram realizados, inicialmente, contatos com a escola, a fim de obter autorização para a realização da pesquisa entre seus alunos, por meio de uma carta de apresentação e de autorização; posteriormente, foi estabelecido contato com as turmas a serem avaliadas. Foi enviado aos alunos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, aos responsáveis pelos alunos menores de idade, o Termo de Autorização da Participação, explicitando os objetivos da pesquisa e os procedimentos que seriam realizados para o estudo.

Esse estudo teve natureza descritiva, com dados quantitativos, em um delineamento *ex-post-facto*, do tipo correlacional. A aplicação da ESI e do Inventário de Estratégias de *Coping* ocorreu em sala de aula, sendo utilizado apenas um período de aula para o preenchimento dos dois instrumentos, com duração média de 30 minutos. Os resultados da ESI e do Inventário de Estratégias de *Coping* foram levantados e tabulados em banco de dados. A análise descritiva envolveu medidas de tendência central, dispersão e propriedades da distribuição para as variáveis de interesse. A análise inferencial envolveu, primariamente, medidas correlacionais entre as variáveis de interesse (sintomas de *stress* e estratégias de *coping*). A comparação entre grupos ocorreu por meio de teste de diferença de média para amostras não pareadas. Todas as análises foram conduzidas no programa *SPSS for Windows* (Versão 13.0).

O Inventário de Estratégias de *Coping* avalia a frequência de utilização de cada estratégia (não usa, usa um pouco, usa bastante e usa em grande quantidade). Portanto, para a análise das estratégias de *coping* mais utilizadas, considerou-se, apenas, se o estudante usou ou não usou cada estratégia. Assim, as estratégias de *coping* mais utilizadas foram: autocontrole (95,9%), afastamento (93,7%), fuga e esquiva (93,5%), suporte social (92,7%), reavaliação positiva (92,3%), resolução de problemas (91,9%) e aceitação de responsabilidade (91,9%). As estratégias de confronto foram as menos utilizadas (85,5%). A Tabela 1 apresenta a frequência de utilização para cada estratégia. Nesta tabela, é possível visualizar que apesar de a estratégia de autocontrole ter sido utilizada por um maior número de participantes, a estratégia de fuga e esquiva foi empregada com mais frequência.

**Tabela 1.** Frequência de utilização das estratégias de *coping*. Porto Alegre (RS), 2008.

Fatores	Não usou	Pouco	Bastante	Grande quantidade
1. Confronto	14,5	56,5	26,3	2,7
2. Afastamento	6,3	65,2	27,6	0,9
3. Autocontrole	4,1	47,9	46,6	1,4
4. Suporte social	7,3	40,9	47,3	4,5
5. Aceitação de responsabilidade	8,1	39,4	48,4	4,1
6. Fuga e esquiva	6,5	21,1	35,1	37,3
7. Resolução de problemas	8,1	36,2	45,7	10,0
8. Reavaliação positiva	7,7	47,1	41,1	4,1

Nota. Valores expressos em porcentagens.

De um modo geral, dentre as estratégias de *coping* mais apontadas pelos adolescentes do sexo masculino é possível citar, em ordem decrescente: resolução de problemas ( $M=1,62$ ), aceitação de responsabilidade ( $M=1,60$ ), autocontrole ( $M=1,49$ ) e afastamento ( $M=1,32$ ). As meninas, por sua vez, assinalaram mais as seguintes estratégias: fuga e esquiva ( $M=1,87$ ), suporte social ( $M=1,47$ ), reavaliação positiva ( $M=1,43$ ) e confronto ( $M=1,16$ ). Quando a diferença por sexo foi analisada, verificou-se significância estatística apenas na utilização de estratégias de afastamento [ $t(219)=2,04$ ;  $p=0,042$ ]. Adicionalmente, verificou-se tendência à significância estatística na diferença por sexo quanto à utilização da estratégia de aceitação de responsabilidade [ $t(219)=1,83$ ,  $p=0,069$ ] (Tabela 2).

Ao correlacionar as estratégias de *coping* com os resultados obtidos na ESI, verificou-se que os indivíduos que apresentaram mais sintomas de *stress* utilizaram significativamente mais estratégias de fuga e esquiva ( $M=2,25$ ), suporte social ( $M=1,62$ ), confronto ( $M=1,51$ ) e afastamento ( $M=1,32$ ). Além disso, essas estratégias foram utilizadas mais frequentemente por esse grupo, se comparado aos sujeitos com menos sintomas de *stress*. A comparação também evidencia que estes, por sua vez, utilizaram mais estratégias de autocontrole ( $M=1,42$ ) e resolução de problemas ( $M=1,40$ ).

## Discussão

As estratégias de *coping* mais utilizadas pelos adolescentes foram autocontrole, afastamento e fuga e

**Tabela 2.** Utilização de estratégias de *coping* entre os sexos. Porto Alegre (RS), 2008.

Estratégia	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
1. Confronto	1,05	0,63	1,16	0,63	1,12	0,63
2. Afastamento	1,32	0,53	1,17	0,51	1,23	0,52
3. Autocontrole	1,49	0,56	1,44	0,55	1,46	0,56
4. Suporte social	1,34	0,68	1,47	0,62	1,42	0,65
5. Aceitação de responsabilidade	1,60	0,61	1,44	0,63	1,50	0,63
6. Fuga e esquiva	1,75	0,92	1,87	0,95	1,82	0,94
7. Resolução de problemas	1,62	0,73	1,30	0,65	1,46	0,68
8. Reavaliação positiva	1,39	0,62	1,43	0,60	1,41	0,61

M: média; DP: desvio-padrão.

esquiva, e as menos utilizadas foram as estratégias de confronto. Esses resultados não corroboram os achados de Dell’Aglío e Hutz (2002), que apontaram que indivíduos de 7 a 10 anos utilizaram mais as estratégias de inação e busca de apoio, enquanto o grupo de 11 a 15 anos utilizou mais a estratégia de ação direta. Essa discordância entre os dados pode ser explicada pelo fato de que o estudo aqui descrito avaliou as estratégias de *coping* utilizadas por adolescentes sem considerar eventos estressores específicos, enquanto estudos anteriores identificaram estratégias situacionais, ou seja, esforços empreendidos pelos indivíduos diante de um evento estressor particular, como distúrbios digestivos, depressão, câncer, violência doméstica, psoríase, *stress* ocupacional e abuso sexual (Calsbeek, Rijken, Bekkers, Henegouwen & Dekker, 2006; Calvete, Corral & Estévez, 2007; Gilbar & Hevroni, 2007; Lisboa et al., 2002; Rodrigues & Chaves, 2008; Silva, Muller & Bonamigo, 2006; Smith, 2007). Essa incongruência pode ser considerada uma limitação do estudo conduzido, já que dificulta a comparação com os achados de outras pesquisas. Além disso, é importante que sejam considerados o nível de desenvolvimento cognitivo e os fatores demográficos, pessoais, socioculturais e ambientais, já que tais aspectos influenciam a avaliação da situação estressante e, conseqüentemente, a escolha pela estratégia de *coping* a ser utilizada (Peterson, 1989; Piko, 2001).

Quando comparadas as estratégias de *coping* mais usadas entre os sexos, verificou-se que a única estratégia que apresentou relevância estatística foi a de afastamento, que inclui esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação, sendo mais utilizada pelos meninos do que pelas meninas. Nos outros

fatores não foram observadas diferenças significativas, confirmando os achados de Dell’Aglío e Hutz (2002). Outro estudo, que avaliou estratégias de *coping* em idosos institucionalizados, também não encontrou diferenças significativas quanto ao sexo (Vivan, 2007). Entretanto, pesquisas anteriores encontraram diferenças potenciais relacionadas a sexo e estratégias de *coping* (Ayers, Sandler, West & Roosa, 1996; Carson & Bittner, 1994; Compas et al., 1988; Kliewer & Sandler, 1993; Weisz, McCabe & Denning, 1994). Os resultados do estudo feito por Mathews (1982) demonstraram que os meninos são mais impacientes, agressivos e hostis, e utilizam mais estratégias de luta e competição.

A partir da correlação entre estratégias de *coping* e sintomas de *stress*, os resultados revelaram que, entre os sujeitos que apresentaram mais sintomas de *stress*, as estratégias mais utilizadas foram: fuga e esquiva, suporte social, confronto e afastamento. No estudo feito por Câmara e Carlotto (2007), foi possível identificar que as estratégias de aproximação do problema contribuem para um índice mais elevado de bem-estar psicológico, tanto para meninas quanto para meninos. Entretanto, os resultados obtidos por Sideridis (2006), em um estudo cujo objetivo foi avaliar a associação entre *coping*, afeto e *stress*, mostraram que não houve associação entre um tipo de estratégia (focalizada na emoção ou focalizada no problema) e níveis de *stress*. Todavia, o autor considera que a interação entre os dois tipos de estratégias diminui significativamente os níveis de *stress*, permitindo concluir que usar mais de um tipo de estratégia de *coping* é mais adaptativo do que usar apenas um tipo de estratégia.

De um modo geral, os resultados permitiram identificar que os adolescentes deste estudo, diante de eventos estressores, tenderam a empreender esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações, utilizar estratégias para evitar ou escapar do problema e empregar esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação, sendo esta última estratégia a única que apresentou diferença estatística significativa entre meninos e meninas, permitindo inferir que, de uma maneira geral, não há diferença entre os sexos (Folkman & Lazarus, 1980). No entanto, meninos tendem a utilizar a estratégia de afastamento mais do que as meninas, talvez pelo fato de serem socializados de formas diferentes (Câmara & Carlotto, 2007; Dell'Aglio, 2003).

Além disso, entre os adolescentes que apresentaram mais sintomas de *stress*, pode-se perceber que a maneira como eles lidam com situações estressoras pode estar relacionada ao alto nível de *stress* apresentado por eles, na medida em que não utilizam, frequentemente, estratégias de autocontrole, resolução de problemas e reavaliação positiva. Também se identificou que, nos indivíduos que apresentaram mais sintomas de *stress*, a busca por suporte informativo, tangível e emocional foi maior do que entre os sujeitos que apresentaram menos sintomas de *stress*. Essa busca por suporte social pode ser explicada pela dificuldade destes indivíduos em resolverem sozinhos situações de conflito, necessitando de ajuda externa. Outra hipótese é que pessoas com mais sintomas de *stress* estão mais expostas a situações avaliadas como estressoras, ou seja, apresentam uma demanda maior para a busca de auxílio.

## Considerações Finais

As exigências da sociedade moderna trazem impacto significativo para a vida das pessoas que, cada vez mais, têm que se adaptar a situações que, muitas vezes, não se sentem aptas a enfrentar. Assim, é crescente a preocupação com as consequências dos eventos estressores para a saúde mental do indivíduo, uma vez que se verifica um aumento do *stress* não só na fase adulta, mas também em períodos anteriores do desenvolvimento, sobretudo na adolescência. Nessa etapa da vida, o *stress* está relacionado a estressores específicos que incluem questões associadas à família e à escola, além de mudanças corporais típicas da puberdade e doença ou morte de pessoas próximas.

Diante do crescente aumento do *stress* entre adolescentes, é necessário entender como eles lidam com as situações de conflito, ou seja, quais as estratégias de *coping* que utilizam diante de eventos de vida estressores. Assim, o objetivo principal deste estudo foi identificar estratégias de *coping* utilizadas por adolescentes diante de eventos estressores, bem como a manifestação de sintomas de *stress* entre os participantes.

Os resultados mostraram que as estratégias mais utilizadas foram autocontrole, afastamento e fuga e esquiva, e as estratégias menos utilizadas foram as de confronto. Entre os indivíduos que apresentaram mais sintomas de *stress*, as estratégias mais utilizadas foram fuga e esquiva, suporte social, confronto e afastamento.

Não há um consenso entre os autores com relação às variáveis que influenciam a escolha das estratégias de *coping* utilizadas. Entretanto, é fato que a adoção de mais de uma estratégia é mais eficaz do que o uso de apenas um tipo, visto que o indivíduo tem mais recursos para enfrentar a situação estressante. Além disso, o conhecimento das estratégias utilizadas pelo indivíduo possibilita que este tenha mais flexibilidade para avaliar a eficácia delas. Consequentemente, ao perceber a ineficácia de determinada estratégia, o indivíduo terá melhores condições de escolher outra mais adequada para lidar com determinada situação estressante, evitando, assim, o *stress*.

A revisão da literatura sobre essa temática evidencia a escassez de estudos sobre *coping* no Brasil, considerando a importância das estratégias de enfrentamento para o bem-estar psicológico dos indivíduos. Destaca-se a necessidade de mais pesquisas que identifiquem estratégias de *coping* entre adolescentes, já que estudos anteriores avaliaram estratégias utilizadas diante de eventos estressores específicos, dificultando a comparação dos achados.

O entendimento aprofundado sobre o processo de *coping* pode colaborar para a implementação de programas que auxiliem na prevenção do *stress* e de outras psicopatologias. Dessa maneira, estudos como este são relevantes, já que incentivam os alunos a transformarem as estratégias utilizadas de forma automática em processos controlados, trazendo à consciência pensamentos e ações até então não conscientes. A partir do conhecimento da estratégia utilizada, o indivíduo é capaz de adequar suas ações às suas necessidades,

encontrando soluções mais efetivas e mudando de estratégia quando esta não estiver funcionando ou quando não for adaptativa para o contexto.

## Referências

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3 (2), 273-294.
- Ayers, T. S., Sandler, I. N., West, S.G., & Roosa, M. W. (1996). A disposicional and situational assessment of children's coping: testing alternative models of coping. *Journal of Personality*, 64 (4), 923-958.
- Becker, D. (1994). *O que é a adolescência?* (13a. ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106 (4), 676-713.
- Byrne, D.G., Davenporta, S.C., & Mazanov, J. (2007). Profiles of adolescent stress: the development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence*, 30 (4), 393-416.
- Calsbeek, H., Rijken, M., Bekkers, M. J. T. M., Henegouwen, G. P. V. B., & Dekker, J. (2006). Coping in adolescents and young adults with chronic digestive disorders: impact on school and leisure activities. *Psychology & Health*, 21 (4), 447-462.
- Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2007). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. *Anxiety, Stress & Coping, an International Journal*, 20 (4), 369-382.
- Câmara, S. G., & Carlotto, M. S. (2007). Coping e gênero em adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 12 (1), 87-93.
- Carson, D. K., & Bittner, M. T. (1994). Temperament and school-aged children's coping abilities and responses to stress. *The Journal of Genetic Psychology*, 155 (3), 289-302.
- Castro, L.R. (1998). *Infância e adolescência na cultura de massa*. Rio de Janeiro: Nau.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101 (3), 393-403.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V. L., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47 (4), 23-34.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 405-411.
- Dell'Aglio, D. D. (2003). O processo de *coping* em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia*, 11 (1), 38-45.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2002). Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e com adultos. *Psicologia USP*, 13 (2), 203-225.
- Estatuto da Criança e do Adolescente. (2007). *Lei Federal 8.069, de 13.07.90*. Porto Alegre: CMDCA.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Gazzaniga, M. S., & Heatherton, T. F. (2005). *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2005). *A psicologia e a vida* (16a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gilbar, O., & Hevroni, A. (2007). Counterfactuals, coping strategies and psychological distress among breast cancer patients. *Anxiety, Stress & Coping*, 20 (4), 383-392.
- Kaefer, H. (2006). Semiologia psicológica. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler & R. S. Riesgo (Eds.), *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp.87-102). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Kliewer, W., & Sandler, I. N. (1993). Social competence and coping among children of divorce. *American Journal of Orthopsiquiatria*, 63, 432-440.
- Kristensen, C. H., Leon, J. S., D'Incao, D. B., & Dell'Aglio, D. D. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação*, 8 (1), 45-55.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levi, G., & Schimitt, J. C. (1996). *História dos jovens: da antiguidade à era moderna*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lipp, M. E. N. (1989). O tratamento do stress infantil. In E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N., & Lucarelli, M. D. M. (1998). *Manual da escala de stress infantil - ESI*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N., & Novaes, L. (2000). *O stress*. São Paulo: Contexto.
- Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P., et al. (2002). Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 345-362.
- Losoya, S., Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Developmental issues in the study of coping. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 287-313.
- Mathews, K. A. (1982). Psychological perspectives on the Type A behavior pattern. *Psychological Bulletin*, 91 (2), 293-323.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Relatório sobre saúde mental no mundo*. Brasília: OMS.
- Osório, L. C. (1992). *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Outeiral, J. O. (1994). *Adolescer: estudos sobre a adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Palacios, J. (1995). O que é a adolescência. In C. Coll, J. Palácios & A. Marchesi (Orgs.), *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva* (pp. 263-272). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Peterson, L. (1989). Coping with children undergoing stressful medical procedures: some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57* (3), 380-387.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record, 51* (12), 223-235.
- Raimundo, R. C. P., & Pinto, M. A. P. M. (2006). Stress e estratégias de coping em crianças e adolescentes em contexto escolar. *Aletheia, 24*, 9-19.
- Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16* (1), 24-28.
- Romano, J. (1997). Stress and coping: a qualitative study of 4th and 5th graders. *Elementary School Guidance & Counseling, 31*, 273-283.
- Rotta, N. T. (2006). Dificuldades para a aprendizagem. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler & R. S. Riesgo (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp.113-123). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ryan-Wenger, N. A. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: a step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry, 62* (2), 256-263.
- Ryan-Wenger, N. A., Sharrer, V. W., & Campbell, K. K. (2005). Changes in children's stressors over the past 30 years. *Pediatric Nursing, 31*, 282-291.
- Savóia, M. G., Santana, P., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP, 7* (1-2), 183-201.
- Sideridis, G. D. (2006). Coping is not an 'either' 'or': the interaction of coping strategies in regulation affect, arousal and performance. *Stress and Health, 22*, 315-327.
- Silva, J. D., Muller, M. C., & Bonamigo, R. R. (2006). Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia, 81* (2), 143-149.
- Smith, C. S. (2007). Coping strategies of female victims of child abuse in treatment for substance abuse relapse: their advice to other women and healthcare professionals. *Journal of Addictions Nursing, 18* (2), 75-80.
- Sternberg, R. (2008). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Taxis, J., Rew, L., Jackson, K., & Kouzekanani, K. (2004). Protective resources and perceptions of stress in a multi-ethnic sample of school-age children. *Pediatric Nursing, 30*, 477-487.
- Vivan, A. S. (2007). *Estratégias de coping frente às dificuldades funcionais e sintomas depressivos em idosos institucionalizados*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Weisz, J. R., McCabe, M., & Denning, M. D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62* (2), 324-332.

Recebido em: 19/9/2008  
 Versão final representada em: 27/5/2009  
 Aprovado em: 26/6/2009

# Grupo educativo de cirurgia cardíaca em um hospital universitário: impacto psicológico

## *Cardiac surgery educational group in a university hospital: psychological impact*

Jeanny Joana Rodrigues Alves de **SANTANA**<sup>1</sup>

Luan Flávia Barufi **FERNANDES**<sup>2</sup>

Carla Rodrigues **ZANIN**<sup>3</sup>

Christiane Maia **WAETEMAN**<sup>3</sup>

Marcelo **SOARES**<sup>4</sup>

### Resumo

Este estudo avaliou o impacto psicológico de um grupo educativo de cirurgia cardíaca em pacientes de um hospital universitário. Participaram 73 sujeitos, dos quais 62% eram homens. A média de idade foi 52 anos, desvio-padrão foi 16. Os pacientes foram submetidos a uma sessão multidisciplinar com exposição dialogada sobre cardiopatias, procedimento cirúrgico e sintomas psicológicos. Os resultados mostraram que, para poucos pacientes (36%), o grupo ajudou a esclarecer dúvidas sobre o tratamento, demonstrando a necessidade de ajustes nas estratégias didáticas para melhor compreensão dos conteúdos. A análise das emoções percebidas após participação no programa revelou que 70% responderam estar esperançosos. A contraposição entre "esperança" e "tranquilidade" foi uma resposta emocional esperada frente à vivência da cirurgia, avaliada como uma condição de ameaça ambiental. Conclui-se que o grupo educativo foi benéfico para o ajustamento psicossocial do paciente à cirurgia. Entretanto, maior eficácia será alcançada mediante aperfeiçoamento do método de atuação e inclusão de um programa interdisciplinar estruturado para controle do *stress*.

**Unitermos:** Cirurgia torácica. Impacto psicossocial. Instrução em grupo.

### Abstract

*This study assessed the psychological impact of an educational group for cardiac surgery patients in a university hospital. Seventy-three subjects took part in the study - 62% were men with an average age of 52 (standard deviation = 16), subjected to a multidisciplinary session including discussion about heart disease, surgical procedures and psychological symptoms. The results showed that for a few patients (36%), the group helped to clarify questions about the treatment, demonstrating the need for adjustments in teaching strategies for a better*

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia e Educação, Pós-Graduação em Psicobiologia. Av. Bandeirantes, 3900, Bloco 6, Sala 34, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.J.R.A. SANTANA. E-mail: <jeanny.santana@terra.com.br>.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Hospital de Base, Serviço de Psicologia. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Hospital de Base. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Agradecimentos: ao Prof. Dr. José Antônio Cordeiro, pelo auxílio na análise dos dados e ao Prof. Dr. Fernando Batigália, pela assessoria científica.

*understanding of the content. The analysis of emotions perceived after participation in the program showed that 70% were said to be hopeful. The contrast between "hope" and "tranquility" was an expected emotional response given the experience of surgery, evaluated as an environmental threat condition. It was concluded that the educational group was beneficial to the patients' psychosocial adjustment to surgery. However, greater effectiveness will be achieved by improving the performance method and the inclusion of an interdisciplinary program designed to control stress.*

**Uniterms:** Thoracic surgery. Psychosocial impact. Group instruction.

A cirurgia cardíaca é uma modalidade de tratamento para diferentes cardiopatias que gera sofrimento para o indivíduo em muitos aspectos. No âmbito biológico, o paciente está suscetível a sensações de dor, infecções, intervenções invasivas e risco de morte. No campo social, o paciente se afasta temporariamente do convívio com os amigos e parentes pelo tempo de internação hospitalar, tem limitada sua autonomia e diminui ou extingue as atividades laborais. Quanto à condição psicológica, geralmente o paciente apresenta sintomas de ansiedade, depressão e tem expectativas negativas sobre o futuro (Medeiros, 2002; Neme & Rodrigues, 2003; Romano, 2001; Souza, 2004). O enfrentamento da situação consiste na busca por respostas adaptativas e no manejo das experiências, estados emocionais e comportamentos causados pelo *stress*. Essas estratégias referem-se a padrões cognitivos e comportamentais que são empregados para manter o equilíbrio diante das especificidades da situação de adoecimento (Lazarus, 1993).

A psicologia da saúde - especialmente a psicologia aplicada à cardiologia - fundamentou, ao longo de anos, uma enorme gama de conhecimentos para respaldar a prática profissional em situações estressoras como a sofrida por pacientes de cirurgia cardíaca. O resultado deste trabalho é o desenvolvimento de teorias, métodos e técnicas de intervenção como, por exemplo, o treino psicológico para controle do *stress* (Lipp, 2001), análise funcional de contingências no hospital (Gorayeb & Guerrelhas, 2003), intervenção multimodal e multidisciplinar para reabilitação pós-enfarte do miocárdio (Fernandes & McIntyre, 2006), estudos sobre adesão ao tratamento (Alfonso & Abalo, 2004) e suporte social aos pacientes (Resende, Cunha, Silva & Sousa, 2007), pesquisas sobre preditores comportamentais de saúde (López, García & Dresch, 2006; Ribeiro, 2004), desenvolvimento de instrumentos para avaliação de estratégias de enfrentamento (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001), investigação sobre problemas psicológicos associados ao transplante de órgãos (San Gregorio, Rodríguez & Rodríguez, 2005), entre outros temas.

As atribuições do psicólogo em uma equipe de cirurgia são: compreender o comportamento no contexto da saúde e doença, determinar e conhecer as condições comportamentais e emocionais do paciente, oferecer assistência psicológica a ele, executar pesquisas e participar de atividades de ensino. Com a evolução das concepções de saúde-doença o papel do psicólogo passou a incluir o atendimento aos familiares e realização de intervenções educativas (Angerami-Camon, 1996; Kerbauy, 2002).

A educação em saúde, entendida aqui como a prática voltada para o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas em busca da melhoria da qualidade de vida, é estruturada a partir de uma tendência pedagógica. Se a diretriz for tradicional, haverá predominância da exposição oral dos conteúdos, com uma sequência fixa, predeterminada e sem relação com o cotidiano do sujeito. A abordagem crítica valoriza a problematização, o conhecimento da realidade, a integração entre os participantes para criar soluções e, assim, desenvolver a autonomia (Pereira, 2003). A consequência de uma intervenção educativa em cirurgia cardíaca nos moldes da abordagem crítica é o aprendizado, pelo paciente, de habilidades de análise e compreensão da situação que ele vivencia. Este é um elemento favorecedor da diminuição do impacto negativo do tratamento na vida do indivíduo. Há evidências empíricas de que a prática educativa proporciona minimização dos sintomas de ansiedade e depressão, influencia positivamente a recuperação clínica após a cirurgia e interfere no prognóstico e evolução do paciente (Neme & Rodrigues, 2003).

É recomendável que o trabalho educativo seja planejado pela equipe interdisciplinar em união com as pessoas atendidas. Inicialmente, são identificadas as características da população e definidos os objetivos da atividade. Posteriormente, o método é estabelecido pela integração de conhecimentos entre os profissionais e os resultados avaliados periodicamente, para que a prática seja sempre otimizada. Neste processo, o psicó-

logo utiliza instrumentos para investigar a demanda e analisar os resultados, emprega ações que beneficiem a coesão do grupo de profissionais, bem como a comunicação genuína de ideias, e aplica técnicas psicológicas para que o trabalho com o paciente seja realmente eficaz. Dada a complexidade do papel do psicólogo na equipe interdisciplinar, ele precisa ser adequadamente capacitado para justificar com coerência suas propostas. Por isso, deve lançar mão de um vasto referencial teórico, como o da Psicologia da Saúde, Psicologia Institucional, Psicologia dos Grupos, Teorias e Técnicas Psicoterápicas, Teorias da Aprendizagem, Psicobiologia e Ética (Granada, 2004; Scorsafava, 2004; Tonetto & Gomes, 2007).

Os resultados de um programa educativo com pacientes de cirurgia cardíaca envolvem a qualidade da integração entre os profissionais e a noção que a equipe interdisciplinar tem dos limites da intervenção. Uma ação integrada entre disciplinas é caracterizada pela comunicação de ideias e associação de procedimentos. Se estes fatores não estão presentes, não podem ser considerados ações interdisciplinares, mas práticas profissionais isoladas (Granada, 2004). A prática de educação em saúde é limitada, pois somente a transmissão de informações não é o suficiente para modificar comportamentos de forma duradoura. Na análise comportamental considera-se que o indivíduo deve estar exposto contínua e exaustivamente às contingências ambientais, interpessoais e fisiológicas favorecedoras do desenvolvimento e fortalecimento de categorias específicas de respostas como, por exemplo, cuidados com o próprio corpo, uso de estratégias mais adequadas de enfrentamento à doença e adesão ao tratamento medicamentoso (Catania, 1999).

Reconhecendo que um programa educativo em cirurgia cardíaca possui tanto benefícios quanto limitações, é fundamental identificar estes elementos para que a prática de atuação seja aperfeiçoada. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto psicológico de um grupo educativo de cirurgia cardíaca em pacientes internados na enfermaria de um hospital universitário do interior de São Paulo.

## Método

### Participantes

Foram colaboradores deste estudo 73 pacientes internados no setor de cirurgia cardíaca de um hospital

do interior de São Paulo que participaram de um grupo educativo antes e/ou após a cirurgia. Do total de sujeitos, 62% eram do sexo masculino e 38% feminino. A média de idade foi 52 anos (desvio-padrão = 16). Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, sem restrição de idade, escolaridade, nível socioeconômico, cor, religião e estado civil. Foram excluídos do estudo aqueles que se recusaram a participar da pesquisa ou apresentaram comprometimento neurológico, psiquiátrico, alterações de consciência (coma) ou outro comprometimento físico (pacientes com ventilação mecânica).

### Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram uma ficha de identificação elaborada pelos pesquisadores, contendo dados pessoais e condições socioeconômicas, e uma entrevista estruturada para avaliação do impacto psicológico do grupo educativo de cirurgia cardíaca, ambos elaborados pelos pesquisadores. A entrevista consistiu de quatro questões fechadas, com suas respectivas opções de resposta: a) motivação dos pacientes para participar do grupo (esclarecer dúvidas, conhecer pessoas com a mesma doença, dar e receber apoio social); b) o quanto o grupo ajudou a enfrentar a cirurgia (nada, um pouco, mais ou menos, bastante e muito); c) fatores de auxílio do grupo (aceitar melhor a doença, diminuir o medo, ter mais coragem e confiança, esclarecer dúvidas sobre a doença, sobre o tratamento e sobre o sucesso da cirurgia, encontrar apoio de outras pessoas, mudar a concepção prévia sobre a doença e cirurgia e melhorar o humor); d) emoções percebidas após participação no grupo (medo, preocupação, tristeza, tédio, raiva, confusão, nervosismo, angústia, sentir-se mal após participar, animação, felicidade, esperança, tranquilidade, alívio, empatia). Os participantes poderiam assinalar mais de uma alternativa em cada fator, exceto para a questão "b", cujas alternativas eram mutuamente excludentes.

### Procedimentos

Os pacientes, tanto na condição pré quanto na pós-operatória, foram convidados a participar do grupo coordenado pela psicóloga, pela enfermeira e pela nutricionista. O programa foi estruturado com sessão única de 60 minutos, bissemanal, com exposição

dialogada, utilização de recurso visual (*data show*) e aberto a, no máximo, quinze pessoas (além dos pacientes, os familiares também puderam participar da atividade). Os profissionais incentivaram a elaboração de perguntas sobre os assuntos abordados.

Cada módulo de vinte minutos seguiu roteiro conforme a disciplina que o fundamentou. Inicialmente, a psicóloga debateu com os pacientes sobre a cirurgia (natureza do procedimento e recuperação), fatores de risco (tabagismo, hábitos alimentares e exercícios físicos), comportamentos relacionados ao procedimento (ansiedade, depressão) e conversou sobre modificação de hábitos em prol de uma vida saudável. Em seguida, a enfermeira dialogou sobre cuidados com higiene e prevenção de infecção. Finalmente, a nutricionista discutiu com os participantes sobre hábitos alimentares saudáveis para doenças crônico-degenerativas relacionadas às cardiopatias como diabetes, dislipidemia e hipertensão. As profissionais buscaram seguir este roteiro para abranger o maior número de temas sobre o tratamento. Entretanto, ele não era cumprido rigorosamente, devido à restrição de tempo e também porque a prioridade estava centrada no diálogo e no esclarecimento de dúvidas. A experiência dos pacientes, verificada por meio dos depoimentos e troca de ideias, era referência para a construção de conceitos, e os exemplos abordados por eles eram propícios para relacionar a teoria à prática vivenciada no cotidiano.

Após o programa educativo, os objetivos da pesquisa foram apresentados. Os pacientes que aceitaram o convite para participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e receberam uma cópia. Este documento foi elaborado conforme os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, contendo dados de identificação dos pesquisadores e dos sujeitos, objetivos e procedimentos da pesquisa e garantias quanto ao sigilo e anonimato do participante. Em seguida, os pacientes responderam aos instrumentos de coleta de dados. Como cada grupo continha no máximo quinze pessoas e, destas, somente algumas eram pacientes, a coleta de dados se estendeu por um ano para alcançar o tamanho adequado da amostra. Apesar de participarem juntos da intervenção educativa, somente os pacientes (e não os familiares) foram sujeitos da pesquisa e responderam aos instrumentos.

Os dados foram analisados quantitativamente, apresentados em estimativa de percentual (intervalo de confiança 95%) e confrontados com 50% por meio do teste exato para uma proporção. Foi adotado o nível de significância  $\alpha \leq 0,05$ . Realizou-se a estatística descritiva (frequências, porcentagens, médias, medianas, desvio-padrão) dos dados sociodemográficos da amostra e das seguintes questões avaliadas: "O quanto o grupo ajudou a enfrentar a cirurgia", "Fatores de auxílio do grupo" e "Motivação dos pacientes para participar do grupo". A análise dos componentes principais foi aplicada para a questão "emoções percebidas após participação no grupo", com o objetivo de analisar as informações a partir da semelhança entre indivíduos e definir uma topologia das variáveis, isto é, reduzir as variáveis originais para um número pequeno de índices (componentes principais) e, assim, conhecer como os subgrupos estavam correlacionados entre si (Crivisqui, 1999).

## Resultados e Discussão

Conforme mencionado, o impacto psicológico da intervenção educativa nos pacientes hospitalizados foi avaliado mediante as seguintes questões: a) motivação dos pacientes para participar do grupo; b) o quanto o grupo ajudou a enfrentar a cirurgia; c) fatores de auxílio do grupo; d) emoções percebidas após participação no grupo.

No item "a" (motivação dos pacientes para participar do grupo), verificou-se que uma minoria teve como motivação participar "para ajudar os outros" (15%), "para conhecer pessoas com a mesma doença" (22%) e "para obter apoio de outras pessoas" (23%) ( $p=0,000$ ), ou seja, uma minoria esperava receber ou oferecer suporte social. O psicólogo deve discutir com a equipe sobre meios para incentivar a interação dos participantes e realizar um treino de habilidades com eles para que identifiquem, obtenham e mantenham o suporte social, elemento promotor de saúde (Resende et al., 2007).

Por outro lado, foi estimado que a maioria dos participantes (74%,  $p=0,000$ ) estava motivada a participar do grupo para tirar dúvidas e obter informações sobre a cirurgia. Ao auxiliar o paciente a compreender a situação vivenciada, é oferecido um clima de confiança entre ele

e os profissionais, o que favorece a adesão ao tratamento no período pós-operatório e, mais importante que isso, auxilia na identificação de fatores relacionados ao indivíduo, à equipe e à instituição que dificultam a adesão (Benute et al., 2001).

No item “b” (o quanto o grupo ajudou a enfrentar a vivência da cirurgia), verificou-se que a maioria (58%,  $p \leq 0,05$ ) avaliou o grupo positivamente, considerando-o muito importante para o auxílio no enfrentamento da situação estressora. A avaliação positiva da intervenção pode resultar em benefícios como menor duração da internação e melhora da capacidade funcional (Neme & Rodrigues, 2003). Estudos longitudinais devem ser feitos para avaliar os efeitos da atividade nestas variáveis.

No item “c” (fatores de auxílio), uma minoria respondeu que o grupo ajudou “a esclarecer dúvidas sobre sucesso da cirurgia” (36%;  $p=0,019$ ), “a diminuir o medo” (36%;  $p=0,019$ ), “a aceitar melhor a doença” (33%;  $p=0,005$ ), “a mudar a ideia que tinha sobre a doença” (27%;  $p=0,000$ ), “a encontrar apoio de outras pessoas” (pacientes e acompanhantes) (26%;  $p=0,000$ ) e “melhorar o humor” (diminuir sentimentos de tristeza e depressão) (22%;  $p=0,000$ ). A alternativa “o grupo não ajudou” não foi assinalada por qualquer participante (0%;  $p=0,000$ ). Provavelmente, a baixa frequência de respostas às alternativas do item “fatores de auxílio do grupo” deve-se a três motivos principais, citados a seguir.

O primeiro deles diz respeito às falhas na construção do instrumento. A pergunta feita aos participantes - “Em que fatores o grupo educativo te ajudou, neste momento de sua vida?” - pressupôs que o programa educativo auxiliou o paciente a enfrentar a vivência da cirurgia em pelo menos um dos aspectos indicados nas alternativas (aceitar a doença, diminuir o medo, ter mais confiança no tratamento etc.). Somente a alternativa “o grupo não ajudou” contemplou um possível resultado negativo da intervenção. As regras de construção de instrumentos de pesquisas nas ciências humanas estabelecem que as perguntas devem ser elaboradas sem prévio julgamento das respostas dos participantes (Cruz & Ribeiro, 2003).

O segundo equívoco identificado neste item é que os pesquisadores foram os coordenadores da intervenção e isto, por si só, caracteriza-se como um viés de pesquisa. Provavelmente, o participante se viu

constrangido em atribuir valor negativo ao programa, mesmo que esta fosse a resposta de sua escolha. Infelizmente, a falta de rigor na elaboração e aplicação do instrumento de coleta de dados é um forte elemento de limitação deste estudo.

Em terceiro lugar, a baixa frequência de respostas às alternativas do item “fatores de auxílio do grupo” sinaliza que, no formato que foi constituído neste estudo, o programa educativo não possui impacto significativo em variáveis complexas como aceitação da doença e diminuição do medo. É recomendável o planejamento de uma intervenção que integre as ações dos profissionais para atender às necessidades do paciente de modo global. Não basta que cada profissional contribua com seu corpo de conhecimentos para chegar a um objetivo comum. O ideal é buscar uma unidade conceitual materializada na criação de estratégias efetivas para a promoção de saúde e controle do estressor (Granada, 2004).

O fato de o grupo educativo não ter ajudado a esclarecer dúvidas dos pacientes sobre o tratamento indica que mudanças urgentes e necessárias precisam ser empreendidas para o alcance deste objetivo. Uma primeira medida a ser tomada é o ajuste nas estratégias didáticas (emprego de métodos de interação grupal e uso de material didático alternativo). A realização de um trabalho informativo, intensivo, executado pelos membros da equipe ao longo da internação, e não somente durante a sessão educativa, é outro procedimento a ser adotado. As sugestões são coerentes com a teoria da aprendizagem social de Bandura, que assegura que a educação em saúde é influenciada e determinada pelo ambiente e cultura e, por isto, só é efetiva se realizada de forma contínua e gradativa (Bandura, Azzi & Polydoro, 2008).

A ineficácia do programa em sanar dúvidas dos pacientes chama a atenção para a definição dos objetivos da atividade, que devem ir além da transmissão de informações. Conforme o paradigma da Promoção de Saúde, o coordenador de uma intervenção educativa deve compreender que o indivíduo é capaz de avaliar a realidade que vivencia e de desenvolver habilidades de resolução de problemas de adoecimento, ou seja, ele pode autogerir sua saúde. Neste sentido, a tarefa dos profissionais não é meramente repassar informações, mas também planejar ações estimuladoras do

autoconhecimento e da autogestão, para que o paciente assuma o controle e a responsabilidade por sua própria saúde (Baremblytt, 2002; Coates, 1999). Para tanto, o planejamento da atuação deve fugir das “receitas de comportamento” e do discurso de culpabilidade do tipo “Se ingerir muito sal, a pressão vai subir e pode dar infarto”, e mostrar a possibilidade de viver prazerosamente e ter hábitos saudáveis de vida. A organização de um programa com estes preceitos exige delegação de novas tarefas aos profissionais e implica recomposição das relações de trabalho. Infelizmente, a consequência esperada é a resistência de membros da equipe às mudanças, pois elas alteram uma organização vigente (Coates, 1999; Granada, 2004; Maia, 2006).

Em uma situação de resistência, o psicólogo tem a tarefa de analisar a estrutura institucional, questionar os objetivos das práticas, relacionar as ações dos profissionais com as concepções culturais de saúde e políticas públicas, identificar processos bloqueadores de mudanças (como a burocratização e a rigidez hierárquica do sistema de gestão), levantar dados sobre as contradições institucionais (por exemplo, discurso de integração de disciplinas, embora as práticas sejam isoladas) e envolver a equipe em um movimento institucionalista com o compromisso de implementar processos de mudança buscando restaurar o lugar do paciente como sujeito de sua própria vida, capaz de realizar a autoanálise e a autogestão da doença (Maia, 2006).

A análise do item “d” (emoções percebidas após participação no grupo) mostrou uma pequena estimativa para emoções de ansiedade (medo e preocupação) e depressão (tristeza, desânimo, desesperança), apontando para a consideração de que a intervenção não teve impacto negativo nas respostas emocionais dos pacientes (Tabela 1).

Por outro lado, uma minoria relatou presença de emoções de felicidade e alívio. Conjectura-se que obter um sentimento de felicidade não seja a expectativa do paciente que participa deste tipo de grupo, pois ele pretende, em primeira instância, conhecer o procedimento cirúrgico, para tomar ciência das contingências às quais está exposto. Além disso, o alcance da felicidade depende de outros fatores, como ganho de reforçadores positivos (por exemplo, resgatar a saúde física), o que não condiz com a vivência de submissão à cirurgia

**Tabela 1.** Emoções percebidas após participação no grupo. São José do Rio Preto (SP), 2007.

Emoções percebidas após participação no grupo	n	%
Esperança*	51	70
Tranquilidade**	38	52
Ânimo**	33	45
Sem dúvidas**	28	38
Felicidade*	25	34
Alívio*	23	32
Empatia*	22	30
Preocupação*	7	10
Medo*	5	7
Tristeza*	2	3
Nervosismo*	2	2
Desânimo*	1	1
Com dúvidas*	1	1
Tédio*	1	1
Desesperança*	0	0
Raiva*	0	0
Sentiu mal*	0	0

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p > 0,05$ .

cardíaca, um evento altamente aversivo para os pacientes. É preciso levar em conta a influência do sistema nervoso autônomo no comportamento emocional de ansiedade (Catania, 1999). No caso da cirurgia cardíaca, que representa ameaça e risco à vida do paciente, frequentemente ocorre ação simpática e parassimpática, enquanto permanecer exposto a esta contingência aversiva. Cabe ao psicólogo auxiliar o paciente (com uso de técnicas específicas) a desenvolver habilidades para ajustamento satisfatório a esta contingência.

Cumprindo uma necessidade de análise pormenorizada da questão “emoções percebidas após participação no grupo”, com intenção de verificar a associação entre os itens deste tema, utilizou-se um recurso da estatística, que é o Método de Análise dos Componentes Principais (Tabela 2).

Verifica-se que, com 36% da variação total, o primeiro fator ponderou para aspectos positivos. Cada um destes aspectos é representado aqui com suas respectivas cargas fatoriais, que indicam a correlação entre aquele item da variável e o fator total, sendo estes valores variando entre -1 e 1: alívio (0,44); esclarecimento de dúvidas (0,44); tranquilidade (0,42); ânimo (0,39). Já no segundo fator, com 14% da variação total, foram contrapostos sentimentos de esperança (-0,71) e tranquilidade (0,45), ou seja, um grupo de pacientes estava tranquilo,

**Tabela 2.** Análise dos componentes principais das emoções percebidas pelos pacientes após participação no grupo educativo de cirurgia cardíaca. São José do Rio Preto (SP), 2007.

<i>Eigenvalue</i>	0,66209	0,26045	0,20744	0,18145	0,13450
% variância	0,35500	0,14000	0,11100	0,09700	0,07200
% acumulada	0,35500	0,49400	0,60600	0,70300	0,77500
Variáveis	Componentes				
	1	2	3	4	5
Esperança	0,221	-0,710	0,141	-0,144	0,123
Tranquilidade	0,423	0,448	-0,189	0,487	-0,046
Ânimo	0,390	-0,314	-0,604	0,119	0,272
Sem dúvidas	0,440	0,042	0,296	-0,191	-0,625
Felicidade	0,301	0,347	-0,177	-0,801	0,241
Alívio	0,442	-0,193	0,151	0,080	-0,208
Empatia	0,344	0,145	0,554	0,181	0,600
Preocupação	-0,125	0,041	0,303	-0,060	0,225
Medo	-0,051	-0,103	0,151	0,045	-0,019
Tristeza	-0,023	-0,042	0,117	-0,017	0,012
Nervosismo	-0,045	-0,011	0,040	-0,003	-0,000
Desânimo	0,017	-0,019	0,001	0,065	0,066
Com dúvidas	-0,009	-0,041	-0,036	0,003	0,027
Tédio	0,032	0,003	0,010	-0,017	0,022
Desesperança	-0,000	0,000	-0,000	0,000	-0,000
Raiva	0,000	-0,000	0,000	0,000	0,000
Sentiu mal	0,000	-0,000	0,000	0,000	-0,000

Método de extração dos fatores: análise dos componentes principais.

mas não esperançoso, ou então, não estava tranquilo, mas esperançoso. Os outros fatores revelaram uma variação total fraca, abaixo de 11%, não sendo considerados para análise.

A contraposição das emoções de esperança e tranquilidade no segundo fator é explicada pela psicobiologia e pela análise do comportamento. A emoção refere-se a reações psicomotoras e alterações neurovegetativas em resposta a um estímulo ambiental. No caso da ansiedade, define-se como um estado de apreensão ou tensão, acompanhado por sensações físicas, induzido por estímulos ameaçadores (expectativa de perigo ou de dor) (Brandão, 2004); isto é, a ansiedade depende da apresentação de estímulos aversivos ou remoção de reforçadores positivos. Por outro lado, a elação (alegria) é gerada pela obtenção de reforçadores positivos (Catania, 1999). Considerando a esperança um conjunto de sentimentos referentes à expectativa de obtenção de reforçadores positivos e a tranquilidade o oposto de ansiedade (remoção de reforçadores positivos), é de se esperar que nesta condição de vivência de cirurgia cardíaca (estímulo aversivo) os pacientes expressem esta contraposição. Eles apresentaram espe-

rança (de resgatar a saúde e sobreviver - reforçador positivo), mas, em contrapartida, estavam ansiosos (ou seja, não estavam tranquilos) pela possibilidade de riscos que a cirurgia envolve (perder a vida - remoção de reforçador positivo). Esta análise de contingências é fundamental para o planejamento da intervenção psicológica. A identificação dos fatores relacionados à resposta emocional e a especificação dos componentes desta resposta guiam a tomada de decisão do profissional quanto ao método de atuação mais adequado a ser empregado. Baseando-se nos dados coletados, o psicólogo levanta hipóteses e atua de forma a mudar as variáveis situacionais para favorecer mudanças no comportamento (Gorayeb & Guerrelhas, 2003).

Embora os resultados tenham elucidado alguns aspectos do impacto psicológico de um grupo educativo para pacientes de cirurgia cardíaca, a generalização dos resultados é questionada, uma vez que eles foram analisados considerando os pacientes como um grupo homogêneo, ao invés de distingui-los entre aqueles que estavam no período pré-operatório e outros que já tinham sido submetidos à cirurgia. Possivelmente, as duas categorias estiveram expostas a estímu-

los ambientais diferenciados ao longo do tratamento, os quais eliciaram ou favoreceram distintas respostas. Logo, é de se esperar uma variação entre pacientes do período pré e pós-operatório quanto à reação ao grupo educativo. A variação entre os grupos só é conhecida se a avaliação discernir o perfil dos pacientes. Deve-se salientar que, dada a complexidade inerente ao tema, apesar das limitações metodológicas, a pesquisa fomentou discussões importantes sobre técnicas de intervenção em saúde, sobre o papel do psicólogo na equipe interdisciplinar e sobre as mudanças institucionais necessárias para a efetivação de um trabalho pautado no paradigma da Promoção de Saúde.

## Conclusão

O estudo alcançou o objetivo de avaliar o impacto psicológico de um grupo educativo de cirurgia cardíaca em pacientes de um hospital universitário. Verificou-se que o grupo foi benéfico para o ajustamento psicossocial dos pacientes ao estressor, pois eles se sentiram esperançosos após participarem da intervenção e avaliaram que a atividade foi muito importante para ajudar a enfrentar o procedimento cirúrgico.

O método de atuação no grupo educativo foi fundamentado em uma abordagem pedagógica tradicional e centralizada no discurso de culpabilidade do sujeito pela condição de adoecimento. A reestruturação do programa é necessária, sugerindo-se o incremento das estratégias didáticas e, em um nível mais abrangente, reformulação dos objetivos da atividade a partir do paradigma da Promoção de Saúde, almejando não somente o repasse de informações, mas também o desenvolvimento no paciente de habilidades de autoconhecimento e autogestão.

A aplicação dos preceitos de Promoção de Saúde na reformulação do programa educativo requer implementação de mudanças institucionais. Neste sentido, o psicólogo deve exercer a tarefa de analista institucional, que é identificar a estrutura de organização hospitalar e os obstáculos às mudanças. Feito isto, o esforço é direcionado para motivar a equipe a realizar um movimento institucionalista de modificação cultural, voltado para a compreensão do paciente como um indivíduo capaz de aprender melhores formas de enfrentar os problemas de adoecimento e de desenvolver comportamentos saudáveis independentemente.

O programa educativo por si só foi insuficiente para minimizar totalmente o sentimento de medo da cirurgia. Outras estratégias de intervenção direcionadas para modificação das respostas emocionais precisam ser planejadas e implementadas pela equipe interdisciplinar. O psicólogo pode contribuir ao executar uma análise funcional das contingências às quais o paciente está exposto e programar, junto à equipe, ações direcionadas para a mudança de fatores situacionais relacionados à resposta emocional. Desta forma, a prática deve envolver não somente aplicação de técnicas psicológicas, mas também reestruturação das contingências de assistência em saúde.

Falhas metodológicas limitaram o estudo, dificultando a generalização dos resultados. Futuras investigações devem primar pelo rigor na construção do instrumento e pela precisão na análise dos dados. No entanto, o estudo contribuiu para acrescentar conhecimentos científicos à Psicologia da Saúde no que tange à investigação do impacto psicológico de uma intervenção educativa e, em termos práticos, tratou do envolvimento do psicólogo em ações de adequação dos serviços hospitalares ao paradigma da Promoção de Saúde.

## Referências

- Alfonso, L. M., & Abalo, J. A. G. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología Y Salud, 14* (1), 89-99.
- Angerami-Camon, V. A. (Org.) (1996). *O doente, a psicologia e o hospital* (3a. ed.). São Paulo: Pioneira.
- Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, A. (Coords.). (2008). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Benute, G. R. G., Santos, N. O., Santos, R. M. R., Rondon, F. C., Quayle, J. M. B. R., & De Lucia, M. C. S. (2001). A importância do psicólogo na criação e implantação dos programas educativos e de prevenção em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica, 25* (1), 49-53.
- Brandão, M. L. (2004). *As bases biológicas do comportamento: introdução à neurociência*. São Paulo: EPU.
- Barembliitt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (5a. ed.). Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed.
- Coates, V. (1999). *Education for patients and clients*. London: Taylor & Francis.

- Crivisqui, E. (1999). *Apresentação da análise em componentes principais (ACP)*. Londrina: UEL.
- Cruz, C., & Ribeiro, U. (2003). *Metodologia científica: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Axcel Books.
- Fernandes, A. C. V. L., & McIntyre, M. T. M. (2006). Intervenção multimodal em pacientes na reabilitação pós-enfarte do miocárdio em Portugal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 19* (2), 74-83.
- Gorayeb, R., & Guerrelhas, F. (2003). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5* (1), 11-19.
- Granada, G. G. (2004). *Grupos educativos multiprofissionais e promoção à saúde: a experiência em um centro de saúde*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Estadual de Campinas.
- Kerbaui, R. R. (2002). Comportamento e saúde: doenças e desafios. *Psicologia USP, 13* (1), 11-28.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55* (3), 234-247.
- Lipp, M. E. N. (2001). Treino psicológico de controle do stress como prática clínica para a redução na reatividade cardiovascular de hipertensos. *Revista Temas em Psicologia: Sociedade Brasileira de Psicologia, 9* (2), 91-98.
- López, M. P. S., García, M. E. A. & Dresch, V. (2006). Ansiedade, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema, 18* (3), 584-590.
- Maia, S. M. (2006). *A interconsulta psicológica no hospital geral: uma demanda institucional*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Medeiros, V. C. C. (2002). *Paciente cirúrgico: a influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo.
- Neme, C. M. B., & Rodrigues, O. M. P. R. (Orgs.) (2003). *Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares*. São Carlos: Rima.
- Pereira, A. L. F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 19* (5), 1527-1534.
- Resende, M. C., Cunha, C. P. B., Silva, A. P., & Sousa, S. J. (2007). Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Ciências e Cognição, 10*, 164-172.
- Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção de doenças. *Análise Psicológica, 2* (22), 387-397.
- Romano, B. W. (Org.) (2001). *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- San Gregorio, M. A. P., Rodríguez, A. M., & Rodríguez, A. G. (2005). Problemas psicológicos asociados al transplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5* (1), 99-114.
- Scorsafava, A. T. (2004). *A estratégia de saúde da família como novo campo de atuação para o psicólogo: o modelo de Sobral/CE*. Monografia de especialização não-publicada, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17* (3), 225-234.
- Souza, R. H. S. (2004). *Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia (Campinas), 24* (1), 89-98.

Recebido em: 29/4/2008  
 Versão final reapresentada em: 12/12/2008  
 Aprovado em: 7/5/2009

# Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas<sup>1</sup>

## *Evaluation of depression, behavioral problems and social skills in obese children*

Andreia Mara Angelo Gonçalves **LUIZ**<sup>2</sup>

Ricardo **GORAYEB**<sup>3</sup>

Raphael Del Roio **LIBERATORE JÚNIOR**<sup>4</sup>

### Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a ocorrência de depressão, problemas comportamentais e competência social em crianças obesas, comparativamente a crianças não obesas. Participaram do estudo 90 crianças, das quais 60 eram obesas e 30 não eram, com idade entre 7 e 13 anos. Na coleta de dados foram utilizados: Ficha de Identificação, Inventário de Depressão para Crianças e Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência. Os dados foram analisados quantitativamente, com testes estatísticos não paramétricos e paramétricos, com nível de significância de 0,05. Os resultados apontaram diferença significativa entre as crianças obesas e as crianças não obesas em relação às variáveis psicológicas estudadas. Na análise multivariada, a depressão e os distúrbios internalizantes foram as variáveis que mais discriminaram as crianças obesas das não obesas. Os dados indicam, portanto, a necessidade de uma intervenção precoce e a realização de programas de prevenção.

**Unitermos:** Depressão. Obesidade. Problemas de comportamento.

### Abstract

*The objective of the study was to evaluate the occurrence of depression, behavioral problems and social skills in obese children, contrasting to children who are not obese. Ninety children, ages between 7 and 13, participated in this study; 60 were obese and 30 were not. Data was collected using the following methods: Identity Cards; Children's Depression Inventory and the Child Behavior Checklist. Data analysis was performed quantitatively, using parametric and non-parametric statistical tests, with a significance level of 0.05. Results demonstrated a significant difference between obese and non-obese children, as regards the psychological variables studied. Based on a multivariate analysis, depression and internal disorders distinguished obese children from those who were not obese. The data indicates, however, that there is a need for early intervention and a need to establish programs of prevention.*

**Uniterms:** Depression. Childhood obesity. Behavioral problems.

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir da dissertação de A. M. A. G. LUIZ, intitulada "Ansiedade, depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas". Universidade de São Paulo, 2004.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Curso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde, Hospital de Base, Serviço de Psicologia. Av. Brig. Faria Lima, 5416, VI São Pedro, 15090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.M.A.G. LUIZ. E-mail: <andreamagl@hotmail.com>.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Serviço de Endocrinologia Pediátrica. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

A obesidade é um dos problemas de maior prevalência entre crianças e está aumentando de forma significativa em todo o mundo. É, por isso, considerada um grave problema de saúde pública (Mello, Luft & Meyer, 2004).

Nos países desenvolvidos, a obesidade infantil atinge proporções epidêmicas, começando a substituir a desnutrição e as doenças infecciosas, o que a torna um fator significativo como problema de saúde. Esses países têm concentrado seus esforços na área de saúde pública e na prevenção das doenças não transmissíveis, dando ênfase à redução da obesidade pela modificação do padrão alimentar e redução do sedentarismo (Brownell & O'Neil, 1999).

No Brasil, um estudo realizado no Rio Grande do Sul revelou que a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de 11 a 13 anos foi elevada (24,8%) (Suné, Dias-da-Costa, Olinto & Pattussi, 2007). Outro estudo com adolescentes apontou maior prevalência de obesidade no sexo feminino com nível socioeconômico mais alto e de regiões industrializadas (Neutzling, Taddei, Rodrigues & Sigulen, 2000).

É importante lembrar que a obesidade infantil é um problema tanto da área da saúde como cultural, pois mudanças sociais têm levado a uma alimentação rápida e inadequada, colaborando para o aumento do sobrepeso e obesidade, afetando, assim, a qualidade de vida desses indivíduos (Strauss, 1999).

A ocorrência de problemas psicossociais e transtornos psiquiátricos, juntamente com a obesidade infantil, bem como o impacto destes sobre o funcionamento da criança, indica a relevância de se estudar esse tema. Entre estes transtornos psiquiátricos, a depressão tem sido muito estudada em crianças e adolescentes obesos, e pode interferir em vários aspectos da vida da criança, prejudicando o rendimento escolar e o relacionamento familiar e social (Erermis et al., 2004; Lee, Cutatolo & Freedsich, 2000; Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos, 2005; van Vlierberghe, Braet & Mels 2008).

Csabi, Tenyi e Molnar (2000) compararam a presença de sintomas depressivos entre crianças obesas em tratamento ambulatorial e crianças não obesas; os resultados mostraram uma maior proporção de sintomas depressivos nas crianças obesas. Em outro estudo com crianças entre 11 e 13 anos foi investigada a relação

entre Índice de Massa Corporal (IMC), sedentarismo e sintomas depressivos, e os resultados apontaram uma correlação entre alto nível de sedentarismo, IMC com percentil elevado e sintomas de depressão (Anton et al., 2006).

Alguns estudos também sugerem que problemas relacionados às áreas sociais e comportamentais são mais comuns em crianças obesas. Os obesos sofrem maior discriminação e estigmatização social, interferindo no seu funcionamento físico e psíquico, o que pode causar um impacto negativo em sua qualidade de vida (Khaodhiar, McCowen & Blackburn, 1999).

Ao longo da vida o excesso de peso traz outras dificuldades, como a diminuição da oferta de empregos, timidez e problemas de relacionamento afetivo. Devido a tais dificuldades, os indivíduos obesos sofrem ou impõem-se restrições diante de atividades rotineiras, como ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas, namorar e divertir-se (Damiani, 2002). Podem também apresentar baixa autoestima, o que afeta o desempenho escolar e social (Abrantes, Lamounier & Colosimo, 2002; Keller & Steves, 1996).

Stradmeijer, Bosch, Koops e Seidell (2000), estudando a relação entre funcionamento familiar e problemas comportamentais na obesidade infantil, verificaram que tanto os pais como os professores apontaram maiores problemas comportamentais nos obesos. Outro estudo mostrou que a maioria das crianças obesas apresentava problemas sociais, quando avaliadas por meio de questionário respondido pelos pais após solicitação do pesquisador (Epstein, Meyers & Anderson, 1996).

Analisando a literatura, percebe-se que é encontrada uma forte relação entre a obesidade e aspectos psicológicos, tais como sintomas depressivos, problemas comportamentais e sociais, independentemente da sua conotação de causa ou consequência envolvida no processo da obesidade.

Considerando que a depressão, problemas comportamentais e competência social são, com frequência, associados à obesidade, este estudo teve como objetivos: a) avaliar a presença de sintomas depressivos, competência social e distúrbios comportamentais em crianças com obesidade, comparativamente a crianças não obesas; b) caracterizar o perfil dos participantes.

## Método

### Participantes

A amostra consistiu de 90 crianças, divididas em grupo de obesos e grupo-controle. O Grupo de Obesos (GO) foi composto por 60 crianças com obesidade exógena, com IMC maior que o percentil 95 (*Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2007*), sendo 33 meninos e 27 meninas, com idade entre 7 e 13 anos (Média - M=9,8; Desvio-Padrão - DP=1,73) e escolaridade de 1ª a 7ª série (M=3,7; DP=1,74), atendidas no ambulatório de obesidade de um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo; quanto à escolaridade dos pais, predominou entre o primário e o 1º grau completo.

O Grupo Controle (GC) incluiu 30 crianças não obesas, apresentando IMC entre o percentil 25 e 75 (CDC, 2007), sem diagnóstico anterior de obesidade, sendo 17 meninos e 13 meninas, com idade entre 7 e 13 anos (M=10,13; DP=1,89) e escolaridade de 1ª à 7ª série (M=3,7; DP=1,77), atendidas no ambulatório de otorrinolaringologia do mesmo hospital, com diagnóstico de doenças consideradas comuns nessa área (amidalite, faringite e rinite alérgica). A escolaridade dos pais predominante também foi entre o primário e o 1º grau completo.

Foram critérios de exclusão do estudo, crianças com deficiência intelectual ou transtornos psiquiátricos, tais como: esquizofrenia, transtornos alimentares e transtornos invasivos do desenvolvimento, bem como crianças em tratamento psicoterápico.

### Instrumentos

1) Ficha de Identificação

2) Inventário de Depressão Infantil (CDI): é um instrumento de autorrelato que avalia sinais cognitivos, afetivos e comportamentais de depressão em crianças (Kovacs, 1982). Foi adaptado e normatizado para o contexto brasileiro por Gouveia (1995), que padronizou o instrumento com um ponto de corte de 18. Crianças com pontuação igual ou acima desse valor são consideradas com sintomas depressivos. O CDI revelou-se um instrumento unidimensional, com consistência interna e confiabilidade. Cada um de seus 20 itens tem três opções de respostas, e a criança deve assinalar

aquela que melhor descreve como tem se sentido emocionalmente nas últimas duas semanas.

3) Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL): é um instrumento que avalia o funcionamento psicossocial de crianças e adolescentes de 4 a 18 anos, respondido pelos pais ou responsáveis. Contém 138 itens: 20 que avaliam competência social e 118 que avaliam problemas de comportamento. A primeira parte do questionário refere-se à competência social e investiga a participação da criança em atividades (esportes, brincadeiras, jogos, passatempos, trabalhos e tarefas), em organizações (clubes e times), seu relacionamento (família e amigos), independência para brincar e realizar tarefas de trabalho e desempenho na escola. Todas essas áreas juntas são denominadas Competência Social Global. A segunda parte abrange problemas emocionais e comportamentais, divididos em distúrbios internalizantes e externalizantes. Os internalizantes incluem ansiedade, depressão, retraimento, queixas esquizoides e somáticas. Os externalizantes são comportamentos delinquentes, cruéis ou agressivos. Os escores obtidos indicam o perfil social e comportamental da criança, e escores de corte determinam sua inclusão nas categorias não clínica (inferiores a 60), limítrofe (60 a 63) e clínica (superiores a 63). A inclusão da categoria limítrofe na categoria clínica reduz as categorias para apenas duas: não clínica e clínica, como foi adotado neste estudo (Bordin, Mari & Caieiro, 1995).

### Procedimentos

O estudo foi executado dentro das normas de ética em pesquisa em seres humanos. Os participantes foram abordados durante os dias de funcionamento dos ambulatórios. Após a autorização, o pesquisador aplicava os instrumentos individualmente. Coletaram-se os dados durante o período de um ano.

Os dados foram analisados quantitativamente, com procedimentos estatísticos não paramétricos e paramétricos, por meio dos programas estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 10.0, e *System for Statistics (SYSTAT)*, versão 7.0.

Para a análise univariada, na qual se verificou como a variável grupo (obesos e controle) se relacionava com as demais variáveis isoladamente, foi utilizado o

Teste do Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 0,05. Efetuou-se uma análise multivariada com o objetivo de observar como algumas variáveis interagem com a variável grupo (obesos e controle), levando em consideração as inter-relações existentes. Foi empregado um método denominado Análise Discriminante, que visou, dentre as variáveis inicialmente postadas na análise, selecionar as que mais contribuíram (ou a combinação delas) para a diferenciação entre o grupo de obesos e o grupo controle. Para essa análise, foi utilizado o valor próprio dos instrumentos empregados no estudo.

## Resultados

A Tabela 1 apresenta o perfil dos participantes do estudo. A análise comparativa entre os grupos mostrou que não houve diferença significativa em relação ao sexo, à idade e escolaridade das crianças e escolaridade dos pais. As mães das crianças obesas apresentaram porcentagem significativamente superior de escolaridade, entre o 2º grau completo e o 3º grau completo, quando comparadas com as mães das crianças não obesas.

### Avaliação do Inventário de Depressão Infantil

Os resultados do CDI (Tabela 2) indicam que os participantes do GO apresentaram 43,3% de respostas com escore igual ou acima do ponto de corte para depressão, e os participantes do GC apresentaram 3,3% de respostas com escores acima do ponto de corte. Esta diferença é estatisticamente significativa.

**Tabela 1.** Perfil dos participantes. São José do Rio Preto (SP), 2004.

Variáveis	Especificações	Grupo de obesos		Grupo de obesos	
		n	%	n	%
Sexo	Masculino	33	55,0	17	56,7
	Feminino	27	45,0	13	43,3
Idade	7 - 10 anos	35	58,3	17	56,7
	11 - 13 anos	25	41,7	13	43,3
Escolaridade	1ª - 4ª série	34	56,7	18	60,0
	5ª - 7ª série	26	43,3	12	40,0
Escolaridade da mãe	Primário - 1º grau	37	61,7	28	96,3
	2º grau - 3º grau	23	38,3*	2	6,7

$p < 0,001$ ; \*Diferença estatisticamente significativa.

Em relação à Avaliação do Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL), a Tabela 3 mostra os resultados no que se refere à Competência Social Global (CS-global), conforme a classificação “clínica” e “não clínica”, proposta pelo autor do instrumento.

As crianças obesas apresentaram percentual estatisticamente maior de CS-global, classificada como “clínica” (63,3%), quando comparadas com as crianças não obesas.

Os distúrbios comportamentais foram avaliados como distúrbios internalizantes, externalizantes e totais. A Tabela 4 apresenta os resultados dos Distúrbios Internalizantes (DI) e dos Distúrbios Externalizantes (DE) dos participantes.

**Tabela 2.** Distribuição das pontuações indicativas de sintomas depressivos nos participantes do GO e GC. São José do Rio Preto (SP), 2004.

Posição em relação ao ponto de corte	GO		GC	
	F	%	F	%
Abaixo (sem depressão)	34	56,7	29	96,7
Igual ou acima (com depressão)	26	43,3*	1	3,3

$p < 0,001$ ; \*Diferença estatisticamente significativa.

F: frequência; GO: grupo de obesos; GC: grupo-controle.

**Tabela 3.** Distribuição dos participantes em relação à CS-global. São José do Rio Preto (SP), 2004.

	GO		GC	
	F	%	F	%
Não clínica	22	36,7	27	90,0
Clínica	38	63,3*	3	10,0

$p < 0,001$ ; \*Diferença estatisticamente significativa.

F: frequência; GO: grupo de obesos; GC: grupo-controle; CS-global: competência social global.

**Tabela 4.** Classificação do GO e do GC como “clínica” e “não clínica” em relação aos DI e DE. São José do Rio Preto (SP), 2004.

	DI				DE			
	GO		GC		GO		GC	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Não clínica	22	36,7	3	100,0	47	78,3	30	100,0
Clínica	38	63,7*	0	0,0	13	21,7*	0	0,0

$p < 0,001$ ; \*Diferença estatisticamente significativa.

F: frequência; GO: grupo de obesos; GC: grupo-controle; DI: distúrbios internalizantes; DE: distúrbios externalizantes.

As crianças obesas apresentaram um número considerado estatisticamente maior de classificação “clínica” (63,7%) no que se refere aos DI em relação às crianças do GC. Quanto aos distúrbios externalizantes, no GO, 21,7% das crianças foram classificadas como “clínicas”; e nenhuma criança do GC foi classificada como “clínica”. Portanto, as crianças do GO apresentaram porcentagem estatisticamente maior em relação à presença de distúrbios externalizantes, na comparação entre os grupos.

A Tabela 5 apresenta a classificação dos Distúrbios Comportamentais Totais (DT) dos participantes do GO e GC. Entre as crianças obesas, 60,0% apresentaram DT classificados como “clínicos”; já no grupo controle nenhuma criança foi classificada como “clínica”. Na comparação entre o GO e o GC, as crianças obesas apresentaram porcentagem estatisticamente superior de DT classificado como “clínico”.

A análise multivariada, também realizada, permitiu identificar que as variáveis depressão e distúrbios comportamentais internalizantes encontravam-se presentes concomitantemente como descritoras do grupo de crianças obesas.

## Discussão

Os dois grupos avaliados (grupo de obesos e grupo controle) apresentaram características semelhantes em relação aos aspectos demográficos, o que trouxe maior consistência aos dados e permitiu fazer comparações entre os grupos. Assim, a variável obesidade permanece como a característica diferente entre os dois grupos.

Evidenciou-se, na avaliação do CDI, maior número de crianças obesas com sintomas de depressão,

quando comparadas com as crianças não obesas. A literatura também aponta que a depressão pode ser encontrada entre as crianças obesas, assim como nas portadoras de outros problemas crônicos de saúde, distúrbios endocrinológicos e neurológicos (Anton et al., 2006; Miyazaki, 1993; Rose, 1988; van Vlierberghe et al., 2008).

Erickson, Robinson, Haydel e Killen (2000) realizaram um estudo com pré-adolescentes obesos para investigar a relação entre depressão e obesidade e concluíram haver maior presença de depressão entre os adolescentes obesos do sexo feminino. Mustillo et al. (2003) estudaram, em crianças entre 9 e 16 anos, a associação entre obesidade e transtornos psiquiátricos. Os dados desse estudo mostraram que tanto as crianças do sexo feminino como masculino apresentavam obesidade associada com transtorno desafiador opositivo, mas os transtornos depressivos foram encontrados apenas entre os meninos.

Observa-se, então, uma maior proporção de sintomas depressivos entre as crianças obesas do que entre as de peso adequado e algumas diferenças entre os sexos, não havendo, portanto, um consenso, já que alguns estudos apontam uma permanência de sintomas depressivos entre as meninas, e outros, entre os meninos. Possivelmente, alguns estudos mencionam maior presença de sintomas depressivos entre as mulheres pelo fato de os transtornos alimentares, como a bulimia e a anorexia, serem mais predominantes no sexo feminino, devido à preocupação excessiva com a imagem corporal (Candy & Fee, 1998; Erickson et al., 2000).

Em relação aos resultados do CBCL o mesmo ocorreu: houve uma considerável associação entre déficits de competência social de forma global e obesidade infantil. Esse dado é compatível com a literatura sobre funcionamento social e doenças crônicas na infância, que evidencia que as crianças que sofrem de alguma doença crônica estão mais suscetíveis a apresentar problemas sociais, como dificuldade de relacionamento com amigos e familiares (Miyazaki, 1993). Além disso, os indivíduos obesos podem sofrer maior discriminação e estigmatização social. As crianças obesas, por exemplo, são comumente importunadas pelos colegas e menos aceitas socialmente do que as crianças com peso adequado. Tais dificuldades enfrentadas pelos obesos levam ao sofrimento e a restrições

**Tabela 5.** Classificação das respostas dos participantes do GO e do GC como “clínicas” e “não clínicas”, em relação aos DT. São José do Rio Preto (SP), 2004.

	GO		GC	
	F	%	F	%
Não clínica	24	40,0	30	100,0
Clínica	36	60,0*	0	0,0

$p < 0,004$  \*Diferença estatisticamente significativa.

F: frequência; GO: grupo de obesos; GC: grupo-controle; DT: distúrbio totais.

diante de atividades rotineiras, como ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas, namorar e divertir-se (Damiani, 2002; Ferriani, Dias, Silva & Martins, 2005; Khaodhiar et al., 1999).

Faz-se necessário salientar que a competência social é uma habilidade básica para o funcionamento adequado na vida adulta e que a criança é considerada socialmente competente quando seu comportamento é avaliado como adaptativo à sua faixa etária. Esta habilidade é necessária para a aquisição de reforçamentos sociais, uma vez que crianças que não possuem comportamentos sociais apropriados são, com frequência, isoladas e rejeitadas, e podem apresentar problemas emocionais (Falcone, 2000).

Os distúrbios comportamentais, que compreendem tanto os distúrbios internalizantes como os externalizantes, assim como os distúrbios totais, também demonstraram diferença significativa nas crianças estudadas.

Deste modo, além da percepção da criança, avaliada pelo CDI, as mães das crianças obesas também perceberam seus filhos com comprometimento em relação aos distúrbios internalizantes. Este dado é compatível com outros estudos, que indicam que as crianças e adolescentes obesos, quando avaliados por seus pais ou pelo CBCL, evidenciam presença significativa de sintomas internalizantes (Erermis et al., 2004; van Vlierberghe et al., 2008).

Esses dados revelam que as crianças obesas avaliadas encontram-se com sintomas internalizantes importantes, como a depressão, necessitando de intervenção psicológica individualizada, como atendimento psicoterápico, focalizando o manejo adequado de tais sintomas.

Os distúrbios externalizantes também se mostraram significativamente associados às crianças obesas deste estudo. Convém salientar que esse dado é compatível com a literatura, que aponta que problemas comportamentais são encontrados, com maior frequência, entre as crianças obesas, quando avaliadas pelos pais ou professores (Epstein et al., 1996; Stradmeijer et al., 2000). Esses resultados evidenciam a necessidade de implementar estratégias específicas de tratamento, como o atendimento psicológico a essas crianças, enfocando a diminuição de tais problemas, e orien-

tações específicas aos pais, com o objetivo de ensinar estratégias adequadas para lidarem com os filhos.

Assim, os distúrbios comportamentais totais, neste estudo, foram significativamente associados à obesidade infantil, sendo que eles correspondem a uma visão geral dos comportamentos desviantes da criança e de seu funcionamento global (Marinho, 1999). É importante que se diga que o mesmo instrumento utilizado nesta pesquisa fez parte de um estudo realizado por Stradmeijer et al. (2000). Esses autores verificaram também que, quando avaliadas por seus pais e professores, as crianças obesas apresentavam mais problemas comportamentais do que as crianças de peso adequado.

Os resultados apontaram a necessidade de o psicólogo se inserir em programas que trabalhem com medidas preventivas, visto que a obesidade está fortemente associada a problemas emocionais, ao sofrimento e à estigmatização. As medidas preventivas são amplas e podem incluir campanhas que abordem estigmatização, problemas psicossociais, mudanças no estilo de vida e orientações específicas para pais, professores, profissionais da saúde e comunidade.

Outra vertente de atuação do psicólogo em relação à obesidade infantil é o atendimento em grupo com equipes multidisciplinares, com enfoque no manejo da obesidade e de suas consequências tanto físicas quanto psicológicas; mais especificamente, o grupo permite a troca de experiências entre os participantes, facilita a adesão ao tratamento e pode contribuir para a melhora da competência social das crianças.

## Considerações Finais

Este estudo foi elaborado com grupo-controle, sendo que os dois grupos avaliados apresentaram características semelhantes em relação aos aspectos demográficos, o que trouxe maior consistência aos dados.

Evidenciou-se maior número de crianças obesas com sintomas de depressão. O mesmo ocorreu em relação aos déficits de competência social e aos distúrbios comportamentais, tanto internalizantes quanto externalizantes.

Tais dados foram confirmados na análise multivariada, que indicou que as variáveis depressão e distúrbios

comportamentais internalizantes foram as preditoras da ocorrência da obesidade infantil na amostra estudada.

Pode-se concluir que, neste estudo, houve diferença significativa entre crianças obesas e não obesas em relação às variáveis psicológicas estudadas. Assim, preconiza-se a importância da elaboração de programas preventivos nesta área, tanto para os aspectos da obesidade quanto para os problemas psicológicos, e de incluir nos atendimentos a essas crianças protocolos que avaliem, corretamente, aspectos psicológicos infantis, permitindo, assim, tratamento efetivo e adequado.

Considerando-se que pesquisas como esta sejam relevantes para elucidar aspectos relativos ao funcionamento psicológico e social de crianças obesas, e tendo em vista o aumento da prevalência da obesidade infantil e seu difícil manejo, acredita-se que a realização de futuras pesquisas, nesta área, possa complementar os resultados obtidos.

## Referências

- Abrantes, M. M., Lamounier, J. A., & Colosimo, E. A. (2002). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões sudeste e nordeste. *Jornal de Pediatria*, 78 (4), 335-340.
- Anton, S. D., Newton, R. L. Jr., Sothorn, M., Martin, C. K., Stewart, T. M., & Williamson, D. A. (2006). Association of depression with body mass index, sedentary behavior, and maladaptive eating attitudes and behaviors in 11 to 13-year old children. *Eating Weight Disord*, 11 (3), e 102-e108.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caiero, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 17 (2), 55-66.
- Brownell, K. D., & O'Neil, P. M. (1999). Obesidade. In D.H. Barlow. *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (2a. ed., pp.355-403). Porto Alegre: Artmed.
- Candy, C. M., & Fee, V. E. (1998). Underlying dimensions and psychometric properties of the eating behaviors and body image test for preadolescent girls. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (1), 117-127.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Department of Health and Human Services USA. *About BMI for children and teens*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2000. Retrieved February 18, 2008, from [http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/childrens\\_BMI/about\\_childrens\\_BMI.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/childrens_BMI/about_childrens_BMI.htm)
- Csabi, G., Tenyi, T., & Molnar, D. (2000). Depressive symptoms among obese children. *Eating Weight Disorders*, 5 (1), 43-45.
- Damiani, D. (2002). Obesidade: fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, 38 (3), 57-80.
- Epstein, L. H., Myers, M. D., & Anderson, K. (1996). The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children. *Obesity Research*, 4 (1), 65-74.
- Eremsis, S., Cetin N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., & Goksen D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, 46 (3), 296-301.
- Erickson, S. J., Robinson, T. N., Haydel, K. F., & Killen, J. D. (2000). Are overweight children unhappy. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154 (9), 931-935.
- Falcone, E. M. O. (2000). A evolução das habilidades sociais e o comportamento empático. In E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (pp.49-77). Campinas: Papyrus.
- Ferriani, M. G. C., Dias, T. S., Silva, K. Z., & Martins, C. S. (2005). Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 5 (1), 27-33.
- Gouveia, V. V. (1995). Inventário de depressão infantil: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (7), 345-349.
- Keller, C., & Steves, K. R. (1996). Assessment, etiology, and intervention in obesity in children. *Nurse Practitioner*, 21 (9), 31-42.
- Khaodhiar, L., McCowen, K. C., & Blackburn, G. L. (1999). Obesity and its comorbid conditions. *Clinical Cornerstone*, 2 (3), 17-31.
- Kovacs, M. (1982). *Children depression inventory: manual*. New York: MHS.
- Lee, F. I., Curatolo, E., & Freedsich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl2), 524-527.
- Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Liberatore Júnior, R. D. R., & Domingos, N. A. M. D. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10 (1), 35-39.
- Marinho, M. L. (1999). *Orientação de pais em grupo: intervenção sobre diferentes queixas comportamentais infantis*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo.
- Mello, E. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, 80 (3), 173-82.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1993). *Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos asmáticos e suas mães*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics*, 111 (4 Part1), 851-859.
- Neutzling, M. B., Taddei, J. A., Rodrigues, E. M., & Sigulem, D. M. (2000). Owerweight and obesity in Brazilian adolescents. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24 (7), 869-874.
- Rose, R. M. (1988). Psicoendocrinologia. In J. D. Wilson & D. W. Foster. *Tratado de endocrinologia* (pp.809-841). São Paulo: Manole.
- Stradmeijer, M., Bosch, J., Koops, W., & Seidell, J. (2000). Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *The International Journal of Eating Disorders*, 27 (1), 110-114.
- Strauss, R. (1999). Childhood obesity. *Current Problems in Pediatrics*, 29 (5), 5-29.
- Suné, F. R., Dias-da-Costa, J. S., Olinto, M. T. A., & Pattussi, M. P. (2007). Prevalência e fatores associados para sobrepeso e obesidade em escolares de uma cidade do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (6), 1361-1371.
- van Vlierberghe, L., Braet, C., & Mels, S. (2008). Psychiatric disorders and symptom severity in referred versus non-referred overweight children and adolescents. *European Child Adolescents Psychiatry*, 18 (3), 164-173.

Recebido em: 3/4/2008

Versão final reapresentada em: 26/2/2009

Aprovado em: 5/3/2009

# Minha família é legal? A família no imaginário infantil

## *Is my family cool? The family in the child's imaginary*

Lidia LEVY<sup>1</sup>

Eva Gertrudes JONATHAN<sup>1</sup>

### Resumo

Neste artigo analisa-se o olhar dos filhos sobre a família contemporânea. Objetiva-se compreender como a criança representa e vivencia sua família, e como percebe a articulação entre trabalho, família e seu mundo pessoal. Solicitadas a elaborar uma redação com o tema "Minha família", 52 crianças participaram de uma pesquisa exploratória. A análise de conteúdo das redações revelou seis categorias de significados atribuídos à família: conflitos, trabalho, lazer, valores, união familiar e desapego. Entre as soluções encontradas pelas crianças para fazer face aos fatores estressantes vinculados à vida familiar, destacaram-se o olhar favorável sobre o trabalho dos pais e a tendência infantil de aproveitar os pontos positivos da convivência familiar e enfatizar os fatores de suporte, mantendo sua família na função de continente para suas ansiedades. Fundamentado no imaginário infantil, o estudo contribui para uma melhor compreensão da dinâmica familiar e da estruturação do sujeito na atualidade.

**Unitermos:** Imaginário. Relações familiares. Relação trabalho-família. Subjetividade.

### Abstract

*The purpose of this paper is to analyze children's views concerning the contemporary family. The goal is to understand how children represent their families and how they perceive the links between work, family and their own personal worlds. Required to write an essay on the subject "My family", 52 children participated in this exploratory research. An analysis of the content of the essays revealed six categories of meanings ascribed to the family: conflict, work, leisure, values, family union and detachment. In order to cope with stressful family life, children provided several solutions. Greater emphasis was accorded to three of these solutions: a favorable view of their parents' work, the tendency to take advantage of the positive aspects of family companionship and emphasizing the supportive features. Thus, children kept their families functioning as a vessel for their anxieties. Based on the child's imaginary, this study contributes to a better understanding of family dynamics and the structuring of the subject in the present day.*

**Uniterms:** Imaginary. Family relationships. Family-work relationship. Subjectivity.

A complexidade da vida contemporânea revela-se na difícil articulação entre os diferentes espaços vitais. A busca de conciliação entre os mundos do trabalho, da família, da conjugalidade e da esfera pessoal constitui um grande desafio. A literatura que enfoca a família vem sinalizando as mudanças sociais que ocasionaram

transformações profundas nas relações familiares (Ariès, 1978; Giddens, 1992), demarcando novas questões que afetam a família e o casamento na contemporaneidade (Bucher, 1999; Diniz, 1999; Levy, 2003; Marin, 2006; Passos, 2003; Rocha-Coutinho, 2003; Salles, 2005). Por outro lado, pesquisas que abordam os conflitos de mulheres em-



<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. R. Marquês de São Vicente, 225, Sala 201, Gávea, 22453-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L. LEVY. E-mail: <llevy@puc-rio.br>.

preendedoras (Jonathan, 2005; Jonathan & Silva, 2007; Shindhutte, Morris & Brennan, 2001) destacam as dificuldades, bem como as estratégias utilizadas por elas para articular os espaços familiar, profissional e o pessoal.

Enquanto Shindhutte et al. (2001) examinam a percepção de adolescentes sobre suas mães empreendedoras, os demais estudos acima mencionados tendem a privilegiar o discurso do adulto sobre a interação família-trabalho. O interesse desta pesquisa recaiu sobre o olhar da criança em relação à sua família; o objetivo foi, portanto, compreender a forma pela qual a criança se organiza emocionalmente para fazer face ao tempo reduzido que passa com sua família. Este é um fato verificado na vida familiar contemporânea por autores como Fraenkel e Wilson (2002) e Mizrahi (2004), que constataram que o incremento de horas dedicadas ao trabalho tem contribuído para um menor tempo dedicado aos relacionamentos conjugais e familiares, bem como ao lazer.

Pais tendem a considerar o trabalho de ambos como necessário, alegando desejar oferecer aos filhos uma melhor qualidade de vida (Bucher, 1999). Para suprir o que se tornou “necessidade”, os pais justificam uma dedicação maior a seus trabalhos e, conseqüentemente, um contato menor com seus filhos, mas ressentem-se por não passar tempo suficiente com sua família.

A ausência de ambos os pais no cotidiano doméstico e sua menor disponibilidade para desempenhar a tarefa educativa leva-os a delegar os cuidados básicos e a educação dos filhos a outras instâncias. A perda da autoridade familiar, as dificuldades geradas na educação das crianças pela entrada das mulheres no mercado de trabalho e a sociedade pensada como um grande mercado consumidor são condições que estão na origem da destituição da família do posto de principal agente responsável pela socialização de seus filhos e pela transmissão de valores culturais, tarefas compartilhadas com a escola, a televisão, a rua, a *Internet*. A escola, principalmente, vem sendo sobrecarregada com a atribuição de desempenhar a ação socializadora que originalmente competia à família. Já Dias, Viana e Aguiar (2003) indicam as avós como os principais agentes socializadores da criança, depois dos pais.

Jobim e Souza, Castro e Garcia (1997) também se referem ao mundo do trabalho como um dos fatores

que contribuem para afastar as crianças do convívio com os adultos e vice-versa, de modo que crianças e adultos já não compartilham mais da construção de experiências, deixando de ser agentes de um processo de transformação recíproca. Assim, inúmeras e frequentes possibilidades de aprendizagem, reconhecidas pelas crianças como significativas, ocorrem no âmbito da escola, onde amigos são feitos e onde ocorre a identificação das crianças com seus iguais.

Fazendo outro recorte teórico, buscou-se a contribuição de Winnicott (1980), que destaca o papel da família no estabelecimento da saúde do indivíduo. A provisão do ambiente, bem adaptada às necessidades do indivíduo a cada momento de seu desenvolvimento, é fundamental para seu desenvolvimento físico e psíquico. Bowlby (1982), por sua vez, enfatiza a necessidade da criança de estabelecer um sentimento de confiança em relação ao meio ambiente que a cerca. Para o autor, o recém-nascido deveria poder organizar uma relação segura com um adulto próximo, de modo a conseguir se afastar progressivamente da mãe e explorar o mundo com a segurança de poder voltar e reencontrar o afeto do qual necessita. Desta forma, uma segurança psíquica de base, constituída na primeira infância, favoreceria a capacidade de enfrentar traumatismos posteriores, aumentando a chance de superá-los e adaptar-se.

André-Fustier e Aubertel (1998) apresentam algumas das funções pertinentes à família e, dentre elas, destacam-se as de continência, organização e identificação. A família funciona como continente, delimitando um “dentro” e um “fora” e instaurando um espaço de refúgio. Ao delimitar papéis, lugares, regras e ao procurar manter a imagem idealizada do grupo familiar, ela exerce uma função de organização. A imagem de família proposta, marcada pelo ideal e inscrita em uma história, permite que identificações sejam feitas e oferece uma vivência de pertencimento.

A noção de um “Eu-pele”, desenvolvida por Anzieu (1989), pode ser tomada para uma melhor compreensão da família em sua função de continente. A pele, além de reter o bom e o pleno em seu interior, é a interface que marca o limite com o exterior, constituindo uma barreira que protege das agressões vindas de fora. A pele é também o meio primário de comunicação com os outros, sendo uma superfície de inscrição de traços deixados pelas relações significativas. “A instauração de

um Eu-pele responde à necessidade de um envelope narcísico e assegura ao aparelho psíquico a certeza e a constância de um bem-estar de base” (Anzieu, 1989, p.44).

Considerando que a família funciona como um Eu-pele, Eiguer (1985) afirma que o grupo tanto quanto os indivíduos vivem a ameaça da possibilidade de um “desmembramento” e que “uma vez consolidado seu habitat interior, a família pode se sentir mais contida; ela adquiriu ao nível do grupo, isto que representa a ‘pele’ psíquica para o sujeito” (Anzieu, 1974, p.40). Para a criança, ainda consolidando seu *habitat* interior, as referências de segurança fornecidas pela família são fundamentais para instituir um sentimento de pertencimento e para a construção de sua identidade.

Quando a criança interioriza imagos parentais asseguradores, tem mais facilidade de preservar vínculos favoráveis com seu meio, conseguindo ser resiliente apesar das circunstâncias e desafios vividos. A capacidade de resiliência, porém, não está limitada às relações precoces de apego, mas engloba desde recursos internos até fatores ambientais (Tisseron, 2007). A proteção familiar pressupõe relações calorosas com pais estruturantes, competentes e acolhedores, bem como a existência de vínculos de suporte de membros da família mais ampla e fatores de proteção extrafamiliares como, por exemplo, boas relações com adultos fora do contexto familiar e frequência a uma escola onde esta criança seja bem acolhida. Portanto, múltiplos fatores estão presentes na construção da identidade da criança, na base de sua autoestima e em sua competência para utilizar satisfatoriamente mecanismos de defesa e estabelecer relações.

Por outro lado, face ao declínio da função paterna e ao desamparo vivido pelo sujeito contemporâneo, as relações familiares vêm privilegiando a horizontalidade (Marin, 2006; Passos, 2003). Observam-se, assim, relações mais igualitárias entre adultos e crianças, cabendo a uma ampla rede de relações a função de mediar a inserção da criança na cultura (Salles, 2005).

Neste estudo, buscou-se analisar o olhar dos filhos sobre a família contemporânea e compreender como a criança representa sua família, como vivencia a vida em família e como percebe a articulação entre trabalho, família e seu mundo pessoal. Objetivou-se examinar, também, o papel que a criança atribui aos potenciais estressores intrafamiliares (desestrutur-

ção, violência, desemprego, moradia precária, entre outros), bem como aos potenciais fatores de suporte emocional na organização do sistema familiar.

## Método

A estruturação da abordagem metodológica - quantitativa e qualitativa - aqui relatada foi norteada pelo objetivo de examinar a compreensão que as crianças, foco do estudo, tinham de suas famílias.

## Participantes

No contexto de um projeto mais amplo, ainda em andamento, onde se pretende analisar os discursos de crianças de escolas particulares e públicas do Rio de Janeiro em relação à família, desenvolveu-se o estudo com uma amostra constituída por 52 crianças, dividida intencionalmente em dois grupos.

O Grupo I foi composto por 24 crianças, de ambos os gêneros, que frequentavam a 3ª e a 4ª séries de uma escola particular de um bairro da Zona Norte do Rio de Janeiro (RJ), uma região heterogênea formada por bairros residenciais, comerciais e industriais. Integraram o Grupo II da investigação 28 crianças, também de ambos os gêneros e cursando a 3ª e a 4ª séries, de uma escola pública situada no mesmo bairro.

## Instrumentos e procedimentos

O acesso às crianças que participaram da pesquisa deu-se em três etapas. Na primeira, fez-se contato com as diretoras das instituições e obteve-se autorização para realizar a investigação no contexto escolar. A segunda etapa constou de uma orientação dada às professoras das turmas para que solicitassem aos seus alunos uma redação com o título “Minha família”. A terceira etapa envolveu encaminhar aos pais ou responsáveis pela criança um questionário com dados sociais sobre a família e sua organização.

Integraram o estudo somente as crianças cujos pais concordaram livremente com a participação de seus filhos na pesquisa e com a publicação dos resultados, encaminhando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, bem como o referido questionário preenchido. Este estudo foi aprovado pelo

## Resultados e Discussão

Visando captar o universo de significações contidas nos discursos das crianças, as redações foram submetidas a uma análise de conteúdo (Bardin, 1979) cuja metodologia contemplou tanto um exame transversal (entre participantes) quanto um exame vertical (de cada participante) dos depoimentos. A seguir, é apresentado o material recorrente que emergiu desta análise e foi organizado em categorias, ilustradas pelos depoimentos dos participantes, frequentemente mantidos na íntegra. Tais categorias de significados foram também submetidas a um tratamento quantitativo.

Os dados do questionário revelaram que as crianças tinham idade média de 9,9 anos, variando de 9 a 11 anos no Grupo I e de 9 a 13 no Grupo II. Em ambos os grupos, a distribuição das crianças em relação ao gênero foi semelhante: as meninas eram maioria (62,5% no Grupo I e 64,3% no Grupo II). Também a estruturação de suas famílias tendeu a ser semelhante, independentemente do tipo de contexto escolar (público ou particular) no qual as crianças estavam inseridas: em cada contexto, 1/3 das famílias eram monoparentais e o restante foi composto por casais casados ou recasados.

Por outro lado, os dados indicaram que pais e mães de crianças da escola particular tinham uma maior escolaridade quando comparados com pais e mães de crianças inseridas na escola pública. No grupo das crianças da escola particular, 52,9% dos pais e 63,6% das mães tinham nível superior, enquanto 47,0% dos pais e 36,36% das mães tinham o nível médio. Já entre as crianças da escola pública, somente 11,1% dos pais e 7,1% das mães tinham nível superior, ao passo que a maioria só possuía o 1º grau e este, por vezes, incompleto (61,1% dos pais e 51,8% das mães), ou o nível médio (27,7% dos pais e 37,0% das mães).

A análise de conteúdo das redações das crianças sobre as famílias revelou a presença de seis categorias de significados: conflitos, trabalho, lazer, valores, união familiar e desapego. Foi demonstrada, também, a existência da subcategoria minimização, um conteúdo particular dentro da categoria conflitos. Por outro lado, a análise indicou que a rotina era um conteúdo que não emergia como uma categoria independente, mas

como uma dimensão vinculada a algumas categorias, tais como trabalho e lazer, adquirindo, então, significados específicos. Os resultados percentuais de cada categoria, verificada em cada grupo, encontram-se na Tabela 1.

Foi observado que no discurso das crianças da escola particular as categorias se apresentaram significativamente de forma heterogênea (Tabela 1,  $p < 0,001$ ), tendo existido muita ênfase na categoria lazer, muito pouca ênfase na categoria valores e ausência da categoria desapego. Já entre as crianças do contexto da escola pública, as categorias tenderam a se distribuir de forma homogênea, apesar de a categoria conflitos ter emergido com uma frequência relativamente maior no discurso dessas crianças.

Os dados indicam, assim, uma distinção quando se comparam os dois grupos. No imaginário das crianças da escola particular a família é associada de forma intensa e concentrada a uns poucos significados, destacando-se o aspecto positivo do lazer (37,8%), ao passo que entre as crianças da escola pública intensidade semelhante é vinculada aos diferentes significados tanto positivos quanto negativos, emergindo dentre estes principalmente os conflitos (25,6%). A diferenciação notada entre os grupos sugere a necessidade, em futuras pesquisas, de uma análise mais aprofundada.

Examinam-se, a seguir, os aspectos relativos a cada um dos seis sentidos atribuídos à família presentes no imaginário infantil.

## Conflitos

Constatou-se que a descrição de aspectos conflituosos da família, descrição esta mais presente no

**Tabela 1.** Porcentagens dos significados da família. Rio de Janeiro (RJ), 2007.

Categorias	Escola pública	Escola particular	<i>p</i>
Conflitos	25,64	13,51	n.s.
(Conflitos c/minimização)	(66,66)	(80,00)	(n.s.)
Trabalho	15,38	18,92	n.s.
Lazer	10,26	37,84	<0,02
Valores	17,95	5,40	n.s.
União familiar	17,95	24,32	n.s.
Desapego	12,82	0	<0,07
<i>p</i>	n.s	<0,001	

n.s.: não significativa.

contexto da escola pública, veio associada a uma tendência a minimizá-los e a valorizar possíveis mudanças. Porém, independentemente do contexto escolar, os depoimentos revelaram uma necessidade de destacar os sentimentos positivos, mesmo quando eles se contrapunham a acontecimentos negativos. Chamou a atenção o número de depoimentos que iniciavam com a frase: “minha família é legal” para, em seguida, introduzir a palavra “mas”, como nos exemplos abaixo:

*Minha família é muito legal, mas eu não moro com o meu pai, mas mesmo assim eu sou feliz. Minha família é muito boa, mas eu não gosto quando minha mãe briga com meu padrasto, eles ficam discutindo muito, mesmo eles entrando pro quarto dá para ouvir, mas depois eles param de discutir e ficam se agarrando (Escola pública, menina, 11 anos).*

*A minha família é muito legal, às vezes sim, às vezes não. O meu pai é legal, maneiro, me dá carinho, ... mas quando meu pai fica nervoso me dá uma bronca muito grande, tão grande que às vezes começo a rir e ele fica mais na bronca. Minha mãe é muito legal, me dá afeto, carinho... mas, às vezes quando tiro nota baixa, fica uma fera e quando tiro nota boa, fica super-hiper contente (Escola particular, menino, 10 anos).*

Na escola particular, a minimização dos conflitos tendeu a enfatizar a relação entre pais e filhos, enquanto na escola pública tal minimização tendeu a privilegiar a relação entre os adultos. Mas como entender a necessidade das crianças de minimizar os conflitos por elas vivenciados? Na tentativa de compreender a reação das crianças diante dos conflitos familiares, partiu-se do pressuposto de que toda criança precisa preservar os vínculos favoráveis com seu meio e, portanto, há uma necessidade de manter a idealização das figuras parentais (André-Fustier & Aubertel, 1998).

Bowlby (1982) já demonstrara que um apego inseguro na infância se associa à tendência a minimizar o impacto das experiências precoces, em particular das experiências negativas, como uma defesa para manter um sentimento de segurança psíquica. Sem a confiança adequada no ambiente, o crescimento é prejudicado, pois “dentro de cada criança deve ser construída uma crença em algo, não apenas em algo bom, mas em algo durável e em que se possa confiar, ou que se recupere após ter sido ferido ou ter permitido que fosse destruído” (Winnicott, 1980, p.44).

Para a criança, a família precisa funcionar como um envelope externo (Eiguer, 1985), ao mesmo tempo flexível e seguro, que a ajude a afirmar sua individualidade. A utilização da minimização como um mecanismo de defesa torna-se, pois, um recurso de que as crianças lançam mão, visando preservar o envelope familiar, evitando sua ruptura e a perda das referências necessárias ao seu universo.

## Trabalho

A questão do trabalho emergiu de forma muito semelhante nos dois contextos. Analisando com mais detalhe esta categoria, observou-se que, na escola particular, trabalho, união familiar e lazer tenderam a vir associados, como abaixo ilustrado:

*Meu pai é corretor de seguros e faz detetização em casas, lojas e escolas. Minha mãe é bancária. Meu pai gosta de jogar buraco que é um jogo de cartas, minha mãe gosta de jogar The Sims que é um jogo de computador... Nós gostamos de sair, passear, conversar, brincar, ver filmes, programas de televisão, ouvir música, jogar videogame, viajar, ir ao shopping e comprar novidades. Nós somos felizes e alegres, sem contar com as festas de aniversário e comunhão (Escola particular, menino, 9 anos).*

Já na escola pública, o conteúdo do trabalho se apresentou associado a uma dimensão de rotina e, principalmente, valores, como visto a seguir:

*O meu pai trabalha de estoquista e minha mãe por enquanto faz curso de corte e costura para ajudar minha família, meu pai e minha mãe faz alguma coisa como saia, blusa, xuxinha para nós ajudar. Eu gosto de cantar músicas evangélicas, eu sou crente. Eu um dia parei para pensar se minha mãe e meu pai parar de trabalhar quem vai nos ajudar! O meu pai disse: não vai faltar nenhum alimento que Deus não vai deixar, hoje não falta nada em casa (Escola pública, menina, 11 anos).*

Os fragmentos dos depoimentos acima introduzem a família a partir do trabalho dos pais. Os resultados revelam um olhar positivo da criança sobre o trabalho, que se associa a um sentido de segurança, de organização e, fundamentalmente, de rotina, fornecendo ingredientes para o apego seguro, necessário ao desenvolvimento infantil.

Ampliando a discussão, vários autores argumentam a centralidade do trabalho no mundo social. Neste sentido, como propõe Castel (1998), o trabalho é a

matriz da integração social e, portanto, fator de pertinência a grupos. Por outro lado, o trabalho é central no funcionamento psíquico, revela a subjetividade para ela mesma (Dejours, 2004) e é um dos alicerces da constituição do sujeito e de sua rede de significados, sendo central nas trocas afetivas e econômicas que compõem a vida cotidiana das pessoas (Heloni & Lancman, 2004).

Em seu conjunto, os dados indicam, portanto, que o trabalho que caracteriza e descreve a família aos olhos da criança proporciona-lhe um continente, quer por seu viés de pertinência grupal e integração social, quer pelo viés de sua centralidade nas trocas afetivas e econômicas existentes no sistema familiar.

### Lazer

Como mostra a Tabela 1, ao se comparar as imagens construídas sobre suas famílias pelas crianças de diferentes escolas, verifica-se que enquanto na escola pública maior ênfase foi dada aos conflitos e em iguais proporções aos valores e à união familiar, na escola particular, maior ênfase foi consignada à união familiar e, significativamente, ao lazer ( $p < 0,02$ ).

Encontrou-se, pois, uma marcante diferença entre os contextos das duas escolas no que se refere à representação da família com a dimensão lazer. As crianças da escola particular, de forma significativa, deram uma grande ênfase ao lazer em família, que tendeu a ser “datado”; ou seja, as crianças situaram a escola e o trabalho dos pais nos dias de semana e o lazer nos fins de semana, feriados e férias. O sentido de família para estas crianças está, portanto, associado ao lazer conjunto com sua família, tanto a nuclear quanto a ampla. Foi também no contexto da escola particular, mais do que no da escola pública, que no imaginário das crianças a rotina caracterizou a vida familiar.

*A minha família é muito alegre... nos fins de semana nós viajamos, aos feriados saímos e às vezes vamos ao cinema. Minha mãe e meu pai são muito brincalhões, às vezes vamos fazer exercícios na Lagoa. Todos os aniversários e dia dos pais e das mães e das crianças têm café da manhã especial, cartões e até um bolo e muitos presentes. No domingo meu pai acorda cedo e traz um doce para mim e para minha mãe. Eu amo muito minha família e sei que ela me ama muito. ... (Escola particular, menina, 9 anos).*

No imaginário das crianças da escola pública, nas poucas ocasiões em que a família foi associada ao lazer, isso ocorreu em relação à rotina, de forma semelhante ao que fora observado nas crianças da escola particular, como ilustrado abaixo:

*Minha família é muito legal, divertida, feliz, às vezes fica triste também. ... A gente adora sair, ir ao shopping, praia, feira, passear no calçadão. Eu adoro dançar, ir à praia e estudar. Mamãe adora se arrumar, ficar linda. Papai só quer saber de trabalhar. Minha irmã implica o dia todo (Escola pública, menina, 9 anos).*

Assim, no imaginário infantil, especialmente entre as crianças da escola particular, família se associa a um lazer que organiza sua rotina. Circunscrever o tempo dedicado ao lazer e submetê-lo a uma rotina parece ser, pelo menos aos olhos da criança, a estratégia divisada pela família para garantir um espaço prazeroso de convívio, espaço este cada vez menos presente no cotidiano familiar (Fraenkel & Wilson, 2002; Jobim e Souza et al., 1997; Mizrahi, 2004).

### Valores

Mesmo sem alcançar significância estatística (Tabela 1), as crianças de escola pública deram maior ênfase à família como transmissora de valores, tendo sido mencionados, entre outros, responsabilidade, obediência, respeito, solidariedade, orgulho, honestidade, bem como o valor do próprio trabalho ou da escola.

*Minha família é muito legal comigo se não fosse eles eu não estaria aqui nesse mundo, eu gosto muito de estudar e minha mãe fica orgulhosa de mim... . Eu fiz uma promessa que eu não ia fazer coisa errada e minha mãe agora não fica mais triste comigo (Escola pública, menina, 11 anos).*

*... A minha família é muito legal e muito educada... . A minha família antigamente era pobre, mas nunca perdeu o espírito de sempre de compartilhar com quem não tem, e hoje nós temos algumas coisas e nunca esquecemos disso até logo (Escola pública, menino, 11 anos).*

Valores transmitidos pela família nuclear e pela família mais ampla, principalmente pelas avós (Dias, Viana & Aguiar, 2003), foram encontrados em alguns depoimentos. O desejo de corresponder às expectativas familiares movimenta a criança no sentido de internalizar os valores que lhe são apresentados.

## União familiar

O sentido de união familiar, presente em diversas redações nos dois contextos, pode ser ilustrado pelo seguinte discurso:

*Minha família é muito legal, adoro todos eles, eu acho família uma coisa muito importante porque ela nos dá carinho, conforto, amor e felicidade. Todos têm que ter uma família. Não ter uma família é o mesmo que não ter um pedaço do coração. Quem não tem uma família, eu imagino que é uma pessoa muito triste. Ter uma família é a maior riqueza do mundo (Escola pública, menino, 10 anos).*

A família é considerada, aqui, como a base segura a partir da qual a criança sente que pode partir para explorar o mundo. Os depoimentos também demonstraram que a manutenção inalterada de um vínculo afetivo é sentida como um bem que protege, permitindo à criança desenvolver um sentimento de confiança em si e no outro.

Em seu conjunto, os dados que indicam que as crianças de ambos os contextos significam a família enquanto espaço de união vêm ao encontro do argumento de Eiguer (1985) de que a família consolidada como um invólucro funciona, no âmbito do grupo, como um Eu-pele, análogo ao proposto por Anzieu (1989), considerando o indivíduo.

## Desapego

Na escola pública, a família foi por vezes vivida com esvaziamento e/ou distanciamento emocional, ou seja, com desapego, fato não observado nas crianças da escola particular (Tabela 1). Um exemplo significativo é apresentado abaixo:

*Eu acordo, tomo banho, escovo os dentes, lancho, faço a tarefa, vejo TV, almoço, tomo banho, vou para escola, faço a correção, copio a tarefa, vou para o recreio, faço a tarefa, vou para casa, tomo banho, janto, escovo os dentes, durmo (Escola pública, menino, 11 anos).*

O apego indica uma disponibilidade para buscar contato e estabelecer vínculos afetivos com figuras significativas, o que permite à criança ir em direção ao mundo. O suporte parental dado à criança influencia tanto seu desempenho cognitivo quanto o desenvolvimento social (D'Avila-Bacarji, Marturano & Elias, 2005;

Cia, Pamplin & Del Prette, 2006). Por sua vez, examinando os estilos parentais presentes na família brasileira, Weber, Prado, Viezzer e Brandenburg (2004) mostram os efeitos da família negligente, ou seja, aquela que não se envolve em seu papel parental, no esvaziamento afetivo na criança. Desta forma, as redações que descrevem uma rotina totalmente despersonalizada e solitária sugerem a existência do que aqui se denomina desapego, uma vez que estas crianças praticamente ignoraram a tarefa proposta.

## Considerações Finais

Alguns pontos revelados neste estudo permitiram refletir sobre as soluções encontradas pelas crianças para fazer face aos potenciais fatores estressantes vinculados à vida familiar.

O primeiro deles mostra como as crianças contrapõem ao trabalho dos pais sua própria rotina, e como esta adquire uma função de organização do cotidiano. A criança precisa da família e a rotina doméstica acaba por lhe proporcionar referências que a ajudam a se sentir amparada. As crianças, principalmente as da escola particular, valorizam o lazer que, por ser "datado", ou seja, explicitamente circunscrito aos fins de semana, feriados e férias, resulta em um fazer familiar igualmente marcado por uma certa rotina. Também os valores, principalmente para as crianças da escola pública, têm a função de ordenar o cotidiano e proporcionar segurança.

Destaca-se, ainda, o olhar positivo das crianças sobre o trabalho dos pais, algo valorizado e que confere pertencimento, ordena o dia a dia e medeia o lazer, constituindo, assim, uma fonte de segurança. Enquanto os pais se sentem culpados em relação ao convívio reduzido com seus filhos, o olhar da criança costuma ser generoso para com seus pais.

Por fim, ressalta-se a tendência à minimização de conflitos. A criança busca aproveitar todos os pontos positivos, enfatizando os potenciais fatores de suporte para manter sua família na função de continente para suas ansiedades.

Porém, além de pais acolhedores e da existência de relações de suporte fornecidas por membros da família mais ampla, são relevantes o ambiente escolar e

a presença de uma rede social que propicie um bom estabelecimento de relações com adultos fora do contexto familiar. Estes são fatores que auxiliam na estruturação do sujeito, conferindo à criança proteção e promovendo o desenvolvimento de sua capacidade de resiliência e a formação de sua autoestima.

## Referências

- André-Fustier, F., & Aubertel, F. (1998). A transmissão psíquica familiar pelo sofrimento. In A. Eiguer, F. André-Fustier, F. Aubertel, A. Ciccone & R. Kaes (Orgs.), *A transmissão do psiquismo entre gerações* (pp.129-179). São Paulo: Unimarco Editora.
- Anzieu, D. (1989). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ariès, P. (1978). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bucher, J. (1999). O casal e a família sob novas formas de interação. In T. Feres-Carneiro (Org.), *Casal e família: entre a tradição e a transformação* (pp. 82-95). Rio de Janeiro: Nau.
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. São Paulo: Vozes.
- Cia, F., Pamplin, R. C. O., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Paidéia*, 16 (35), 17-27.
- D'Avila-Bacarji, K. M. G., Marturano, E. M., & Elias, L. C. S. (2005). Suporte parental: um estudo sobre crianças com queixas escolares. *Psicologia em Estudo*, 10 (1), 107-115.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Produção*, 14 (3), 27-34.
- Dias, C. M. S. B., Viana, M. L. C. L., & Aguiar, F. S. L. (2003). A auto-percepção das avós precoces. In T. Feres-Carneiro (Org.), *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp.119-149). São Paulo: Loyola.
- Diniz, G. R. S. (1999). Homens e mulheres frente à interação casamento-trabalho: aspectos da realidade brasileira. In T. Feres-Carneiro (Org.), *Casal e família: entre a tradição e a transformação* (pp.31-54). Rio de Janeiro: Nau.
- Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fraenkel, P., & Wilson, S. (2002). Relógios, calendários e casais: o tempo e o ritmo dos relacionamentos. In P. Papp (Org.), *Casais em perigo: novas diretrizes para terapeutas* (pp.77-117). Porto Alegre: Artmed.
- Giddens, A. (1992). *A transformação da intimidade*. São Paulo: Editora Unesp.
- Heloni, R., & Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Produção*, 14 (3), 77-86.
- Jonathan, E. G. (2005). Mulheres empreendedoras: medos, conquistas e qualidade de vida. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 373-382.
- Jonathan, E. G., & Silva, T. M. R. (2007). Empreendedorismo feminino: tecendo a trama de demandas conflitantes. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), 77-84.
- Jobim e Souza, S., Castro, L.R., & Garcia, C.A. (1997). Mapeamento para a compreensão da infância contemporânea. In S. Jobim e Souza, L R. Castro & C. A. Garcia (Orgs.), *Infância, cinema e sociedade* (pp. 95-107). Rio de Janeiro: Ravel.
- Levy, L. (2003). "Quero falar com Dr. Siro": o poder judiciário e a função paterna. In T. Feres-Carneiro (Org.), *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp.35-45). São Paulo: Loyola.
- Marin, I. K. (2006). O não violento. *Estilos da Clínica*, 11 (20), 38-57.
- Mizrahi, B.G. (2004). *A relação pais e filhos hoje: a parentalidade e as transformações no mundo do trabalho*. São Paulo: Edições Loyola.
- Passos, M. C. (2003). A estética em novas formas de ser família. *Psicologia Clínica*, 15 (2), 81-92.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2003). Quando o executivo é uma 'dama': a mulher, a carreira, e as relações familiares. In T. Feres-Carneiro (Org.), *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 57-77) São Paulo: Loyola.
- Salles, L. M. F. (2005). Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 22 (1), 33-41.
- Shindhutte, M., Morris, M., & Brennan, C. (2001). Female entrepreneurs and their children: implications for family life, career aspirations and entrepreneurial perceptions. *Frontiers of Entrepreneurship Research*, Wellesley, MA: Center for Entrepreneurial Studies, Babson College. Retrieved January 15, 2008, from <http://www.babson.edu/entrep/fer/Babson2001/IV/IVF/IVF/iv-f.htm>
- Tisseron, S. (2007). *La résilience*. Paris: PUF.
- Weber, L. N. D., Prado, P. M., Viezzer, A. P., & Brandenburg, O. J. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17 (3), 323-331.
- Winnicott, D. (1980). *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros.

Recebido em: 3/4/2008  
Versão final reapresentada em: 31/10/2008  
Aprovado em: 3/2/2009

# O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo<sup>1</sup>

## *Parenthood and family accommodation in relatives of patients with obsessive-compulsive disorder*

Maria Cristina Lopes de Almeida **AMAZONAS**<sup>2</sup>

Renata Lopes **ARCOVERDE**<sup>3</sup>

Marcus Túlio **CALDAS**<sup>2</sup>

Renata Raimundo da **SILVA**<sup>4</sup>

### Resumo

Um dos fenômenos mais frequentes nas famílias de pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo é a acomodação familiar: participação nos rituais do paciente e modificações na rotina, contribuindo para o desencadeamento e a manutenção dos sintomas. Nesta pesquisa, verificou-se o grau de acomodação familiar apresentado por doze mães e dois pais, selecionados por meio da aplicação da Medida de Criticismo Percebido aos pacientes. Os familiares responderam à Escala de Acomodação Familiar. Os resultados foram analisados em torno de quatro temáticas: 1) participação nos rituais obsessivo-compulsivos do(a) paciente; 2) modificações na rotina familiar; 3) desgaste na família; 4) grau de perturbação do(a) paciente quando não atendido(a) em suas solicitações. De 70 respostas, 78,6% afirmaram a participação nos rituais obsessivo-compulsivos; de 56 respostas, 78,6% disseram haver modificações na rotina familiar; 100,0% das respostas indicaram desgaste na família e 83,3% mostraram que o paciente perturba os familiares quando não é atendido em suas solicitações.

**Unitermos:** Ambiente familiar. Estrutura de parentesco. Transtorno obsessivo-compulsivo.

### Abstract

*One of the most frequent phenomena in the families of obsessive-compulsive disorder patients is Family Accommodation: participation in the patient's rituals, with modifications to the routine, which contributes to reinforcing and maintaining the symptoms. This study aimed to evaluate the level of Family Accommodation presented by 12 mothers and 2 fathers, selected from the Measure of Perceived Criticism applied to the patients. Results were analyzed according to four dimensions: 1) participation in patient's obsessive-compulsive rituals; 2) modifications to family routine; 3) family stress; 4) patient's disturbance level when not helped. From 70 answers (100.0%), 78.6% related participation in obsessive-compulsive behavior. Out of a total of 56 answers (100.0%), 78.6% indicated changes in family routine; 100.0% of the answers indicated family stress, and 83.3% indicate that the patient is disturbed when not helped.*

**Uniterms:** Home environment. Kinship structure. Obsessive-compulsive disorder.

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Este artigo é um recorte de uma pesquisa mais ampla que deu origem à dissertação de mestrado "Um estudo sobre a relação família-paciente com transtorno obsessivo-compulsivo", defendida em 2008 por R. R. SILVA. Universidade Católica de Pernambuco.

<sup>2</sup> Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Mestrado em Psicologia Clínica. R. do Príncipe, 526, Bloco G4, 8º andar, Setor C, Sala C4, 50050-900, Boa Vista, Recife, PE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.C.L.A. AMAZONAS.

<sup>3</sup> Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Psicologia. Recife, PE, Brasil.

<sup>4</sup> Mestre em Psicologia Clínica. Recife, PE, Brasil.

Durante a história nosográfica do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), tem sido proposto classificá-lo ora como um transtorno afetivo, ora como uma psicose atípica. Mesmo sua categorização como transtorno de ansiedade poderia não estar correta, uma vez que seriam primárias, na verdade, as obsessões e compulsões, e não a ansiedade, como é considerado nesse grupo. Entretanto, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) coloca-o entre os transtornos de ansiedade, como tem ocorrido tradicionalmente (*American Psychiatric Association - APA, 2002*).

Apesar das dificuldades acima descritas, há concordância a respeito de que suas principais características são as obsessões e compulsões. Obsessões são “ideias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento”. Compulsões são “comportamentos repetitivos ... ou atos mentais ..., cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, ao invés de oferecer prazer ou gratificação” (APA, 2002, p.399). Em diferentes graus, esses sintomas provocam sofrimento importante ou prejuízo significativo. Particularmente, é considerado critério diagnóstico o fato de consumirem mais de uma hora por dia em sua execução (APA, 2002).

Rangé (2003) elenca exemplos de sintomas associados ao TOC: lavar repetidamente as mãos ou tomar vários banhos em um mesmo dia (compulsão), por achar que se não o fizer será contaminado com germes, bactérias ou outras doenças (obsessão); verificar com muita frequência se realmente fechou o registro do gás de cozinha (compulsão), por achar que se não o fizer alguém pode se intoxicar (obsessão); guardar jornais e revistas antigos (compulsão), por achar que algum dia suas notícias poderão ser úteis (obsessão); entre outros. Também podem estar presentes rituais mentais, como contar até determinado número, mentalmente, sempre que se vê um objeto específico (compulsão), para impedir que alguém na família sofra um acidente (obsessão); ou imaginar figuras religiosas (compulsão) imediatamente após ter pensado em fantasias sexuais, para neutralizar a ideia de ser um(a) pervertido(a) (obsessão).

Algumas vezes, o paciente não se dá conta de que esses pensamentos e ações são sintomas de um

transtorno, havendo *insight* pobre, mas outras vezes essas atitudes vêm acompanhadas de sentimentos de desconforto e estranheza, havendo um reconhecimento de que aqueles pensamentos e ações são irracionais. No entanto, mesmo ocorrendo essa crítica, é comum que os portadores de TOC não consigam deixar de executar suas compulsões, pois elas anulam a ansiedade gerada pelas obsessões (Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira & Torres, 2008). Apesar de o DSM-IV não sugerir uma subdivisão em categorias clínicas, uma vez que pensamentos obsessivos e atos compulsivos apresentam-se frequentemente associados, o Código Internacional de Doenças (CID), em sua décima edição, propõe que especificar um conjunto de sintomas pode ser útil no sentido de uma indicação terapêutica mais precisa (Organização Mundial de Saúde, 1993). Apresenta-se a seguir, em linhas gerais, a proposta do CID-10 (1993):

Sob a rubrica f42.0, intitulado: “Predominantemente pensamentos obsessivos ou rumações”, estão listados pensamentos, representações mentais ou sensações de descontrole no agir, provocando a impressão de intensa impulsividade. As rumações obsessivas se apresentam na forma de dúvidas que nunca chegam a um fim. Aparentemente se destinam a reflexões fundamentais, seja em relação a questões que se destinam a responder aos grandes temas humanos ou a descobertas científicas extraordinárias. Entretanto, examinadas com maior atenção, mostram-se banais e pouco consistentes. Têm como resultado final inibir as decisões e comportamentos necessários ao dia a dia.

No item seguinte (f42.1), intitulado: “Predominantemente atos compulsivos (rituais obsessivos)”, observam-se comportamentos primitivos criados pelo próprio indivíduo como forma de neutralizar ações que possam causar danos. Como não é possível determinar claramente a origem da ameaça, os rituais obsessivos terminam por condicionar grande parte do comportamento, provocando a sensação de uma extrema e complexa organização. A terapia comportamental cognitiva seria a mais indicada para tratar os sintomas desse grupo.

Algumas comorbidades são mais comumente associadas ao TOC, como Depressão Maior, Fobia Específica, Fobia Social, Transtorno de Pânico, Transtornos Alimentares ou Transtorno de Tourette. Além

disso, é necessário distinguir o TOC do Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva, pois este último não apresenta obsessões e compulsões, mas um padrão repetitivo de comportamento, em que há grande preocupação do indivíduo com o controle da rotina, organização extrema e perfeccionismo (DSM-IV, 2002).

Ainda com relação ao diagnóstico diferencial, o mesmo manual cita que “os pensamentos delirantes e ruminativos e os comportamentos estereotipados e bizarros que ocorrem na Esquizofrenia distinguem-se das obsessões e compulsões pelo fato de não serem egodistônicos nem sujeitos ao teste de realidade” (DSM-IV, 2002, p.340).

Estudos epidemiológicos sobre TOC na infância e adolescência ainda são raros, e um dos mais importantes foi realizado na Grã-Bretanha, onde se encontrou uma incidência de 0,25% em pessoas entre 5 e 15 anos de idade; em adultos, estima-se um percentual em torno de 2,5% da população (Torres & Lima, 2005).

Na literatura psicanalítica, o TOC, chamado neurose obsessiva, tem sido compreendido como uma regressão a estágio anterior em que o ego, comprometido em seu desenvolvimento, passa a acreditar que seus pensamentos e fantasias adquiriram a capacidade de prejudicar outras pessoas. Consequentemente, a pessoa desenvolve mecanismos de defesa, dentre os quais são pontuados o isolamento, a anulação, a formação reativa e a intelectualização (Leahy, McGinn, Bush & Milrod, 2007). Os mesmos autores apontam que entre os novos desenvolvimentos da psicanálise estão estudos que indicam que ameaças ou mesmo rupturas na relação bebê-cuidador - ou, em outra direção, a superproteção de figuras parentais - estão na raiz da agressão, culpa, tentativas de controlar a ameaça contínua de perda e, por fim, predisporiam ao pensamento mágico e ao TOC.

Para este estudo optou-se por adotar a perspectiva da Análise do Comportamento, que considera que os sintomas do TOC são resultantes de aprendizagens errôneas e que podem ser desaprendidas. Inicialmente, o medo e a aflição seriam associados a pensamentos em consequência de experiências traumáticas. Assim, esses pensamentos, até então neutros, passariam a ser considerados intrusivos (obsessões), sendo generalizados para outros objetos que tenham alguma associação com o estímulo traumático original. Em seguida, o indivíduo encontraria uma forma de

neutralizar novamente os pensamentos obsessivos, por meio de rituais, comportamentos evitativos e reassesguramentos (compulsões). Desta forma, essas compulsões se tornariam repetitivas e estereotipadas devido à sua eficácia em proporcionar alívio às obsessões (Cordioli, 2004a).

Nesta perspectiva, alguns autores (Niederauer, Braga, Souza, Meyer & Cordioli, 2007) descrevem um fenômeno chamado acomodação familiar como uma das variáveis da interação da família com o portador de TOC. A acomodação familiar é a participação direta da família nos comportamentos associados aos rituais do paciente com TOC e às modificações na rotina diária, contribuindo para o desencadeamento e a manutenção dos sintomas (Guedes, 2001).

Como exemplos de acomodação familiar, Guedes (2001, p.65) cita “desde ajudar em tarefas simples, falar infinitas vezes sobre o mesmo assunto, submeter-se a rituais de descontaminação ou organização ou mesmo se conformar com a impossibilidade de utilizar cômodos da própria casa”.

Conviver diariamente com um portador de TOC pode ser exaustivo, não só porque seus rituais impõem certa rigidez ao ambiente, mas porque se torna estressante presenciar a repetição de comportamentos aparentemente sem sentido. Assim, a presença de uma pessoa com comportamentos obsessivos e compulsivos tende a produzir mudanças na vida daqueles que convivem com ela (Silva, 2008)

Estudos têm demonstrado que familiares de portadores de TOC muitas vezes reduzem suas atividades sociais, de forma a se dedicar mais a cuidar dos que estão doentes, além de terem níveis aumentados de desgaste (Ferrão, 2004).

Sukhodolsky et al. (2005), em pesquisa realizada com pais de crianças com TOC, encontraram maior flexibilidade nas regras e tomada de decisões da família. Segundo os autores, isso pode ser um indicativo de que os pais aprenderam a utilizar estratégias adaptativas para lidar com a doença, o que reforçaria os sintomas dos filhos.

Já Riquier (2004) comenta que foi encontrado um percentual de 60% de familiares que se envolveram em rituais do parente com TOC ou que tentaram evitar sua exposição a possíveis situações geradoras de ansiedade.

Esse tipo de interferência dos familiares funciona como um reforço para os sintomas obsessivo-compulsivos, pois, ao ajudar o parente adoecido a evitar a exposição a estímulos temidos e realizar rituais neutralizadores das obsessões, é como se a família estivesse confirmando que esses comportamentos são mesmo necessários. É claro que os parentes normalmente utilizam essas estratégias na intenção de tentar reduzir o sofrimento do portador de TOC, porém o resultado disso é que a extinção natural dos medos torna-se impossível por meio da habituação, e o transtorno se perpetua (Cordioli, 2004b).

Por todas essas razões, justifica-se realizar um estudo que vise compreender o fenômeno denominado acomodação familiar; neste caso, mais especificamente, compreender como pais e mães colaboram para o desencadeamento e a manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos dos filhos.

Ser pai/mãe não é um processo natural: os vínculos entre pais e filhos são desenvolvidos ao longo da vida e necessitam de uma aprendizagem, tanto por parte dos pais quanto dos filhos, e nenhum dos membros se mantém passivo nesta situação. Durante todo o processo de desenvolvimento, mas principalmente na infância, hábitos são adquiridos através de aprendizagem, tanto por imitação (modelação) quanto por reforçamento e/ou punição. No caso do TOC, considera-se que o repertório de respostas do paciente é mantido, principalmente, por reforço negativo - fuga e esquiva (Guedes, 2001).

A intenção, neste estudo, foi compreender como é desempenhar a função de pai e mãe desses pacientes em relação aos sintomas da doença e ao grau de acomodação familiar. Este artigo é um recorte de um estudo mais amplo em que foi investigada a relação família-paciente com transtorno obsessivo-compulsivo. Neste, tomaram-se para a análise as respostas dos pais/mães, porque 46% dos membros da família que foram indicados pelos pacientes, no estudo mais amplo, tinham este grau de parentesco. Pode-se considerar que, em geral, são estes familiares que se encontram mais envolvidos com o tratamento dos pacientes, principalmente entre aqueles mais jovens, com um prognóstico mais promissor em termos de tratamento.

Considerando o número relativamente pequeno de autores que investigam a importância das relações familiares para a melhoria ou manutenção dos sintomas

de pacientes com TOC, mais especificamente a relação dos pais com os filhos, esta pesquisa poderá trazer significativa contribuição para a literatura sobre o tema. O intuito é oferecer subsídios que propiciem uma atenção mais adequada a esses pais por parte dos profissionais que lidam com eles.

## Método

Este estudo descritivo se originou de uma investigação mais ampla a respeito das relações familiares de pacientes com TOC, realizado por uma das autoras do artigo. Nessa investigação, foram contatados trinta pacientes previamente diagnosticados com TOC pelo Consórcio Nacional do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (C-TOC). Esse diagnóstico foi feito segundo a classificação do DSM-IV e a Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown, de autoria de Goodman, Rassmussen e Price, em versão traduzida para o português por Ashbar et al. e reproduzida em Cordioli (2004b). Esses pacientes indicaram, pela Medida de Criticismo Percebido (Steketee & van Noppen, 2003), doze mães e dois pais como familiares mais próximos, além de quatro amigas, três maridos, duas esposas, duas irmãs, duas filhas, um irmão, um avô e uma noiva. A Medida de Criticismo Percebido é uma escala que questiona o paciente sobre aspectos relativos a dois familiares, eleitos por ele próprio, que coabitem com ele e que sejam maiores de idade. Neste artigo, estão descritos apenas os resultados analisados a partir dos dados coletados com os pais/mães destes pacientes.

## Participantes

Os pacientes que indicaram seus familiares para tomar parte nesta pesquisa foram selecionados no Hospital Oswaldo Cruz, Recife (PE), no setor para atendimento a pacientes com TOC do Projeto do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC). Os familiares cujas respostas foram analisadas tinham entre 51 e 60 anos de idade (42,8%), ensino fundamental completo (42,9%) e eram doze mães e dois pais.

## Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram a Medida de Criticismo Percebido (Steketee & Van Noppen, 2003),

aplicada aos pacientes com TOC, a Escala de Acomodação Familiar (Calvocoressi et al., 1995) e uma entrevista semiestruturada individual, aplicadas aos pais e às mães.

A Medida de Criticismo Percebido (Steketee & van Noppen, 2003) é um instrumento autoaplicável composto por cinco escalas que apontam como o paciente percebe as críticas de seus familiares relativas ao TOC. Este instrumento possibilita identificar dois familiares mais próximos ao paciente, a partir de sua própria perspectiva. Na pesquisa em questão, os familiares que participaram foram os que alcançaram maiores pontuações na Medida de Criticismo Percebido.

A Escala de Acomodação Familiar de Calvocoressi et al. (1995) foi desenvolvida, testada e validada na *Yale University School of Medicine*, contendo originalmente doze itens. Foi utilizada, aqui, uma adaptação da versão traduzida por Maria Luísa Guedes (1997) na Universidade de São Paulo (USP), contendo treze questões acerca da influência do TOC sobre a família do paciente, modificações na organização e na rotina familiar e desgaste da família do paciente.

A entrevista semiestruturada é um instrumento para a coleta qualitativa de dados, composto por um roteiro com perguntas abertas, ou seja, sem respostas prefixadas, em que o entrevistado pode discorrer livremente sobre o tema proposto pelo entrevistador (Santos & Candeloro, 2006). Ela foi utilizada para obter mais informações acerca de modificações na rotina familiar, desgaste na família, sintomas obsessivo-compulsivos percebidos e estratégias de enfrentamento desses sintomas. Conteve as seguintes perguntas: Como é que é para você ter uma pessoa com Transtorno Obsessivo-Compulsivo na família? Que comportamentos obsessivo-compulsivos você percebe? Como você se sente? Existiu alguma modificação na rotina familiar? Houve algum desgaste na sua família? Existe alguma consequência quando você não participa dos comportamentos obsessivo-compulsivos? Você gostaria de acrescentar algo que não lhe foi perguntado?

## Procedimentos

O projeto da investigação foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Insti-

tuição, protocolo 155/2006. Fez-se contato com os pacientes em tratamento, que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após aceitarem participar da pesquisa.

Os familiares foram selecionados a partir dos resultados da aplicação aos pacientes da Medida de Criticismo Percebido, que indicou qual o familiar mais próximo de cada paciente. Após a identificação deste familiar, quando se tratava do pai ou da mãe do paciente era pedido o TCLE para participar da pesquisa. Logo depois, ele respondia à Escala de Acomodação Familiar de Calvocoressi et al. (1995).

As entrevistas foram realizadas no PROTOC, em sala reservada, para que não houvesse interrupções e para preservar o sigilo das informações repassadas. Elas foram gravadas, com autorização prévia dos sujeitos, e posteriormente transcritas na íntegra.

Os resultados receberam tratamento estatístico descritivo. Foram calculados apenas percentuais, sem necessidade de utilização de nenhum programa estatístico específico, devido ao número reduzido de participantes. As entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo (Severino, 2007).

## Resultados e Discussão

Os resultados obtidos pelas mães e pais na Medida de Criticismo Percebido, respondida pelos pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo, mostram que as mães dos pacientes obtiveram escores mais altos (85%) em relação aos pais (14,2%) nesta escala. Este dado confirma o que a literatura (Almeida, 2007; Costa, 2003) aponta em relação às figuras parentais. Embora não se possam ignorar as mudanças nos costumes, ocorridas nos últimos anos, ainda é grande a força da tradição cultural segundo a qual é a mãe o familiar que mais exerce o papel de cuidadora dos filhos. A esse respeito, Costa (2003, p.3) diz que: "ainda hoje se olha de forma preconceituosa, especialmente nos países latinos, para a participação ativa do homem na vida cotidiana da criança, em suas tarefas diárias de alimentação, vestir, o acolhimento nos momentos de dor e sofrimento, dentre outros, tarefas essas, em geral, exclusivas do feminino".

Os resultados da Escala de Acomodação Familiar aplicada aos pais e às mães receberam tratamento

estatístico descritivo, que levou em consideração o percentual de respostas dos participantes em quatro temáticas:

- 1) participação nos rituais obsessivo-compulsivos do paciente (cinco questões);
- 2) modificações na rotina familiar (quatro questões);
- 3) desgaste na família (uma questão);
- 4) grau de perturbação do paciente quando não atendido em suas solicitações (três questões).

Quanto à participação nos rituais obsessivo-compulsivos dos filhos, os resultados mostram que das 70 respostas emitidas pelos pais e mães, apenas 21,4% se referem a nunca participar dos comportamentos obsessivo-compulsivos dos filhos. Entre as demais respostas (78,6%), que afirmam algum grau de atuação nestes comportamentos, 44,3% indicam participação de três a seis vezes durante a semana e até diariamente. Isto significa um alto nível de participação. Entre as formas de tomar parte, foram encontrados: reassegurar o filho, respondendo a perguntas feitas obsessivamente, de forma a tranquilizá-lo; auxiliá-lo a evitar situações que poderiam causar ansiedade; deixar de ir a lugares e estar com pessoas por causa dos comportamentos apresentados por seu filho, entre outras situações em que os sintomas do TOC são reforçados pela família (Guedes, 2001). Uma das participantes, que percebe no filho sintomas obsessivos, diz: *"Ele quer tirar a dúvida: 'mãe, eu sou gay?' E se eu disser que não, pra ele tanto faz eu dizer não, como sim. A resposta eu acho na hora, mas ele vai continuar me perguntando do mesmo jeito"* (P2, mãe de S).

Esse rapaz tem pensamentos sexuais intrusivos com outros homens (obsessão), que causam grande ansiedade. Por isso, ele pergunta constantemente à mãe se é homossexual (compulsão), para que ela diga que não, já que considera que esses pensamentos são estranhos a ele. Neste caso, a mãe também mostra um comportamento frequente nestes familiares, indicando acomodação familiar: fala exaustivas vezes sobre o mesmo assunto com o filho, reforçando, desta forma, seu sintoma, embora perceba que este comportamento não faz com que ele pare de perguntar. Esta mãe não se dá conta de que ao agir deste modo o efeito é contrário àquilo que ela deseja, isto é, extinguir o comportamento obsessivo do filho. Na realidade, sua atitude está

reforçando ainda mais o comportamento compulsivo de perguntar do filho, pois ela está dispensando a ele atenção.

Outra paciente diz o seguinte a respeito da filha:

*"Ela ficava assim, no chão, deitada, sem tomar banho, não conseguia tomar um banho. E às vezes quem dava o banho era eu, era eu que dava banho nela. Ela vai vestir a roupa: veste a calcinha, ela veste e tira as calcinhas. Minha filha, faça esse negócio não com suas calcinhas. As calcinhas até boazinhas. Ai desconserta o elástico das calcinhas. Eu já a ajudo a vestir pra ela não tirar mais. Mas ela tira"* (P3, mãe de R).

Esta é outra situação frequente entre famílias de portadores de TOC: o paciente passa a não mais realizar certas tarefas consideradas simples, como, por exemplo, vestir-se, tomar banho, entre outras, o que leva seus familiares a executar essas tarefas por eles, reforçando ainda mais o sintoma (Guedes, 2001).

É importante lembrar que esses familiares, muitas vezes, tomam tais atitudes porque não estão esclarecidos sobre o que é o transtorno, ou mesmo porque pensam que, agindo dessa maneira, estarão ajudando o paciente (Silva, 2008). Guedes (2001, p. 65-66) afirma:

A ausência de suporte profissional específico para a família conduz à suposição de que ela age de maneira que não é planejada, sistemática e avaliada. Ao contrário, a ação da família é natural, intuitiva, inconsciente, emocional. Essa oposição de estilos de atuação reflete, como sugere Skinner, a oposição entre duas formas de controle: o comportamento governado por regras e o comportamento sob controle das contingências.

Isto significa que a família tende a agir sob controle das consequências imediatas da situação, isto é, em alguns momentos atende à demanda do paciente ou se antecipa a ele, pensando que com isto se livrará do incômodo (sendo reforçada negativamente e reforçando positivamente o paciente) e em outras situações o ignora. Ou seja, a família age em função de um conjunto de fatores e, em cada momento, alguém se sobressai pesando mais que os outros e determinando a atitude que a família vai tomar (Guedes, 2001).

Quanto à segunda temática (frequência com que os familiares modificaram sua rotina no último mês por causa dos comportamentos obsessivo-compulsivos de

seu filho), das 56 respostas relacionadas a esse tema, mais uma vez, apenas 21,4% diziam nunca haver modificação na rotina familiar. Das demais respostas, 78,6% se referiam a haver mudanças na rotina familiar. Entre estas últimas, 28,6% indicaram intensa modificação (muitas vezes ou sempre).

As alterações na rotina podem abranger pequenos ajustes dentro da casa como, por exemplo, manter os móveis sempre ordenados de determinada forma para satisfazer a compulsão do filho, na tentativa de diminuir sua ansiedade, ou mesmo alterações no esquema de trabalho ou lazer de toda a família (Ferrão, 2004). É comum, portanto, que aconteçam atritos entre os familiares, gerando *stress*. Um dos participantes diz:

*Pravir agora, pra cá, ele ficou deitado lá... Eu disse: rapaz... olha a hora! 'Não, daqui a pouco, daqui a pouco'. Quase em cima da hora que ele saiu. Eu não gosto de sair em cima da hora pra meus trabalhos, meus afazeres... De certo modo, me incomoda. Aí eu tenho que dar atenção pra ele. Eu tenho que dar atenção, certo? Então é, é estressante, muito! Eu tentei começar a fazer um mestrado e não tenho estrutura pra fazer um mestrado. Eu não tenho, não existe cabeça pra isso (P1, pai de C).*

Este pai é tão afetado pelo transtorno do filho que chega a desistir de seus projetos pessoais. Este comportamento pode comprometer a sua própria saúde. Torresan et al. (2007, p.17) mostram que "Compaixão, vergonha, raiva e muita ambivalência são sentimentos comuns entre os familiares, cuja sobrecarga emocional pode ter efeitos deletérios na sua própria saúde mental".

Todas essas modificações no cotidiano familiar costumam causar desgaste não só para o próprio paciente, como para seus parentes. Esta foi a terceira temática analisada e, no que diz respeito a ela, verificase que 100% das respostas indicaram desgaste na família, sendo 50% em alto grau (muito ou muitíssimo). Como os comportamentos obsessivo-compulsivos são realizados repetidamente, mesmo que impliquem discussões ou danos materiais, é frequente que as pessoas ao redor de um portador de TOC vejam seus atos como algo desgastante.

O *stress* vivido por familiares de portadores de TOC muitas vezes provoca a redução de suas atividades sociais, acadêmicas ou profissionais, em função da dedicação ao cuidado com o doente (Ferrão, 2004). Os comentários dos participantes também ilustram bem

esse ponto: "Quase não saio mais, eu fico muito ligada nele. Assim, depois que ele adoeceu, meu mundo mudou" (P2, mãe de S).

Um dos pais diz:

*É um problema muito sério pra mim, porque eu, como pai, enfrentando esse problema, fico numa situação difícil. Então eu fico apreensivo, assim... Minha situação é ficar apreensivo com o futuro dele. Eu me sinto constrangido, super constrangido e aperreado demais. Eu me preocupo muito com isso que eu vejo. Tem momentos que eu fico, fico às vezes até sem dormir direito (P4, pai de F).*

Uma mãe demonstra compreender a difícil situação que a filha vivencia e afirma que seu marido, pai da paciente, diz: "minha filha, deixe disso." E a filha responde: "mas pai, não é assim não, a coisa é difícil pra mim" (P3, mãe de R).

Vermes e Zamignani (2002) confirmam que essas situações são frequentes nas relações familiares em que há uma pessoa com TOC. Estes autores dizem:

Os membros da família relatam com frequência que diminuiriam sensivelmente a vida social, o engajamento no trabalho, o sono e a qualidade de vida, por causa da convivência com os problemas decorrentes dos comportamentos obsessivo-compulsivos de um dos familiares (p.144).

Riquier (2004) também considera que existe uma forte correlação entre a organização familiar, a ansiedade e a cólera expressas pelo paciente. Em seu estudo, constatou que 60% dos membros da família participam dos rituais, tentando evitar para o paciente uma situação ansiogênica; 40,0% efetuam os rituais; 19,0% apenas controlam o familiar doente; quase 9,0% têm suas atividades limitadas e 7,0% tranquilizam a si mesmos sobre a ausência de riscos.

A quarta temática diz respeito ao grau de perturbação apresentado pelo portador de TOC quando seus pais não participam ou não se envolvem em comportamentos relacionados à doença, como rituais compulsivos e sintomas diversos.

Com relação a este tema, apenas 16,7% das respostas indicaram nenhuma perturbação do paciente quando não atendido em suas solicitações. Isto significa que 83,3% das respostas mostram o contrário. Destas últimas respostas, 26,2% revelaram perturbação do paciente em níveis graves ou extremos. Guedes (2001) diz que uma das maneiras de identificar se o paciente

fica mais nervoso é verificar se ele passa mais tempo realizando comportamentos relacionados aos sintomas quando não é assistido. Um dos pais entrevistados relata o seguinte:

*E pra sair de manhã pro colégio está ficando difícil também, certo? Fica difícil, ele não sai na hora, chega um ponto que a gente tem que empurrar ele de dentro de casa pra sair. De vez em quando ele chega aqui naquele estresse que ele está assim, muito nervoso, muito nervoso, está impaciente, ele fica se mexendo, se mexendo. ... o que é que eu posso fazer? Posso fazer nada, cara. Ele quer sair, ele vai e volta pro banheiro... eu tenho que agarrar ele: vai fazer o que lá?, 'não, vou escovar'. De novo? É, várias vezes isso. Ai chega um ponto que eu fico na frente dele pra impedir que ele passe (P1, pai de C).*

É comum que, para lidar com a doença, a família passe a adotar estratégias de enfrentamento, ou seja, maneiras de solucionar os problemas provocados pelos sintomas do TOC. Esse pai se sente incomodado pelos sintomas de seu filho e toma atitudes que visam forçá-lo a se comportar de maneira diferente. À primeira vista, esse tipo de estratégia de enfrentamento parece um tanto hostil, porém impedir alguém de completar um ritual obsessivo-compulsivo pode contribuir para a diminuição dos sintomas, sendo importante que se esclareça ao paciente o porquê deste impedimento.

Quando há uma interrupção do ritual obsessivo-compulsivo, a ansiedade do portador de TOC tende a aumentar, pois existe uma expectativa de que algo ruim poderá acontecer caso as compulsões não sejam realizadas. Mas, a partir do momento em que este paciente é exposto à situação que causa ansiedade e é impedido de realizar atos compulsivos por um período entre quinze minutos e três horas, ocorre um fenômeno chamado de habituação. Esta faz com que a ansiedade desapareça temporariamente, pois o indivíduo constata que suas expectativas catastróficas não se realizam. Assim, com a utilização regular desta técnica, os sintomas vão diminuindo em sua intensidade (Cordioli, 2004a).

Na busca por tratamento que alivie os sintomas do paciente, os pais muitas vezes perdem a esperança diante da resistência à mudança que esses comportamentos apresentam. Um dos entrevistados diz:

*Não vejo solução. A gente já vem batalhando, batalhando, vários psicólogos, terapeutas, ... psiquiatras, e, até hoje, nada de uma solução. ... os médicos estão fazendo o possível, mas também ninguém é Deus pra poder descobrir assim, uma fórmula instantânea pra*

*curar. Mas fazem o possível, cada um na sua função, mas até agora... (P4, pai de F).*

Outros já percebem algum resultado do tratamento para o transtorno do filho. *"Ele está bem melhor do sintoma, né? O remédio tem dado resultado e a terapia"* (P2, mãe de S).

Como o grupo de familiares aqui investigado já é atendido no setor de assistência a pessoas com Transtorno Obsessivo-Compulsivo de um hospital, é comum que estas pessoas também se refiram a estratégias de enfrentamento que envolvem a utilização de medicações ou psicoterapia. Como se pode depreender de suas falas, as opiniões dos familiares sobre a eficácia do tratamento por vezes divergem, de acordo com a gravidade dos sintomas apresentados pelo paciente.

## Consideração Finais

Este estudo teve como objetivo compreender como a experiência da parentalidade é vivida por pessoas cujos filhos têm TOC, isto é, como é desempenhar a função de pai e mãe desses pacientes em relação aos sintomas da doença e ao grau de acomodação familiar. As principais conclusões são:

- Ainda é predominante a atribuição do papel de cuidador às mulheres. Neste estudo, os pacientes indicaram mais vezes a mãe como familiar mais próximo do que o pai (foram 12 mães e apenas 2 pais). Além disto, as mães alcançaram um maior escore na Medida de Criticismo Percebido (85,8% das vezes) do que os pais (14,2%). Isto demonstra a influência dos padrões culturais na diferenciação dos papéis ligados aos gêneros;

- A maior parte dos familiares de portadores de TOC (78,6%) apresenta comportamentos relacionados ao fenômeno da acomodação familiar, participando da realização dos rituais dos pacientes com alta frequência;

- O transtorno também traz modificações à rotina da família em 78,6% dos casos pesquisados, o que pode ser um fator correlacionado ao desgaste vivenciado pelos familiares. Todos eles afirmam que há desgaste na família e metade aponta que há muito ou muitíssimo desgaste;

- Verifica-se que 83,3% dos pacientes perturbam os familiares quando não são atendidos em suas solicitações relacionadas aos sintomas do TOC.

Como se pode ver, é grande o sofrimento que afeta toda a família de um paciente com TOC, principalmente aqueles que estão mais próximos, seus cuidadores, em geral mães ou pais. Deste modo, considera-se que esta pesquisa pode contribuir para ampliar o conhecimento sobre o tema e servir de apoio tanto para os profissionais que lidam com esta população quanto para os diretamente envolvidos, pacientes e seus familiares.

## Referências

- Almeida, L. S. (2007). Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*, 19 (2), 411-422. Recuperado em maio 22, 2008, disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-80232007000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-80232007000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th ed.) Washington. Retrieved August 21, 2007, from <http://www.psiquweb.med.br/dsm/dsm.html>
- Calvocoressi, L., Lewis B., Harris M., Trufan S., Goodman W., McDougle C., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152 (3), 441-443.
- Cordioli, V. A. (2004a). Transtorno obsessivo-compulsivo. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp.193-208). São Paulo: Artmed.
- Cordioli, V. A. (2004b). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- Costa, E. (2003). *O corpo/identidade masculino nos cuidados da infância*. Tese de doutorado não-publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado em janeiro 25, 2008, disponível em [www.cetrans.com.br/artigos/Eduardo\\_Costa.pdf](http://www.cetrans.com.br/artigos/Eduardo_Costa.pdf)
- Ferrão, Y. A. (2004). *Características clínicas do transtorno obsessivo-compulsivo refratário aos tratamentos convencionais*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo. Recuperado em julho 22, 2008, disponível em <http://protoc.incubadora.fapesp.br/portal/V.theses/tese%20Ygor%20Ferrao.pdf>
- Guedes, M. L. (1997). *Transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo do processo de acomodação familiar*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de São Paulo.
- Guedes, M. L. (2001). Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2), 65-67. São Paulo. Recuperado em novembro 14, 2007, disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-4462001000600019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4462001000600019)
- Leahy, R. L., Mc Ginn, L. K., Busch, F. N., & Milrod, B. L. (2007). Transtornos de ansiedade. In G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Orgs.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (pp.192-226). Porto Alegre: Artmed.
- Niederauer, K. G., Braga, D. T., Souza, F. P., Meyer, E., & Cordioli, A. V. (2007). Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (3), 271-278. Recuperado em julho 22, 2008, disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462007000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000300015&lng=en&nrm=iso)
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rangé, B. (2003). Terapia cognitiva do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). In R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira & N. M. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp.145-153). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Riquier, F. (2004) Trouble anxieux et famille: le modèle du trouble obsessionnel compulsif. *Revue Médicale Suisse*, 62 (2496), 1781-1785.
- Santos, V., & Candeloro, R. J. (2006). *Trabalhos acadêmicos: uma orientação para a pesquisa e normas técnicas*. Porto Alegre: AGE.
- Severino, A. J. (2007). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez.
- Silva, R. R. (2008). *Um estudo sobre a relação família-paciente com transtorno obsessivo-compulsivo*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Steketee, G., & van Noppen, B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1),43-50. Recuperado em agosto 7, 2007, disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000010000\\_09&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1516-44462000010000_09&lng=en&nrm=iso)
- Sukhodolsky D. G., Rosario-Campos M. C., Scahill L., Katsovich L., Pauls D. L., Peterson B. S., et al. (2005). Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162 (6), 1125-1132. Retrieved April 24, 2009, from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/162/6/1125>
- Torresan, R. C., Smaira, S. I., Ramos-Cerqueira, A. T. A., & Torres, A. R. (2008). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (1), 13-19. Recuperado em julho 22, 2008, disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100003&lng=en&nrm=iso)
- Torres, A. R., & Lima, M. C. P. (2005). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (3), 237-242. Retrieved July 22, 2008, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000300015&lng=en&nrm=iso)
- Vermes, J. S., & Zamignani, D. R. (2002). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4 (2), 135-149. Recuperado em janeiro 25, 2008, disponível em [http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1517-55452002000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1517-55452002000200006&script=sci_arttext)

Recebido em: 14/8/2008

Versão final reapresentada em: 27/5/2009

Aprovado em: 23/9/2009

# Profissionais de saúde mental: manifestação de *stress* e burnout<sup>1</sup>

## *Mental health professionals: manifestation of stress and burnout*

Ana Flávia de Oliveira **SANTOS**<sup>2</sup>  
Carmen Lúcia **CARDOSO**<sup>3</sup>

### Resumo

Profissionais de saúde mental, trabalhando em ambiente com elevada demanda emocional, encontram-se vulneráveis ao *stress*. Neste trabalho, objetivou-se avaliar manifestação de *stress*, burnout, autopercepção quanto ao *stress* e ao trabalho em 25 profissionais de serviços substitutivos em saúde mental. Aplicaram-se os instrumentos Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, *Maslach Burnout Inventory* e Roteiro Complementar. Dos participantes, 36% apresentaram manifestação de *stress*, 44% avaliaram-se como muito estressados e 60% apresentaram alto esgotamento emocional. Para 60%, o trabalho foi avaliado como muito estressante. As dimensões esgotamento emocional e despersonalização apresentaram correlações negativas com a variável idade. Conclui-se que há necessidade de intervenções de suporte ao trabalhador, principalmente aos mais jovens, direcionadas ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento às situações estressantes do trabalho.

**Unitermos:** Auto-imagem. Esgotamento profissional. Saúde mental.

### Abstract

*Mental health professionals, working in an environment with high emotional demands, find themselves vulnerable to stress. This study aimed to assess the manifestation of stress, burnout and self-perception regarding stress and work in 25 alternative mental health service professionals. The following instruments were employed: Lipp's Inventory for Stress Symptoms in Adults; Maslach Burnout Inventory and a Supplementary Script. The participants, presented manifestations of stress (36%), rated themselves as being very stressed (44%) and having high emotional burnout (60%). For 60%, work was evaluated as being very stressful. The dimensions of emotional burnout and depersonalization showed negative correlation to age variable. In conclusion, there is a need to provide workers with supportive interventions, especially to younger workers. In addition, interventions should be directed towards the development of coping strategies in stressful work situations.*

**Uniterms:** Self-concept. Burnout, professional. Mental health.

A reforma psiquiátrica implantada no Brasil desde a década de 1980 tem produzido constantes e intensas transformações no modelo de assistência em

saúde mental. A partir de diferenciações do modelo asilar, desenvolveu-se um dispositivo substitutivo de organização do cuidado em saúde mental caracterizado

▼▼▼▼

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo: 2005/04662-1).

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Departamento de Psicologia e Educação, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Bandeirantes, 3900, 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.L. CARDOSO. E-mail: <carmen@ffclrp.usp.br>.

pelo modo psicossocial de atenção. Estimulou-se, assim, a constituição de redes de atenção psicossocial que priorizam, entre outros aspectos, o trabalho em equipe multiprofissional, a reinserção social do usuário e a inclusão da família no tratamento (Costa-Rosa, 2000).

Esta reestruturação introduz novas exigências, relacionadas tanto à forma de se pensar e lidar com a doença mental, quanto à própria estruturação física e de organização da assistência aos usuários. Requer, pois, uma adaptação de todos os atores envolvidos no cuidado a uma lógica diferenciada de atendimento, demandando, principalmente por parte dos profissionais de saúde mental, o desenvolvimento de atitudes, habilidades e competências compatíveis com o modo psicossocial de atenção. Segundo Borges, Argolo e Baker (2006), mudanças no processo produtivo organizacional em diferentes setores têm implicado novas exigências de qualidade do serviço e o desenvolvimento de novas habilidades pelo trabalhador. Tais transformações incidem particularmente nos serviços de atenção à saúde, em que o lidar com o sofrimento, quer seja orgânico, emocional ou social, demanda uma carga suplementar de competências interpessoais.

Ramminger (2005), ao realizar uma pesquisa envolvendo profissionais de serviços substitutivos em saúde mental, descreve a percepção do profissional que, trabalhando neste contexto, é exigido quanto à necessidade de inovar em seu trabalho, devendo pensar sob uma lógica embasada em um discurso diferenciado, cuja prática, muitas vezes, não encontra os recursos necessários para uma atuação coerente com os princípios da reforma psiquiátrica, o que favorece o sentimento de sobrecarga nestes trabalhadores.

Uma vez que a categoria trabalho vem sendo considerada importante na saúde mental do indivíduo, atuando diretamente na relação saúde-doença (Silva & Costa, 2008), tem-se observado uma preocupação com sua investigação junto a profissionais de saúde mental, especialmente considerando o contexto das transformações atuais neste campo. Estudos têm demonstrado que o trabalho na área, caracterizado pela atuação profissional em um ambiente com elevada demanda emocional, consiste em um fator significativo na manifestação de *stress* e da síndrome de burnout (Moore & Cooper, 1996).

O *stress* foi caracterizado por Selye (1956) como uma "Síndrome Geral de Adaptação" (SGA) decorrente

de um evento que exige esforço do indivíduo em termos de adaptação. Este evento ambiental, denominado estressor, gera a quebra da homeostase interna do indivíduo, alterando a capacidade do organismo de manter sua constância. O referido autor dividiu o *stress* em três fases, a saber: a) alarme: reação de alerta, que prepara o indivíduo para a luta ou a fuga; b) resistência: tentativa de restabelecer o equilíbrio interno por meio de uma ação reparadora, gastando energia para esta adaptação; e c) exaustão: caracterizada pelo esgotamento físico e psicológico, momento em que as doenças são manifestadas, podendo ser fatais.

O estressor em si, no entanto, não determina toda a reação de *stress*. A percepção e a interpretação do indivíduo ante uma dada situação como excedendo seus recursos pessoais ou sobrecarregando-o são de demasiada importância para o desencadeamento do processo de *stress*. É, portanto, a partir da avaliação que o indivíduo faz de seu ambiente e de seus recursos pessoais que se acionam estratégias direcionadas a lidar com demandas internas e/ou externas desencadeadas por estressores (Lazarus & Folkman, 1984).

Especificamente no que se relaciona ao *stress* no contexto ocupacional, destaca-se a questão do Burnout, um conceito que caracteriza uma síndrome psicológica produzida em resposta aos estressores interpessoais crônicos no trabalho. Tal conceito encontra-se associado à exaustão de energia decorrente de uma má adaptação a um trabalho estressante, prolongado e com elevada carga tensional, descrevendo uma condição de profissionais cujo trabalho requer elevado grau de contato interpessoal. O burnout manifesta-se através de três dimensões: a) esgotamento emocional: sentimento de estar sobrecarregado; b) despersonalização: surgimento de atitude de frieza e distanciamento direcionada aos colegas e ao trabalho; e c) reduzida realização pessoal: sentimentos de incompetência e falta de produtividade e realização no trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Por sua complexidade e especificidade, o trabalho em saúde mental é considerado de acentuada vulnerabilidade à sobrecarga emocional. Conforme assinalam Burrows e McGrath (2000), os estressores vivenciados por profissionais de saúde mental correspondem àqueles intrínsecos às profissões médicas. Dentre eles figura o lidar com pessoas que sofrem de transtornos

mentais severos, considerado um dos fatores mais importantes para o desencadeamento do burnout.

Macedo (2005), ao investigar em uma população de profissionais de saúde mental as dificuldades encontradas por eles na execução de seu trabalho, encontrou os seguintes fatores: sobrecarga de trabalho, pressão em forma de cobrança excessiva, pouca valorização do trabalho, reduzido tempo para atendimentos, condições de trabalho inadequadas tanto materiais quanto técnicas, falta de treinamento e de capacitação de pessoal, falta de reconhecimento, desempenho de mais de uma função, baixa remuneração, falta de incentivo, falta de diálogo com as chefias, chefes imediatos sem capacitação técnica para a função e pouca preocupação com a qualidade dos serviços prestados. Na mesma perspectiva, Swoboda et al. (2006) encontraram que a ambiguidade de função, conflitos na equipe, doença do usuário e falta de tempo constituem aspectos do trabalho vivenciados como estressantes.

Silva e Costa (2008), considerando o paradigma do modelo psicossocial de atenção, constataram indicadores de sofrimento psíquico entre os profissionais, envolvendo dificuldades nas relações em equipe, com o usuário e com a organização. Quanto à aferição do burnout, Robinson, Clements e Land (2003) identificaram altos níveis de exaustão emocional em enfermeiros da área. Oliveira e Guerra (2004) não encontraram uma taxa de burnout acima da média em profissionais de saúde mental. Swoboda et al. (2005) encontraram baixo índice para as três dimensões em uma amostra de profissionais de saúde mental voltados à comunidade.

Os custos emocionais ao cuidador no contexto da assistência em saúde mental apontam para influências prejudiciais no desempenho, na qualidade do trabalho efetuado e na própria saúde do profissional, tornando imperativa uma investigação junto a esta população. Considerar a saúde e o bem-estar dos profissionais da saúde mental é importante porque problemas físicos e psicológicos podem conduzir a problemas somáticos variados, elevados níveis de ansiedade, depressão e problemas mentais, insônia, abuso de álcool e drogas, exaustão emocional, entre outros, como apontaram algumas pesquisas na área (Burrows & McGrath, 2000; Hespanhol, 2005). Além disso, podem acarretar custos à organização, no tocante ao aumento

de *turnover* e absenteísmo, levando à diminuição da eficiência e à reduzida satisfação profissional.

Com base nestas informações, este estudo objetivou avaliar a manifestação de *stress* e de burnout, a autopercepção quanto ao *stress*, bem como a percepção geral a respeito de o trabalho ser ou não fator estressante para profissionais de serviços substitutivos em saúde mental caracterizados pelo modo psicossocial de atenção.

## Método

### Participantes

Este estudo foi realizado com 25 trabalhadores de três serviços substitutivos, sendo dois ambulatoriais e um de internação parcial de saúde mental de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais que atendiam aos critérios de inclusão, a saber: ser trabalhador de saúde mental contratado e estar empregado no serviço há, pelo menos, seis meses.

A amostra obtida correspondeu a 73,5% da totalidade dos profissionais de serviços substitutivos da referida cidade. Constituiu-se por maioria do sexo feminino (76,0%), idade predominante na faixa de 41 a 50 anos (36,0%), estado civil casado (52,0%). Dentre os participantes, 48,0% possuíam o terceiro grau completo, seguido de 24,0% que realizaram pós-graduação. Participaram assistentes sociais, enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos e pessoal da área técnica.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Universidade de São Paulo (protocolo nº 0167/CEP/CSE-USP), adotando-se os procedimentos básicos e éticos de respeito aos voluntários e à instituição, de acordo com a resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

### Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados:

a) *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp* (ISSL): validado por Lipp (2000), permite identificar

a presença de sintomas de *stress*, os tipos de sintomatologia - somática ou psicológica - e a fase de *stress* em que o indivíduo se encontra. O ISSL, composto por 53 itens divididos em três partes, avalia primeiramente os sintomas físicos e psicológicos das últimas 24 horas (15 itens); posteriormente, os sintomas manifestados na última semana (15 itens) e, por fim, os sintomas experimentados no último mês (23 itens). Refere bons indicadores de consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach 0,91).

b) *Maslach Burnout Inventory* (MBI): traduzido para o Brasil e autorizado para uso nesta pesquisa pela "Instrumento de Desenvolvimento Humano", distribuidora nacional do instrumento. Consta de 22 itens que avaliam índices de burnout subdivididos em três dimensões: Exaustão Emocional (EE), com nove itens, Despersonalização (DP), com cinco itens, e Realização Pessoal (RP), com oito itens. A pontuação total do questionário é o resultado da soma de todos os pontos das frequências respondidas nas dimensões do construto, podendo, cada uma delas, ser alta, média ou baixa. É utilizado para aferir o grau de incidência da síndrome de burnout nos participantes. Conforme Carlotto e Câmara (2007), o instrumento possui indicadores satisfatórios de consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach variando de 0,65 a 0,94).

c) Roteiro Complementar (elaborado para esse estudo): composto por 15 itens abarcando os aspectos sociodemográficos dos trabalhadores, uma questão de avaliação da autopercepção do *stress* segundo uma escala do tipo Likert de 5 pontos, de intensidade variando de "nada estressado" a "muito estressado", bem como uma questão que propunha uma avaliação quanto à percepção de o trabalho em saúde mental ser ou não estressante, em função de uma escala de intensidade variando de "nada estressante" a "muito estressante".

## Procedimentos

Os participantes responderam aos instrumentos na presença da primeira autora, que esteve disponível para eventuais esclarecimentos. Inicialmente, foi ressaltado o caráter voluntário da colaboração, esclarecendo-se as condições de sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido e assinado pelos participantes. Os instrumentos foram

aplicados segundo suas instruções particulares, na seguinte ordem - Roteiro Complementar, ISSL e MBI, sendo posteriormente cotados segundo suas proposições técnicas. Os dados foram codificados visando ao posterior tratamento estatístico. Para a definição do procedimento estatístico foi aplicado, inicialmente, o Teste Kolmogorov-Smirnov. Devido à não normalidade dos dados, foi efetuado o tratamento estatístico inferencial, mediante estatística não paramétrica, aplicando-se o Teste de Mann-Whitney e o Coeficiente de Correlação de Postos de Spearman, adotando-se valores de  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

Verificou-se, a partir dos resultados obtidos pelo ISSL, que 36,0% dos participantes apresentaram indicadores de presença de manifestação de *stress*. Destes, 88,9% encontravam-se na fase de resistência e 11,1% na de exaustão. Quanto à sintomatologia apresentada, 66,7% referiram predominantemente sintomas físicos.

Dos respondentes, 60,0% apresentaram alto índice em exaustão emocional e 72,0% alta realização pessoal. Quanto à despersonalização, entendida aqui como o surgimento de atitude de frieza e de distanciamento direcionada aos colegas e ao trabalho, 40,0% apresentaram moderado índice, assim como 40,0% demonstraram baixo nível nesta dimensão avaliada pelo MBI.

Para 60,0% dos profissionais, o trabalho foi avaliado como fator muito estressante. Em relação à percepção do próprio *stress*, 44,0% avaliaram-se como muito estressados, segundo dados obtidos pelas escalas propostas no Roteiro Complementar.

Pela análise estatística inferencial das dimensões de burnout (MBI) e os indicadores de presença de *stress* (ISSL), verificou-se que os participantes com indicadores de presença de *stress* apresentaram valores superiores de esgotamento emocional, quando comparados àqueles com ausência de *stress* ( $U=31,00$ ;  $z=-2,33$ ;  $p=0,02$  - Teste de Mann-Whitney). Não foram encontradas diferenças significativas para as demais dimensões de burnout.

Quanto às dimensões de burnout do MBI em comparação com a percepção do próprio *stress* (Roteiro

Complementar), obtiveram-se valores superiores na dimensão esgotamento emocional entre participantes com percepção de si como muito estressados, quando comparados aos pouco estressados ( $U=35,00$ ;  $z=-2,04$ ;  $p=0,04$  - Teste de Mann-Whitney). Para as demais dimensões do burnout, não foram encontradas diferenças significativas.

Em relação às variáveis sociodemográficas, foram obtidos valores significativamente superiores na dimensão da realização pessoal para o sexo feminino, quando comparado ao sexo masculino ( $U=20,50$ ;  $z=-2,33$ ;  $p=0,01$  - Teste de Mann-Whitney). Para as demais dimensões do burnout, não houve diferenças significativas.

Foram encontradas correlações negativas entre a variável idade e a dimensão de esgotamento emocional ( $r=-0,47$ ;  $p=0,01$  - Coeficiente de Correlação de Postos de Spearman) e correlação negativa entre a variável idade e a dimensão de despersonalização ( $r=-0,39$ ;  $p=0,05$  - Coeficiente de Correlação de Postos de Spearman). Não foi encontrada correlação entre a dimensão realização pessoal e a variável idade.

## Discussão

Os dados obtidos revelam que um número considerável dos profissionais de saúde mental estudados apresentou indicadores de manifestações de *stress* obtidos pelo ISSL. Este dado se mostra em concordância com estudos que apontam que os profissionais da área da saúde mental apresentam manifestações de *stress* (Carson & Holloway, 2007; Prosser et al., 1999; Swoboda et al., 2005). Em estudos brasileiros, encontraram-se dados significativos em relação à presença de *stress* em técnicos e profissionais da área da saúde, verificando-se maioria com manifestações de *stress* (Carvalho & Malagris, 2007; Malagris & Fiorito, 2006).

Nesta pesquisa, dentre os profissionais que revelaram presença de *stress*, a maioria se situou na fase de resistência, fase esta em que o *stress*, já instalado, exige dispêndio de energia por parte do indivíduo na tentativa de restabelecer o equilíbrio interno por meio de ação reparadora, o que pode levar ao enfraquecimento físico do indivíduo e ao risco de desenvolver doenças. Vale ressaltar que, uma vez que a adaptabilidade do indi-

víduo é finita (Selye, 1983), há a necessidade de que estes profissionais desenvolvam estratégias para melhor manejar estes estressores. Conseguindo controlá-los, seu organismo poderá retornar à estabilidade; no entanto, permanecendo sob pressão destes ou de novos estressores, poderão atingir a fase de exaustão física e psicológica, momento no qual estarão ainda mais vulneráveis ao adoecimento.

Os indicadores de *stress* apresentados pelos participantes são predominantemente de natureza física, manifestando-se por meio de sintomatologia como tensão muscular, taquicardia, dores de cabeça, desgaste físico constante, entre outros. Tais sintomas podem interferir negativamente na disposição do indivíduo, inclusive em suas atividades laborais voltadas ao cuidado do usuário.

Cabe ressaltar que um número maior de participantes se percebe como estressado quando comparado aos dados obtidos pelo ISSL. Estes resultados apontam para a relevância da avaliação destas duas dimensões do *stress*, uma vez que o processo de enfrentamento a uma situação estressante depende da percepção e análise do indivíduo quanto à sobrecarga causada pelo estressor.

Pode-se considerar que os profissionais de saúde mental, vivenciando *stress* com sintomatologia física, apresentam dificuldades em relação ao trabalho em saúde mental, tendo em vista que o seu trabalho exige contato direto com situações que levam à vulnerabilidade emocional. Para Moore e Cooper (1996), o ambiente de trabalho destes profissionais poderia levar à sua vulnerabilidade, à tensão psicológica e à exaustão emocional, devido às altas exigências emocionais que estes profissionais enfrentam. Carvalho e Malagris (2007) sugerem que o contato direto com o sofrimento do usuário no contexto da assistência em saúde torna o profissional suscetível às manifestações de *stress*.

Em relação à síndrome de burnout, pode-se dizer, de maneira geral, que os participantes da pesquisa vivenciam sentimentos de estarem sobrecarregados e esgotados (exaustão emocional), com surgimento de certa atitude de frieza e distanciamento em relação ao seu trabalho (despersonalização), apesar de apresentarem uma alta realização pessoal. A incidência de alta realização poderia refletir a satisfação por atuar no campo profissional de escolha que, ainda que apresente

condições adversas, funciona como fator de realização pessoal no trabalho. O índice alto na dimensão realização pessoal, com o sentimento de gratificação pelo trabalho, pode contribuir até mesmo para atenuar a vivência do Burnout, contribuindo para a permanência do profissional em atividade (Moniz & Araújo, 2006).

Os resultados de estudos que apontam para alto esgotamento emocional e *stress*, apesar da alta satisfação e realização pessoal, impulsionaram a investigação empreendida por Reid et al. (1999). Esta suposta contradição se deveria, no referido estudo, a ambivalências sentidas pelos profissionais de saúde mental, principalmente entre aqueles voltados à comunidade, quanto à avaliação de fatores do trabalho como sendo recompensadores e, ao mesmo tempo, estressores. Por exemplo, podem-se citar o senso de responsabilidade pelos atos e o bem-estar dos usuários que, apesar de satisfazerem o profissional, também o sobrecarregam.

Na relação entre percepção do próprio *stress* e Burnout, verificou-se que os participantes que se avaliaram como muito estressados também apresentaram maior sentimento de sobrecarga e esgotamento quanto ao trabalho. De acordo com Maslach et al. (2001), a exaustão emocional reflete a dimensão de *stress* da síndrome de burnout. Neste sentido, também foi encontrado que participantes com indicadores de presença de manifestação de *stress* e burnout apresentam-se intimamente atrelados.

Considerando que foram utilizados três instrumentos para avaliar a questão do *stress*, e uma vez que estes apontaram para a mesma direção, pode-se supor que o *stress* esteja relacionado ao trabalho em saúde mental. Corroborando esta hipótese, vale destacar que a maioria dos participantes avaliou o próprio trabalho como muito estressante.

Tais vivências de sobrecarga e *stress* podem estar relacionadas, entre outros aspectos, com as novas exigências e demandas que o trabalho em saúde mental atualmente requer. As instituições onde se realizou este estudo são fruto do processo de reforma da assistência psiquiátrica, nas quais os profissionais foram chamados a trabalhar sob uma lógica de assistência diferente da oferecida pela graduação quando de sua formação, pautada no modelo assistencial curativista-individual. Estes profissionais são exigidos quanto a novas habilidades para o desempenho do trabalho, tais como incluir

o usuário como participante da equipe, incluir a família no processo de tratamento, trabalhar em sintonia em equipe multidisciplinar; devem, pois, ampliar o olhar para as questões psicossociais que permeiam o trabalho em saúde mental. Corroborando estes achados, vários autores discutem a questão da mudança de paradigma e os impactos na sobrecarga do trabalho (Silva & Costa, 2008; Ramminger, 2005).

As relações entre os dados sociodemográficos e o Burnout apontaram que as mulheres apresentaram significativamente maior realização pessoal. A inserção feminina no contexto laboral pode atuar de maneira benéfica ao seu bem-estar pessoal, ainda que muitas vezes se submetam a uma dupla jornada de trabalho devido às responsabilidades de casa (Ludermir, 2000). Culturalmente, atividades de cuidado ao outro são responsabilidade feminina (Gil-Monte, 2002), o que também pode influenciar a satisfação das mulheres em relação ao trabalho caracterizado pela ajuda ao outro no campo da saúde mental.

Encontraram-se correlações negativas entre o fator esgotamento emocional e a variável idade, bem como entre o fator despersonalização e a variável idade, indicando que profissionais mais novos apresentam maior índice de esgotamento emocional e de despersonalização. O dado aponta para uma ligação entre idade e experiência no campo profissional, sugerindo que profissionais mais novos apresentam maior sentimento de sobrecarga pelo trabalho e atitude de distanciamento direcionada aos colegas e ao trabalho.

O estudo realizado por Rebouças, Legay e Abelha (2007) com trabalhadores em saúde mental encontrou dados semelhantes, constatando que os funcionários mais jovens, além de menos satisfeitos com o trabalho, também eram os que mais sofriam impactos do trabalho, especialmente no que diz respeito às repercussões emocionais. De Marco, Cítero, Moraes e Nogueira-Martins (2008) atribuem à experiência o papel de aumentar o controle e a segurança nas decisões e, assim, minorar o *stress* e a exaustão emocional.

Os dados referentes à sobrecarga de profissionais mais jovens assinalam a necessidade de acompanhamento do profissional, principalmente em início de carreira, através da proposição de atividades de supervisão e grupo de estudo, visando à instrumentalização

técnica e compartilhamento de experiência, constituindo uma rede de apoio ao profissional. Ainda, a sistematização de dados quanto à inserção do jovem profissional no trabalho, o acompanhamento e a avaliação de seu trabalho, buscando identificar as dificuldades vivenciadas e os seus recursos potenciais, poderiam oferecer subsídios para a estruturação de programas de formação continuada que auxiliem na adaptação do profissional, refletindo, por conseguinte, em uma boa qualidade da assistência.

Assinala-se, ainda, a importância da psicoterapia objetivando o desenvolvimento de condições internas para o trabalho assistencial em saúde mental, particularmente tendo em vista a elevada demanda emocional envolvida neste cuidado. Pode-se sugerir também como alternativa no acompanhamento dos profissionais a implementação de tutoria, na qual se reconhece a capacidade de profissionais mais experientes em colaborar na formação dos mais novos, sendo estas iniciativas importantes para o cuidado e a promoção de saúde do próprio trabalhador de serviços de saúde mental.

Analisando-se alguns limites em relação aos aspectos metodológicos, aponta-se o número de participantes que compuseram a amostra deste estudo (n=25). Tendo em vista que o estudo foi desenvolvido no contexto de três serviços substitutivos, a colaboração de 73,5% do total de profissionais indica uma amostra representativa das instituições existentes.

## Considerações Finais

O estudo apontou indicadores de manifestações de *stress*, sobrecarga e esgotamento emocional, sugerindo que os trabalhadores apresentam dificuldades em relação ao trabalho em saúde mental, o que pode influenciar negativamente a qualidade da assistência prestada aos usuários. Apesar da percepção de *stress* advindo do trabalho, destaca-se a alta realização pessoal ligada ao trabalho entre os participantes da pesquisa, trazendo o indicativo de que a satisfação profissional se encontra para além das adversidades enfrentadas neste contexto. Profissionais mais jovens apresentaram significativamente maior esgotamento emocional e despersonalização, podendo apontar para o papel da experiência como um possível fator de proteção ao Burnout.

Tendo em vista a relevância destes achados, aponta-se a necessidade da criação de espaços para a construção de um novo tipo de trabalho que valorize a saúde do trabalhador, a cidadania, o respeito ao outro e à alteridade, instituindo-se programas voltados à saúde do trabalhador, visando ao desenvolvimento de recursos para lidar com o *stress* e com as dificuldades inerentes ao trabalho em saúde mental. Novos estudos poderiam se ocupar das relações existentes entre fatores que se encontram atrelados ao *stress* e ao burnout, destacando-se a relação existente entre indicadores de manifestações de *stress*, esgotamento emocional e realização e satisfação pessoal no trabalho, buscando desvelar seus significados no contexto da reforma psiquiátrica.

A identificação e caracterização das manifestações de *stress* e burnout no campo da saúde mental torna-se, pois, relevante, na medida em que favorece a reflexão acerca dos processos de trabalho e da qualidade de vida destes profissionais, necessária para o desenvolvimento de novas formas de pensar e fazer consoantes com a reforma psiquiátrica (Silva & Costa, 2008). Estratégias de investigação sistemática junto a estes profissionais possibilitam uma reflexão acerca dos processos de trabalho, bem como a elaboração de propostas de intervenção que deem suporte para o profissional de saúde mental, sendo, pois, fundamentais para a proteção da saúde destes trabalhadores e, por conseguinte, da população atendida.

## Referências

- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., & Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de *burnout*: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (1), 34-43.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1996). Resolução nº 196/96 *sobrepesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Burrows, D., & McGrath, C. (2000). Stress and mental health professionals. *Stress Medicine*, 16 (5), 269-270.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2007). Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 24 (3), 325-32.
- Carvalho, L., & Malagris, L. E. N. (2007). Avaliação do nível de *stress* em profissionais de saúde. *Estudo e Pesquisa em Psicologia*, 7 (3), 210-221.
- Carson, J., & Holloway, F. (2007). Understanding and managing stress. In D. Bhugra & O. Howes (Orgs.),

- Handbook for psychiatric trainees* (pp.157-168). RCPsych Publications.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade* (pp.141-168). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- De Marco, P. F., Cítero, V. A., Moraes, E., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 178-83.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7(1), 3-10.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 153-62.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL): manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ludermir, A. B. (2000). Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 123-129.
- Macedo, Z. D. (2005). *Dificuldades que afetam os profissionais da saúde mental na rede pública da região oeste de Santa Catarina*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba.
- Malagris, L. E. N., & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área da saúde. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 23(4), 391-398.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52(1), 397-422.
- Moniz, A. L. F., & Araújo, T. C. C. F. (2006). Trabalho voluntário em saúde: auto-percepção, estresse e burnout. *Interação em Psicologia*, 10(2), 235-243.
- Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 82-89.
- Oliveira, M., & Guerra, M. P. (2004). Burnout nos profissionais de saúde mental: expectativas, auto-actualização e outras variáveis associadas. *Revista Saúde Mental*, 4(1), 15-25.
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Dunn, G., Szmukler, G., Reid, Y., et al., (1999). Mental health, "burnout", and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Social Psychiatry Epidemiology*, 34(6), 295-300.
- Ramminger, T. (2005). Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Rebouças, D., Legay, L. F., & Abelha, L. (2007). Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista Saúde Pública*, 41(2), 244-250.
- Reid, Y., Johnson, S., Morant, N., Kuipers, E., Szmukle, G., Thornicroft, G., et al., (1999). Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(6), 301-308.
- Robinson, J. R., Clements, K., & Land, C. (2003). Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, predictors. *Journal Psychosocial Nursing Mental Health Services*, 41(4), 32-41.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: Longmans.
- Selye, H. (1983). The Stress concept: past, present and future. In C. L. Cooper (Ed.), *Stress research: issues for the eighties* (pp.1-20). New York: John Wiley & Sons.
- Silva, E. A., & Costa, I. I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicologia em Revista*, 14(1), 83-106.
- Swoboda, H, Sibitz, I., Fruhwald, S., Klug, G., Bauer, B., & Priebe, S. (2005). Job satisfaction and burnout in professionals in austrian mental health services. *Psychiatrische Praxis*, 32(8), 386-392.
- Swoboda, H, Sibitz, I., Fruhwald, S., Klug, G., Bauer, B., Priebe, S. (2006). How do community-based mental health staff in Austria perceive their job? A qualitative study. *Psychiatrische Praxis*, 32(8), 386-392.

Recebido em: 27/1/2009  
 Versão final reapresentada em: 18/6/2009  
 Aprovado em: 23/9/2009

# A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica<sup>1</sup>

## *Phenomenological psychology and Buber's philosophy: the encounter at the clinical practice*

Giovana Fagundes **LUCZINSKI**<sup>2</sup>

Marília **ANCONA-LOPEZ**<sup>3</sup>

### Resumo

Este artigo trata de reflexões empreendidas no âmbito da psicologia clínica de orientação fenomenológica. No aprofundamento da concepção de homem proposta por esta perspectiva, fundamenta-se um tipo de clínica centrada na pessoa enquanto singularidade articuladora das dimensões biopsicossocial e espiritual, ontologicamente voltada para a compreensão de si e do mundo. A filosofia de Martin Buber complementa a proposta fenomenológica, ressaltando a potencialidade da relação humana na sua concretude e movimento. São analisadas as noções de relação eu-tu, eu-isso e encontro, nas suas implicações para a prática clínica, propondo-se reflexões sobre o lugar do psicólogo na interação com o cliente. Busca-se, com este diálogo, delinear um atendimento psicológico a partir do cuidado com a pessoa em sua totalidade, facilitando seu movimento incessante de integrar-se e transformar-se mediante o encontro genuíno com o outro.

**Unitermos:** Fenomenologia. Psicologia clínica. Psicoterapia.

### Abstract

*The present article introduces a number of considerations in the area of phenomenological orientation in clinical psychology. Going more deeply into the concept of man proposed by this perspective, a type of clinic is founded revolving around the person as a singular individual articulating the biological, psychological, social and spiritual dimensions, who is ontologically moved towards the understanding of himself and the world. Martin Buber's philosophy complements the phenomenological proposal, emphasizing the potentiality of the human relation seen in its concreteness and movement. The concepts of the I-Thou relation, I-It relation and Encounter are analyzed in terms of their implications for the clinical practice, proposing reflections about the function of the psychologist in the interaction with the patient. We intend, with this discussion, to delineate a psychological treatment based on the care of the individual in his totality, facilitating his incessant movement towards fitting in and transforming himself through genuine Encounters with another individual.*

**Uniterms:** Phenomenology research. Clinical psychology. Psychotherapy.

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir da dissertação de G.F. LUCZINSKI, intitulada "O psicólogo clínico e a religiosidade do cliente: impactos na relação terapêutica". Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005. Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

<sup>2</sup> Consultório - Espaço de Psicologia. R. Hilário de Gouveia, 66, Sala 504, Copacabana, 22040-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: G.F. LUCZINSKI. E-mail: <giovana.luczinski@gmail.com>.

<sup>3</sup> Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. São Paulo, SP, Brasil.

No exercício da prática clínica, o psicólogo procura compreender o homem no mundo, buscando uma forma de acompanhá-lo em suas necessidades, com objetivos terapêuticos. Desta forma, emerge o questionamento cada vez mais profundo sobre quem é o homem e o que pode o psicoterapeuta fazer por ele, ou com ele, com os recursos de que dispõe. Para tentar responder a estas questões é fundamental tecer pontes entre a psicologia e a filosofia, cujos questionamentos iluminam pontos cruciais da existência humana, apontando horizontes a serem explorados no âmbito psicológico. No entanto, tal aproximação deve ser crítica e cuidadosa, pois são abordados diferentes campos do saber, cujos conceitos não podem ser diretamente transpostos de uma área para outra.

Este artigo é fruto de reflexões nesse sentido, partindo de inquietações diante do encontro humano na clínica de orientação fenomenológica. O percurso aqui traçado busca explicitar uma visão de homem eminentemente relacional, calcada na fenomenologia e em suas implicações para a constituição de uma clínica mais dialógica. Para isso, as contribuições de Martin Buber, o filósofo da relação, são fundamentais, pois suas concepções de homem e de realidade complementam a proposta fenomenológica, ao partir da ontologia para compreender a ação humana no mundo e a transformação a partir do encontro com o outro. Como Buber é um filósofo, a transposição de seus conceitos para o campo dos fenômenos psíquicos exige reflexões críticas e comparações com as vivências na prática. Desta forma, torna-se importante repensar a relação eu-tu no âmbito da clínica e o papel do encontro no processo psicoterapêutico, dialogando com autores que empreenderam tais aproximações.

### **O ser humano na perspectiva fenomenológica**

A psicologia fenomenológica utiliza conceitos e concepções vindos de uma tradição filosófica - a fenomenologia - alterados em linguagem psicológica e colocados em interação com a teoria e a prática dos atendimentos. Para alcançar maior rigor e coerência, é preciso, inicialmente, recorrer à concepção de homem desta proposta, explicitando-a.

Para a fenomenologia, cada ser possui uma especificidade ontológica, o que implica diferentes

formas de se manifestar no mundo e de realização de si (Critelli, 1996). O homem é ontologicamente diferente dos demais seres, tendo recebido, na sua humanidade, condições específicas para dar conta da própria vida, sustentá-la e ampliá-la. Ele é um feixe de possibilidades, sempre em aberto, podendo transcender e surpreender a si mesmo, lançado no mundo sem o controle da vida e sem certezas sobre o seu destino. Assim, por mais que busque a estabilidade e a segurança de diversas formas ao longo da história, o homem está sempre diante de questões existenciais que o desestabilizam e o colocam em movimento. É um ser em constante construção, o que se dá a partir do contato com os outros, na coexistência. Ele é único e irrepitível, ao mesmo tempo em que herda toda uma cultura construída ao longo do tempo por muitos outros, seus semelhantes. Singularidade e pluralidade convivem lado a lado na difícil tarefa de habitar o mundo e transformá-lo (Arendt, 1971; Critelli, 1996).

Estas características específicas do ser humano delimitam uma ontologia, que se mostra na sua totalidade, mas que possui uma estrutura compreendida nas dimensões biopsicossocial e espiritual. A dimensão biológica se expressa na corporeidade, à qual o homem está definitivamente atrelado enquanto vive. O corpo é um instrumento, uma morada e um limite, algo que o conecta à concretude do mundo. É também a forma pela qual seu ser se manifesta, apresentando-se externamente de forma singular entre os demais da mesma espécie, sendo ao mesmo tempo limite e abertura para o mundo, através da percepção (Arendt, 1971).

A dimensão psíquica, por sua vez, refere-se à forma como a pessoa vivencia sua existência no mundo, motor de suas ações e sentimentos. Segundo Ales Bello (2004), os atos psíquicos são atos de reação, pertencentes ao campo da afetividade e das emoções. Impactar-se com o mundo ao redor e responder a ele é uma capacidade inerente a todos os seres humanos, porém, a que fenômenos reagem, o conteúdo e o modo dessas reações serão diferentes para cada um. Há, portanto, uma estrutura comum que permite afirmar que alguém vivencia algo com um outro, embora os conteúdos sejam singulares.

A dimensão social consiste no fato de ser com os outros: a pessoa constitui a história humana e é constituída por ela. Aqui, é fundamental a herança cultural,

diante da qual o homem tem uma postura ativa, recebendo e transformando o que lhe é dado. Cada época histórica, com suas peculiaridades, condiciona diferentes modos de responder e de se relacionar com a realidade. Nesse movimento, presente em todas as culturas e gerações, o encontro intersubjetivo possibilita que as pessoas sejam tocadas e transformadas, sendo coautoras das trajetórias umas das outras. Segundo Merleau-Ponty (1945/1999), o social existe como um campo permanente, consistindo em uma solicitação, antes mesmo da tomada de consciência em relação ao mundo.

Por fim, há o nível espiritual, também presente em todas as manifestações humanas cotidianas. Para Ales Bello (2004), nele estão contidas todas as experiências ligadas à razão e à vontade. São atividades que se diferenciam daquelas relativas ao psiquismo, pois podem as pessoas controlá-las através da reflexão e da decisão. “A esfera espiritual é também uma esfera valorativa” (Ales Bello, 2004, p.250) e nela são produzidos e conferidos significados à realidade. Para Mahfoud e Coelho (2001), a dimensão espiritual está ligada à vivência da liberdade e da responsabilidade, pois implica um posicionamento da pessoa diante das reações que a acometem.

O nível espiritual engloba, ainda, a questão do mistério que atravessa as experiências humanas, apontando para a capacidade de transcendência. O homem sempre transcende a si mesmo, por estar continuamente voltado para algo ou alguém fora de si. Nesse movimento, busca também ultrapassar os limites do mundo sensível e relacionar-se com seres que situa em outra ordem, como deuses, espíritos, energias cósmicas, entre outros. Buscando significar sua existência, o homem se pergunta sobre o sentido último da vida ou a que esta se destina, dentro ou além do período de tempo que a abarca.

Hycner (1995) considera o nível espiritual fundamental para a psicoterapia, afirmando a existência, além das dimensões intrapessoal e interpessoal, do nível transpessoal. Este se manifesta na medida em que as pessoas estão permanentemente conectadas umas às outras também no registro espiritual. Na perspectiva buberiana (Buber, 1923/2001), não é através da transcendência da realidade mundana que se chega ao nível espiritual, mas justamente estando imerso nesta, a partir da relação com o outro.

Ao elaborar suas vivências e conferir sentidos ao mundo, singularizando-se, a pessoa transita entre as diversas dimensões. Para que os conteúdos do psiquismo se expressem, eles precisam de um lugar que veicule tais reações e as tornem visíveis e sensíveis, e este lugar é o corpo. A própria percepção tem sua origem na corporeidade, nos sentidos. No entanto, para que uma pessoa avalie como reais suas percepções, é preciso que exista um expectador, alguém com quem compartilhar o fenômeno vivido. É preciso um reconhecimento, pois o homem não se faz sozinho, e sim na coexistência. Paralelamente a este processo, a pessoa constitui valores e crenças, exercendo a vontade, a liberdade e a responsabilidade, dentro dos seus limites. Assim, novos sentidos são construídos e decisões são tomadas sobre a própria vida. Há, portanto, uma inseparabilidade das quatro dimensões humanas: o homem é de fato um ser biopsicossocial e espiritual, construindo-se de forma integrada. O que interessa para a psicologia aqui proposta, então, é como cada pessoa se diferencia das demais, como se singulariza, mesmo tendo uma estrutura semelhante, sendo lançada no mundo com as mesmas condições ontológicas. Importa como cada uma sustenta a própria vida e coloca em trânsito seu processo de crescimento.

O homem dá significado ao mundo e a si próprio em todos os níveis. Segundo Augras (1986), “a compreensão não é um mero instrumento de apreensão do mundo, mas uma dimensão ontológica da existência” (p.24). Isso é fundamental para a psicologia fenomenológica, que privilegia essa característica inerente ao homem de elaborar continuamente sua condição. Por isso, ao olhar o ser humano em toda a sua diversidade, na clínica, abre-se a possibilidade de perceber fenômenos que não são considerados psíquicos, mas interferem nesta esfera, ou simplesmente coexistem na vida da pessoa. Safra (2004a) ressalta a importância dessa constatação, assinalando que há sofrimentos que alcançam o registro psíquico, mas não têm sua origem neste, pois os seres humanos são atravessados por toda a história e suas questões, em seus múltiplos aspectos.

A escolha da abordagem fenomenológica enquanto orientação existencial, postura e método de intervenção na clínica psicológica permite considerar todas as dimensões do ser humano, facilitando o talhamento de um olhar e a consolidação de uma postura

em direção ao outro. Tal abordagem, por trazer no cerne da sua proposta a pergunta sobre quem é o Homem, amplia a percepção do terapeuta, permitindo acolher os modos de ser daqueles que o procuram, contribuindo para que a psicoterapia seja a possibilidade de um encontro real e transformador.

### **Delineando uma proposta clínica**

O profissional imbuído da concepção de homem descrita anteriormente buscará, no exercício da psicologia, acolher a pessoa nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual, ajudando-a a elaborar suas experiências, integrando estas esferas. Essa integração só é possível no encontro com outra pessoa, sendo o terapeuta alguém que propõe um tipo de relação que abra as possibilidades de transformação inerentes à condição humana. A presença do terapeuta, então, torna-se a primeira e talvez a sua principal intervenção ao longo de todo o processo.

Certamente, a pessoa pode entrar em um processo de crescimento e mudança a partir de diferentes encontros e experiências ao longo da vida, sem que haja relação com a psicologia. Mas quando há um atendimento psicológico, faz-se necessário aprofundar a dimensão do encontro entre terapeuta e cliente, explicitando os elementos presentes nesta interação. Para isso, as colocações da psicologia devem ser postas em diálogo com aquelas da filosofia que são relevantes para este tema. Entre os pensadores que se dedicaram intensamente à questão da coexistência, encontra-se Martin Buber, o filósofo da relação. Em toda a sua obra, há grande preocupação com a ontologia e a antropologia na teorização da relação humana, do encontro pessoa-pessoa. Seguindo seus passos, diversos psicólogos promoveram desdobramentos das suas ideias com aplicações clínicas.

### **Considerações sobre a relação eu-tu**

As ideias de Martin Buber contribuem para a integração de uma concepção filosófica do ser humano a uma atitude diante deste. Em sua obra, Buber trata do homem no mundo, de suas múltiplas possibilidades de existir, dependendo de como se coloca. As palavras-princípio eu-tu e eu-isso assinalam modos de ser do

homem, formas de responder à realidade, que sempre solicita um posicionamento. O eu que se abre para um tu não é como o eu que se relaciona com um isso, ou seja, a forma de relacionamento estabelecida fundamenta o modo de ser. Por isso, a relação produz diferentes possibilidades de a pessoa estar no mundo. Eu-tu e eu-isso são parte do movimento humano, sendo inseparáveis, alternando-se constantemente a cada relacionamento (Buber, 1923/2001).

Na atitude eu-tu, a pessoa entra em relação, deixa-se impactar, deixa-se atravessar pela presença viva do outro, seja este outro uma pessoa, uma situação, uma obra ou um ente qualquer. Há nesse instante uma dimensão intensiva, não mensurável ou redutível à temporalidade, espacialidade e questões objetivas. O mundo do tu não tem coerência no espaço e tempo: é um campo de forças, de presença, de vitalidade. Não pode ser apreendido ou aprisionado em representações: sempre escapa. Não se reduz à percepção: é intenso, vivo, pulsante. Sempre ressurgente diferentemente, em contínua transformação.

A atitude eu-isso, por sua vez, leva a experienciar de forma objetiva as situações. O mundo do isso ou da objetividade ordena o real, transformando-o em habitável e reconhecível. Para Buber (1923/2001), a melancolia do destino humano é que o tu se torna, irremediavelmente, um isso, o que é necessário para a compreensão do processo vivido. Não se consegue manter sempre a atitude eu-tu, pois o homem é incapaz de habitar permanentemente no encontro. A existência é pautada pela alternância entre as atitudes eu-tu, eu-isso e seus desdobramentos.

Na perspectiva buberiana, a experiência implica um distanciamento reflexivo, situando-se no âmbito do isso, enquanto a relação está no âmbito do tu. A relação é vivência, não experiência. Ao encontrar alguém no modo eu-tu, a consequente perda do espaço, do tempo e a desestabilização do eu possibilitam contemplação, novas sensações, atravessamentos. A relação eu-isso, ao contrário, situa a pessoa no mundo dos objetos, ordenando e sendo extremamente necessária para a elaboração e a produção de significados, desde que não se torne a forma predominante de relação com o mundo. Para Merleau-Ponty (1945/1999), ao perceber o outro apenas como um isso, objetificando-o, há um afastamento da sua presença viva. Segundo este autor,

acessar o outro como representação é desconsiderar a sua humanidade, a vida que lhe é dada enquanto homem. A relação com o outro não se dá a partir de um esquema mental prévio, anterior, mas implica estar disponível para ele assim como se mostra naquele momento, deixando de lado preconceções. Na clínica, a interação eu-isso limita o psicólogo à utilização da técnica, a uma consideração dos sintomas meramente a partir de propostas teóricas, sem levar em conta as particularidades da pessoa e sua complexidade.

Ao postular sobre a relação e seus modos de acontecer, Buber considera o homem como ação no mundo. Sua disposição para entrar em contato com o outro tem consequências na própria vida, imprimindo-se no seu modo de ser. Há uma escolha, consciente ou não, de se deixar tocar pela presença viva da alteridade, sofrendo os efeitos deste impacto. Nessa perspectiva, a palavra proferida no diálogo é um gesto que se inscreve no mundo, é ação. Por esse motivo, a palavra falante, nascida no encontro verdadeiro, atualiza o ser do homem, transforma-o. Ao falar, uma mudança é produzida e, no contato intersubjetivo, surgem novos modos de subjetivação. A palavra é possibilitadora do ser e sua força transformadora se concretiza no “entre”. O “entre” constitui um espaço de trocas, algo que não pertence a nenhum dos participantes: pertence a ambos e os ultrapassa. É a dimensão de mistério no encontro humano, que transcende os envolvidos e aponta para novas possibilidades de ser e de estar no mundo. É importante lembrar que, para Buber, esse nível não pode se limitar ao intrapsíquico: o diálogo é algo que ocorre entre as pessoas, e não dentro delas. É voltar-se para o outro, para o mundo e, então, poder ver-se enquanto um eu e ao outro enquanto um tu (Buber, 1923/2001).

A concepção buberiana sobre a relação pode remeter à prática clínica, pois ajuda a compreender o fascínio que trabalhar calcado nesse tipo de concepção exerce nos psicólogos que a adotam. Ao conseguir se abrir para o cliente de forma a conseguir acessá-lo enquanto um tu, institui-se uma forma de relação em que o terapeuta pode entrar no modo eu-tu de funcionamento, ou seja, torna-se um eu. Pode ser um eu porque diz tu, considerando o outro enquanto presença e, assim, seu eu já não é o mesmo - é um eu em relação, torna-se também gesto, sofre uma transformação. Por isso, a relação entre terapeuta e cliente pode ser algo tão

fecundo, sendo seguida, muitas vezes, de uma sensação indescritível de admiração e plenitude. É um sentimento fugaz, mas com consequências também para o terapeuta. É como se fosse realmente uma ruptura do funcionamento comum e uma abertura sutil para a dimensão ontológica que envolve todos os seres. Acreditar que o cliente possa viver algo assim, mesmo que isso não se dê de forma reflexiva ou constante, alimenta o interesse por esta perspectiva humana, ampliando as possibilidades de um atendimento para além da técnica e do psicologismo.

Experimentar novos modos de ser em presença de um outro é uma ação que deixa marcas. Ao mesmo tempo em que é algo intenso e prazeroso, este acontecimento deixa mais questões do que conforto e satisfação, abalando a segurança da pessoa. Ela é lançada ao encontro de um terceiro elemento, o espaço do “entre”, que a leva ao contato consigo mesma e com o outro, abalando as estruturas já construídas, trazendo certa vertigem. Mesmo assim, a relação é buscada incessantemente, apontada por Buber como uma necessidade inata do ser humano, o caminho para seu crescimento, pois a relação eu-tu confronta, provoca e remete ao paradoxo da existência. No diálogo genuíno, tanto no que é mutuamente construído e buscado quanto na relação espontânea a vivência eu-tu pode ocorrer, abrindo e transformando. Buber admite e explicita a fugacidade dos momentos eu-tu em meio à atitude eu-isso, mas assinala aquilo que todos percebem ao vivenciar encontros: quando acontecem, seus efeitos são inegáveis.

Ao partilhar esta visão, é preciso pensar profundamente a relação que se dá no processo de psicoterapia e em que medida esta pode facilitar o encontro verdadeiro. AmatuZZi (1989), ao avaliar a importância dada por Buber à mutualidade na relação eu-tu, conclui que a psicoterapia não pode ser considerada uma situação de diálogo pleno, de relação eu-tu completa, pois não há igualdade de papéis. Ela é, de certa forma, unidirecional e também não é totalmente aberta, tem suas delimitações: “em palavras simples, a psicoterapia é também uma forma específica e limitada de relação” (p.59). Essa afirmação questiona o alcance da atuação do psicólogo. Para AmatuZZi (1989), a relação humana transcende muito as possibilidades de uma terapia, mas esta pode ser extremamente fecunda na medida em

que se aproxima de um relacionamento pessoa-pessoa. Pode-se observar posição semelhante em Rogers (1983), quando afirma que a terapia será mais fecunda quanto mais se aproximar de uma relação eu-tu verdadeira.

### A psicoterapia dialógica

Amatuzzi (1989) e Hycner (1995) refletem sobre as aproximações entre a filosofia de Buber e a psicoterapia, enfatizando a importância do diálogo genuíno. Para Hycner (1995), criador do termo “psicoterapia dialógica”, foi fundamental perceber que, ao falar do aspecto inter-humano, Buber se referia a algo muito maior do que o psicológico. Ao ultrapassar os campos interpessoal e intersubjetivo, apontava para a dimensão ontológica, buscando contemplar a relação humana em sua totalidade.

Incluir essas considerações na clínica psicológica contribui no sentido de não olhar apenas para o ato psíquico que se mostra, mas buscar apreender a pessoa na sua dinâmica existencial, vivenciando o “entre”, ou seja, incluindo a relação e sua imprevisibilidade como fundantes no processo desencadeado. Está pressuposto aqui que o psicólogo pode ajudar o seu cliente a se aproximar daquilo que lhe é mais próprio e a buscar sua singularização através do exercício da relação. Esta, conforme postulada por Buber, não pode ser controlada e forjada de acordo com o desejo dos participantes, pois é um acontecimento, porém certa postura e disposição diante do outro facilitam sua aproximação, abrindo caminho para o encontro real entre pessoas. Tal encontro começa com o exercício de um diálogo genuíno, entendido neste trabalho como o diálogo que parte da consideração das necessidades ontológicas da pessoa, cuidando para que estas não sejam bloqueadas. Neste processo, alguns pontos fundamentais devem ser observados.

A primeira condição para um diálogo genuíno é a autenticidade dos participantes, ou seja, a possibilidade de as pessoas se guiarem pelo que são no momento, sem querer parecer algo ou produzir uma imagem de si. A este respeito, Rogers (1983) e Miller (1997) enfatizam que agir a partir de uma imagem não corresponde à plenitude do ser e, portanto, gera frustrações ao longo da vida. É um desafio colocar-se diante do cliente como se é e encorajá-lo a fazer o mesmo.

Quando o psicólogo se deixa afetar pelo seu cliente, ele já não se comporta a partir de um esquema estabelecido anteriormente, mas se torna responsável pelas decisões que toma na condução do processo. Isso implica menor controle da interação e, portanto, maior vulnerabilidade. Assim, mesmo que este movimento leve ao crescimento, pode amedrontar tanto o terapeuta quanto o cliente, pois pressupõe a abertura ao novo e, assim, a transformação de si mesmo diante do outro.

A segunda condição é perceber o outro enquanto alteridade, na sua singularidade, totalidade e concretude. É ter uma atitude de contemplação, e não de mera observação. Segundo Amatuzzi (1989), a contemplação de Buber aproxima-se da observação fenomenológica e busca captar o fenômeno naquilo que ele “fala”, pois ele “comunica” algo. “A fala no contexto do diálogo genuíno é também uma fala proveniente da totalidade do ser” (p.45). Ou seja, a conversação que emerge no encontro abre para uma fecundidade, que possibilita o surgimento da fala viva, polissêmica, com o aparecimento de novos sentidos.

A terceira condição é que nenhum dos parceiros queira se impor ao outro. Há uma confirmação da pessoa, o que pode ser definido como sua legitimação enquanto interlocutor do mesmo nível. Confirmar alguém é acreditar nele enquanto pessoa, sem ter que, necessariamente, concordar com ele.

O inter-humano pode desabrochar a partir dessa abertura, sendo grande a responsabilidade do psicoterapeuta, que deve fazer o possível para desenvolver tais atitudes. Amatuzzi assinala que “se eu não tiver a quem falar e que me ouça totalmente, eu não me expresso e, conseqüentemente, não atualizo o meu ser” (Amatuzzi, 1989, p.172, grifos do autor). A palavra, enquanto gesto fundador de mundos, reveste-se de fundamental importância, apesar de não ser a única forma de dialogar: olhares, gestos, sentimentos fazem parte da dança rítmica construída por terapeuta e cliente durante a sessão.

O terapeuta tem sua responsabilidade no desencadeamento desse processo, mas isso não significa onipotência ou controle. A clareza de sua proposta abre caminho para o surgimento de uma terceira força que age na terapia, o “entre”, que é apontado nas palavras de Mahfoud (1989): “Não sou eu - por mim mesmo - que consigo que o outro faça certo caminho e mude, se

abra e se centre. Não é nem o outro por si mesmo - tanto que pede ajuda. Mas cada um participa com o que é, terceiro elemento, integra e compõe um movimento” (p.574).

Encontrar o outro sempre provoca algo existencialmente, pois envolve uma expectativa que acaba se contrapondo ao novo que se apresenta, gerando um estranhamento que pede um posicionamento. Simão (2004) denomina esse tipo de experiência de “inquietante” e afirma que exige novos contornos para ser significada e incorporada à vida da pessoa. Para esta autora, “a importância do diálogo está, portanto, em se constituir em oportunidade para experimentar, por intermédio do outro, a possibilidade do diverso” (p. 22).

Segundo Zuben (2003), Buber se colocava constantemente na posição que denominava de “estreita aresta”, buscando representar a instabilidade e insegurança próprias do existir. É difícil permanecer no lugar da incerteza, da pergunta, da abertura ao novo. A ansiedade em dar respostas e achar soluções muitas vezes afasta as oportunidades de crescimento, bem como a região de mistério que envolve cada ser. A proposta da fenomenologia também procura sempre abordar os diversos lados do real, contemplando-os no seu movimento incessante, na tensão gerada no contato com o novo, com o outro.

## O encontro

O desenvolvimento de uma escuta cuidadosa, atenta e a crítica visa ao estabelecimento de uma relação diferenciada, dialógica, que abra caminho para a possibilidade de uma relação eu-tu, um encontro verdadeiro, mesmo que fugaz. Mas, afinal, o que é o encontro? Qual o objetivo desse encontro em uma relação profissional, que é a psicoterapia? Quais as consequências para o cliente de se trabalhar neste enfoque?

A partir da companhia verdadeira do terapeuta, a pessoa pode se arriscar a mergulhar no seu próprio processo, pois não está sozinha. Suas experiências serão acolhidas e acompanhadas pelo psicólogo que, estando presente e atento, poderá contribuir para sua compreensão, indo além delas, indo para onde apontam. Desencadeia-se um movimento, assume-se uma tarefa e um risco. As palavras de Mahfoud (1989) resumem o que foi abordado anteriormente: “tratam-se de certas condutas do **eu** que facilitam ao **outro** colocar-se num certo **mo-**

**vimento** de busca e de maior clareza e integração de si - e é um processo que acontece numa relação, ou seja, não é promovido por uma nem por outra pessoa, mas acontece, é facilitado naquela relação que também vai se transformando a cada movimento das pessoas” (p. 547, grifos do autor).

Desta forma, o encontro não é o objetivo final da terapia, mas parte desta. Para Safra (2004b), o encontro não é a resposta: é o início da caminhada, servindo para que a pessoa se coloque em trânsito, em devir. A intensidade do envolvimento presente na relação é o combustível do encontro, no qual algo novo é formulado, rompendo o cotidiano e pondo-se em marcha. Assim, a partir daí, um saber é produzido e uma pergunta é construída e apresentada pelo cliente. É importante assinalar o caráter da resposta que surge dessa indagação: ela não fecha, não responde simplesmente, cessando os questionamentos, mas abre para novas formulações, novas questões (Mahfoud, 2002). Uma resposta que surge de uma pergunta nascida do encontro, quando corresponde à vivência da pessoa, a colocará em movimento reflexivo e vivencial, tendo como resultado a apropriação de um saber sobre si. Isso explicita a relação da pessoa com o mundo e a expande, apontando para o lugar onde o homem de fato se situa: na fronteira entre sua subjetividade e o mundo, atravessada por ambos, mas irreduzível a qualquer esfera. Tudo isso ressalta a natureza do encontro, posto que ele não é um fenômeno intrapsíquico, e sim relacional, impulsionando o processo compreensivo da pessoa. Assim podem ocorrer elaborações, ressignificações e a busca pelo sentido, as quais não se darão necessariamente no *setting* terapêutico, mas como consequência de uma relação que se refletirá na vida da pessoa também fora daquela situação específica.

Certamente, uma dimensão de mistério está presente em todo este processo, que pode ser vivido, sentido, mas não plenamente explicado. Segundo Mahfoud (1989), a chave simples e potente para manter em marcha o movimento do cliente é admirar-se, maravilhar-se com esse processo, que se mostra velado e revelado ao mesmo tempo.

## Considerações Finais

Ao adotar uma determinada concepção de homem, o psicólogo assume um lugar epistemológico,

que exige esforços teóricos e metodológicos que viabilizem o trabalho terapêutico. A concepção buberiana da relação, aliada à proposta fenomenológica de compreensão do homem e da realidade, aponta para a necessidade de a psicologia fundamentar a clínica no impulso inerente ao humano de singularizar-se e colocar-se em movimento na presença de um outro. Na perspectiva aqui apresentada, a pessoa é vista como totalidade articuladora de sentidos, dotada de uma estrutura ontológica específica que se realiza em relação. Desta forma, o olhar do terapeuta se volta para o cliente enquanto se oferece ao encontro, colocando-se ao seu lado no processo, com abertura para viver uma relação eu-tu, caso ela aconteça. Ao mesmo tempo, há grande atenção para os aspectos do diálogo em curso, com rigor e cuidado com os conteúdos que se mostram, mas não em detrimento da pessoa que os vivencia. Tal processo envolve o cliente como um todo: corporal, psicológica, social e espiritualmente. Desta forma, buscar o encontro pessoa-pessoa na clínica, assim como foi apresentado, consiste em um grande desafio, pois acaba ultrapassando as delimitações clássicas da psicologia. Torna-se necessário estabelecer pontes com filósofos que iluminem a compreensão de certos aspectos do humano, traduzindo-os para o campo psicológico, com semelhanças e limites, no âmbito da experiência individual.

Na prática clínica, segundo este enfoque, ao almejar o cuidado com o outro na sua totalidade, a ênfase está na interação e, simultaneamente, na elaboração individual que é própria da dimensão espiritual da pessoa, sempre em processo de atribuição de sentidos. Assim, a psicoterapia deve enfatizar como isso se dá mediante a vivência do encontro, seguida de elaborações resultantes da compreensão desencadeada no processo. As considerações de Buber e dos fenomenólogos aqui citados dão maior visibilidade ao movimento presente nas relações humanas em geral e buscado na clínica proposta neste trabalho.

Mesmo com todas as dificuldades teóricas e metodológicas inerentes ao campo das abordagens fenomenológico-existenciais, estas reflexões reforçam a possibilidade de construir uma psicologia mais humana, ou seja, de exercer o que há de mais humano quando

se faz psicologia: entregar-se a um encontro, com interesse genuíno por quem compartilha aquela relação, buscando compreendê-la.

## Referências

- Ales Bello, A. (2004). *Fenomenologia e ciências humanas*. Bauru: EDUSC.
- Amatuzzi, M. M. (1989). *O resgate da fala autêntica: filosofia da psicoterapia e da educação*. Campinas: Papyrus.
- Arendt, H. (2002). *A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar* (5a ed.). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Augras, M. (1986). *O Ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes.
- Buber, M. (2001). *Eu e tu* (8a. ed.). São Paulo: Centauro. (Originalmente publicado em 1923)
- Critelli, D. M. (1996). *Análítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: Brasiliense.
- Hycner, R. (1995). *De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica*. São Paulo: Summus.
- Mahfoud, M. (1989). O eu, o outro e o movimento em formação. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Anais da XIX Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia* (pp.545-549). Ribeirão Preto, SP.
- Mahfoud, M. & Coelho Junior, A. G. (2001). As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. *Psicologia USP*, 12 (2), 95-103.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção* (2a. ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1945)
- Miller, A. (1997). *O drama da criança bem dotada*. São Paulo: Summus.
- Rogers, C. R. (1983). *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU.
- Safra, G. (2004a). *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida: Ideias & Letras.
- Safra, G. (2004b). *Estudo sobre Santa Tereza*. São Paulo: Curso ministrado na Pós-graduação em Psicologia Clínica, PUC-SP (manuscrito).
- Simão, L. M. (2004). Semiose e diálogo: para onde aponta o construtivismo semiótico cultural? In M. T. C. C. Souza (Org.), *Os sentidos de construção: o si mesmo e o mundo* (pp.13-24). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zuben, N. A. (2003). *Martin Buber: cumplicidade e diálogo*. Bauru: EDUSC.

Recebido em: 8/5/2008  
Versão final reapresentada em: 10/3/2009  
Aprovado em: 26/5/2009

# Fatores influentes no desenvolvimento do potencial criativo

## *Factors that influence the development of creative potential*

Zélia Maria Freire de OLIVEIRA<sup>1</sup>

### Resumo

Estudo teórico que aborda alguns importantes fatores influentes no desenvolvimento do potencial criativo do ser humano (família, escola, ambiente de trabalho, contexto sociocultural e saúde do indivíduo), segundo as teorias sistêmicas da criatividade. As experiências familiares são fundamentais para a formação da pessoa, a constituição de valores, crenças, sentido crítico e criatividade. A escola é onde se passa grande parte da vida e, portanto, ideal para o desenvolvimento do potencial criativo, por meio de professores criativos que, valendo-se da criatividade, podem tornar suas aulas prazerosas e estimuladoras. As organizações, por sua vez, requerem indivíduos criativos, até por questão de sobrevivência no mercado. A criatividade também é influenciada pela cultura, dependendo da situação, das pessoas e de seus elementos constituintes. A saúde é vista como um processo de funcionamento integral de todo o ser, que aumenta e otimiza seus recursos, entre eles, a criatividade.

**Unitermos:** Aptidão. Criatividade. Desenvolvimento psicossocial.

### Abstract

*The article is a theoretical study that aims to provide an overview of the main influential factors in the development of creative potential in human beings (family, school, work environment, the socio-cultural context and health, according to systemic theories concerning creativity. Family experiences are essential for the formation of an individual, his values, beliefs, critical sense and creativity. People spend much of their lives in school, making it the perfect place for the development of creative potential through creative teachers who, when working with creativity, can make their lessons pleasant and stimulating. Organizations, in turn, require creative individuals, even as a matter of survival in the market. Creativity is also influenced by culture, depending on the situation, the people and its constituents. Health is seen as a process of the whole operation of the entire being, that enhances and optimizes his resources, including creativity.*

**Uniterms:** Ability. Creativity. Psychosocial development.

O mundo atual, com muito desenvolvimento tecnológico, científico, industrial e em tantas outras áreas, apresenta problemas ambientais, de saúde, de desorganização social e outros, o que requer criatividade

na busca de soluções. O mercado de trabalho busca pessoas criativas que saibam inovar, agir de forma rápida, criativa, competente, indo além da competição. Como acentua De Bono (1994), não basta competir, é preciso

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Educação. Campus II Universitário Darcy Ribeiro, 70790-160, Brasília, DF, Brasil. E-mail: <zeliiafreire@gmail.com>.

haver o que o autor denomina “sur/petição”, ou seja, correr além de, apresentar um diferencial. Essa ideia também é compartilhada por Kim e Mauborgne (2001), que acentuam que as empresas, em vez de olharem dentro dos convencionais limites que definem a sua competência, precisam olhar através deles para vislumbrar territórios ainda não ocupados, que representam um campo de inovação.

Paralelo a esse contexto mundial, as teorias recentes sobre criatividade - Teoria do Investimento em Criatividade, de Sternberg e Lubart (1996), Modelo Componencial da Criatividade, de Amabile (1996) e Perspectiva de Sistemas, de Csikzentmihalyi (1996) - segundo Alencar e Fleith (2003b), concebem a criatividade como um fenômeno sociocultural, apontando uma rede complexa de interações das variáveis do indivíduo com as da sociedade para a expressão criativa e a possibilidade de desenvolver o potencial criativo inerente a todas as pessoas, embora varie em tipo e grau, independentemente da idade, sexo ou condição social.

Pela teoria do Investimento em Criatividade, a criatividade provém de seis fatores distintos que se inter-relacionam e não podem ser vistos isoladamente: inteligência, estilos intelectuais, conhecimento, personalidade, motivação e contexto ambiental. O Modelo Componencial da Criatividade explica de que forma os fatores cognitivos, motivacionais, sociais e de personalidade influenciam o processo criativo. A Perspectiva de Sistemas focaliza os sistemas sociais e considera a criatividade um fenômeno que se constrói entre o criador e a sua audiência, e que se vale de três fatores: o indivíduo, portador de uma herança genética e de suas próprias experiências; o domínio, que é um sistema simbólico com um conjunto de regras para representação do pensar e do agir e que, em síntese, é a cultura; o campo, parte do sistema social que tem o poder de determinar a estrutura do domínio, cuja maior função é preservá-lo como tal.

Para Runco (2007), toda pessoa tem potencial para ser criativa, mas nem todas realizam esse potencial, por não terem oportunidades de desenvolvê-lo. A criatividade precisa ser exercitada com persistência, existindo para isso técnicas e estratégias de pensamento que auxiliam no desenvolvimento do potencial criativo (Alencar 2000a; Michalko, 2002; Virgolim, Fleith & Neves-Pereira, 2006). Brandão, Alessandrini e Lima (1998)

salientam que desenvolver o potencial criativo constitui um desafio porque o homem precisa se despir de crenças, ideias velhas e, muitas vezes, até de valores, para dar lugar ao novo; além disso, é também uma conquista, porque é a maneira de o homem, ao intuir, sentir, criar e fazer, encontrar sua essência maior, de se realizar e de exprimir o ser divino que habita sua alma. Para Michalko (2002), desenvolver o potencial criativo é ver o que ninguém mais vê, valendo-se de estratégias de saber ver e fazer com que seu pensamento se torne visível; é pensar naquilo que ninguém mais está pensando, o que envolve fluidez de ideias, fazer novas combinações, contemplar o outro lado da “moeda”, vasculhar outros mundos, descobrir novas formas de busca e, enfim, despertar o espírito de colaboração.

Sendo importante desenvolver a potencialidade criativa do homem, a fim de que possa ser o continuador do mundo e expressar o seu próprio desenvolvimento (Martínez, 1997), é necessário atentar para os diversos fatores que influenciam no desenvolvimento ou na inibição da criatividade, que, segundo Runco (2007), são de diferentes espécies, incluindo-se entre eles: família, escola, ambiente de trabalho, contexto sociocultural e saúde, que foram objetos deste estudo.

### Fator família

A família é o primeiro modelo para a criança: educadora, incentivadora, apoiadora e nutridora do seu desenvolvimento. Nos primeiros anos de vida, os atributos de personalidade dos pais, sua forma de agir e criar os filhos, o ambiente do lar e a forma de relacionamento são elementos de influência no desenvolvimento do potencial criativo. Se a família provê à criança experiências favorecedoras ao seu desenvolvimento criativo, estimuladoras de sua curiosidade natural e fortalecedoras de sua autoestima, certamente a criatividade aflorará com maior facilidade. Segundo Martínez (1995, p. 156) “existe um critério bastante generalizado de que a infância é o repositário das maiores potencialidades criativas do indivíduo, as quais, na maioria dos casos, longe de se desenvolver, são inibidas no decorrer da vida”.

Segundo Runco (2007), a influência da família é bidirecional: os pais influenciam as crianças, por exemplo, estimulando-as a visitarem museus, contemplarem

obras de arte; mas também as crianças podem influenciar os pais, quando demonstram interesse por algo e os pais respondem a isso. O autor pontua que a influência familiar é longitudinal e, por isso, muitas vezes difícil de ser pesquisada. Outra característica é ser intergeracional, sendo especialmente verdade que os valores familiares são passados de uma geração para outra; como exemplo, cita Johann Sebastian Bach, cuja família toda possuía talento musical.

Alencar e Fleith (2003a) salientam a importância de se estimular a imaginação da criança, sobretudo entre dois e seis anos, quando o jogo imaginativo ocorre com grande frequência; essa imaginação vai declinando à medida que se desenvolve a razão e o raciocínio. As autoras apontam como atitudes dos pais favorecedoras ao desenvolvimento criativo o relacionamento pais-criança não possessivo, o estímulo à independência e à autoconfiança, a estimulação dos interesses infantis e a promoção de condições de exploração dos seus interesses e de seu mundo interior. Como fatores inibidores citam o autoritarismo e a crítica constante.

Atitudes estimuladoras da criatividade por parte dos pais, segundo Amabile (1989), são: dar liberdade e independência com regras e limites justos; respeitar a individualidade de cada um e ensinar a expressar as emoções, porém sabendo ter controle emocional; estimular o desenvolvimento de valores; demonstrar que aprender não é somente ter notas altas; apreciar a criatividade e incentivá-la; possuir senso de humor; tecer críticas construtivas e não destrutivas - enfim, fazer do lar um lugar para a criatividade morar.

A experiência de Domino, em 1979, mostrou que um grupo de crianças, em que os pais permitiam uma maior independência aos filhos, era mais flexível e bem mais criativo do que o grupo de crianças escolhidas ao acaso (Alencar & Fleith, 2003a). Também Esquivel e Hodes (2003) examinaram a influência da família no desenvolvimento da criatividade, constatando que os pais mais estimuladores da criatividade aceitavam a criança como indivíduo, davam-lhe autonomia e oportunidades criativas, enquanto formavam seus hábitos e estimulavam traços da personalidade.

Embora ambientes familiares repressores, com regras rígidas de conduta e sem diálogo, sejam inibidores do potencial criativo, é interessante salientar que também lares desestruturados podem levar algumas crianças a serem criativas como uma forma de compensação

às suas frustrações. É o que indica Ochse (1990): uma porcentagem importante de indivíduos com alto grau de criatividade vem de lares com dificuldades ou defeitos. Nesse caso, a criança vê nos aspectos limitadores do ambiente uma fonte inspiradora de sua criatividade. A poetisa Cecília Meireles perdeu seus pais muito cedo e, sem ter outros irmãos, foi morar com a avó. Assim, afirmou que sua infância de menina sozinha havia lhe dado duas coisas que pareciam negativas, porém se tornaram positivas em sua vida: o silêncio e a solidão. Sem a companhia de outras crianças, ela mergulhou no mundo mágico das letras e da imaginação (Meireles, 1994).

Outro estudo, apontado por Lubart (2007), foi realizado por Sullway em 1999, cujo resultado sugere que os filhos primogênitos seriam menos abertos às experiências novas, mais responsáveis, organizados e eficientes do que os demais. Essas características se refletiam no plano da orientação profissional desses indivíduos, levando-os mais a profissões ligadas às ciências físicas e matemáticas, enquanto as ciências sociais e as carreiras políticas eram mais frequentes no domínio do irmão mais novo.

As experiências familiares são preponderantes para a formação da pessoa e a constituição de seus valores, crenças, sentido crítico - enfim, de sua criatividade. A criatividade na infância não é equivalente à criatividade da fase adulta, mas é difícil vislumbrar a possibilidade de um adulto criativo sem que tenha tido experiência criativa na infância (Feldman, Csikszentmihalyi & Gardner, 1994). As entrevistas realizadas por Alencar (2008) com três pioneiros brasileiros da Psicologia Escolar demonstraram bem a influência da família no desenvolvimento da criatividade dos entrevistados, influência esta incentivadora da curiosidade e da leitura, e ainda apontaram a questão da união e estrutura da família formadora de bons hábitos.

É indiscutível a influência que a família exerce no desenvolvimento do potencial criativo, bastante assinalada pelos teóricos e suas pesquisas. Pode incentivar a criatividade ao lidar com suas crianças, ao lhes fomentar o exercício da imaginação, da leitura, da curiosidade, ao lhes proporcionar meios de lidar com ambos os tipos de pensamento, divergente e convergente, ao ouvir suas histórias, prestar atenção aos seus desenhos e proporcionar um ambiente aberto ao criativo.

## Fator escola

Apesar da necessidade de pessoas criativas no mundo atual, Wechsler (2001) afirma que a criatividade ainda é um fenômeno pouco implementado nas escolas. Embora possa ser aplicada a qualquer disciplina, no cotidiano da sala de aula o professor não tem, de modo geral, estimulado a criatividade dos alunos, seja por deficiências em sua formação, desconhecimento de técnicas, procedimentos e metodologias incentivadoras da criatividade, seja pela extensão do currículo a cumprir.

Existem ingredientes necessários para uma produção criativa, que podem prover o aluno de oportunidades que o levem às ações ideais de aprendizagem (Renzulli, 1992). Para o autor, é fundamental a integração conjunta das estruturas primordiais do contexto educacional para propiciar a expansão da criatividade na escola: a) o professor, que deve ter domínio de sua disciplina e gostar do que faz; b) o aluno, cujas habilidades, estilos e interesses devem ser reconhecidos; c) o currículo, que deve ter, além da estrutura, conteúdo e metodologia, o apelo ao imaginário.

São características do professor criativo: ser aberto a novas experiências e mudanças, ser ousado e curioso, ter confiança em si próprio, trabalhar com idealismo e paixão, proporcionar clima criativo nas aulas, permitir ao aluno pensar, desenvolver ideias e pontos de vista e fazer escolhas, valorizar o trabalho criativo, não rechaçar os erros, mas torná-los pontos do processo de aprendizagem, considerar os interesses e habilidades dos alunos (Alencar, 2002, 2004; Alencar & Fleith, 2003a, 2003b; Antunes, 2005; Fleith, 2001; Wechsler, 2001, 2002). A essa lista, Freire e Shor (1996) acrescentam que o professor precisa ser um profissional com domínio de várias capacidades e habilidades especializadas, entre elas: a) ser dialógico, pois o diálogo é em si criativo e recriativo; b) ter pensamento crítico e desenvolver tal pensamento em seus alunos; c) trabalhar o currículo de forma flexível e contextualizada; d) ser um artista, um político, um ser criativo e dinâmico, um líder, sem autoritarismo ou dominação.

Grande parte do comportamento criativo é aprendida e pode ser estimulada, afirma Fleith (2007), e por isso o professor precisa conhecer e utilizar técnicas que estimulem o desenvolvimento da criatividade,

como as indicadas por Torrance (1987), Alencar (2000b), Buzan (2001), Michalko (2002), Alencar e Fleith (2003a), De La Torre (2003), e Virgolim et al. (2006). Muitas pesquisas sinalizam os bons efeitos de programas de treinamento em criatividade, entre elas a de Dias, Enumo e Azevedo Junior (2004), que investigaram os efeitos de um programa de criatividade sobre o desempenho acadêmico e cognitivo de 17 alunos com dificuldade de aprendizagem, das 2ª e 3ª séries do ensino fundamental de Vitória-ES, comparando-os a um grupo de controle. Os resultados indicaram uma melhora significativa no desempenho escolar do grupo que participou do treinamento. Os mesmos resultados positivos foram encontrados por Alencar (1975), com 791 alunos de 4ª e 5ª séries. Os alunos treinados obtiveram escores mais altos em fluência, flexibilidade e originalidade do que os não treinados. Também Fleith e Alencar (1992) implementaram um programa de treinamento em criatividade com 36 alunos de 2º grau e novamente foram encontrados maiores escores com o grupo treinado do que com o grupo de controle.

Apesar da importância da criatividade no contexto educacional, Alencar e Fleith (2003a) afirmam que aí persistem elementos que dificultam e, muitas vezes, inibem o desenvolvimento e a expressão da capacidade de criar, como a ênfase na reprodução do conhecimento e na memorização de ensinamentos, a indicação de apenas uma resposta correta para um problema e a pouca ênfase à imaginação e à fantasia. As mesmas pesquisadoras, em 2008, investigaram 398 professores de 1ª a 4ª série do ensino fundamental de escolas públicas e particulares, localizadas no Plano Piloto de Brasília e em outras regiões administrativas do Distrito Federal, quanto à sua percepção sobre barreiras que dificultavam e que propiciassem condições favoráveis ao desenvolvimento da capacidade criativa de seus alunos. As barreiras mais indicadas foram um elevado número de alunos em sala de aula e alunos com dificuldades de aprendizagem.

Na trajetória de vida dos entrevistados por Alencar (2008) também se evidenciou o papel influente da escola, com professores incentivadores, que ensinavam com prazer e contagiavam seus alunos com essa paixão pelo ensinar e pelo aprender. "Desde cedo, assumi meu

interesse pela educação por acreditar no valor do conhecimento e do processo criativo do ensino e da aprendizagem como alavanca para o desenvolvimento da sociedade e da cultura" (Alencar, 2008, p.271). Também Robert J. Sternberg, ao ser entrevistado por Henshon (2008), evidenciou influências da escola em sua formação: na escola elementar, o fato de não ter se saído bem em um teste de inteligência levou-o às pesquisas que orientaram sua vida, principalmente sobre a criatividade. Ele realçou o papel do professor ao estimulá-lo a não crer em tudo que lhe diziam, a ser questionador e curioso e partir em busca de desafios.

As pesquisas de Carvalho e Alencar (2004), Oliveira, E. (2007) e Oliveira Z. (2007) entre outras, apontaram que no âmbito escolar, embora haja reconhecimento da importância da criatividade e de se estimular o potencial criativo dos alunos, os professores e gestores pouco conhecem sobre o tema e suas técnicas, agindo mais intuitivamente.

O mundo atual exige uma nova imagem do professor e de sua atividade, pontua Vallejo (2003), sendo necessários uma escola aberta e um novo profissional que deem uma resposta criativa e responsável aos problemas da comunidade onde esta escola está inserida. Antunes (2005) enfatiza que a proposta de se incentivar a criatividade na escola não é para fazer do aluno um gênio, mas sim buscar desenvolver o potencial criativo de cada um, não para torná-lo o melhor, mas sim para torná-lo melhor.

Assim, é preciso que a escola vislumbre a criatividade como um meio de voltar a encantar os alunos, com aulas prazerosas, estimulando e desenvolvendo o potencial criativo que existe dentro de cada aluno. É preciso banir da escola as barreiras à expressão criativa, tornando-a formadora de cidadãos criativos para este mundo complexo em mudanças.

### **Fator ambiente de trabalho**

As organizações têm se interessado pela criatividade mais do que qualquer outro setor da sociedade, segundo Alencar e Fleith (2003a), uma vez que necessitam diversificar produtos, antecipar demandas, recrutar e reter bons empregados e melhorar a qualidade de produtos e serviços, até como questão de sobrevivência no mercado. O ambiente de trabalho influencia a criatividade, podendo desenvolvê-la ou inibi-la.

Sem menosprezar os componentes tecnológicos inerentes à inovação, Ponti e Ferráz (2006) afirmam que inovar depende do espírito imaginativo de indivíduos e equipes, da atitude criativa renovada e constante das pessoas e do incentivo dado pelas organizações em estabelecer, conscientemente, um clima criativo que possibilite a inovação. As organizações precisam ver a inovação como um processo estratégico. Também assinalam que, ao mesmo tempo em que o fluxo tecnológico permite resolver grande parte dos problemas existentes e futuros da humanidade e que se consolida um pensamento científico de gestão empresarial, a criatividade e a pró-atividade de sua direção revelam-se como chaves para transformar os fluxos de conhecimentos em soluções válidas para o mercado. Detectar, portanto, que perfis de gerentes são mais pró-ativos e incentivadores da inovação, os mais entusiastas e criativos, é um fator fundamental para efetivar a inovação organizacional. As organizações que têm capacidade inovadora devem gerir os seguintes subprocessos: a gerência de novos conceitos, o desenvolvimento de novos produtos e de novos processos, a gestão do conhecimento e da tecnologia (Ponti & Ferráz, 2006). Os mesmos autores reafirmam a importância da criatividade em todas as organizações, como uma ferramenta de sobrevivência na contemporaneidade, pois para se construir o futuro é imprescindível ser criativo no presente e ser capaz de ver aquilo que ninguém mais vê, ser um visionário e inovador.

Na mesma linha de pensamento, Cornella e Flores (2007) acentuam que não há inovação sem pessoas criativas e, mais, que independentemente do setor, do tipo de organização ou de produto, o fator definitivo para que a inovação tenha lugar é a energia da pessoa criativa. É preciso, então, que a organização aproveite essa energia, proporcionando-lhe meios para criar, "atrever-se mais", encontrar na profissão "um elemento de ruptura", dar um passo adiante e utilizar o que puder do passado, sem deixar que esse passado escravize suas ideias.

Atualmente, é muito importante o trabalho em equipes e, conseqüentemente, a criatividade grupal. Masi (2002) realça que a criatividade pode brotar não como fruto de um só indivíduo, mas de grupos e de coletividades. A criatividade grupal decorre da combinação das personalidades que compõem o grupo e daquilo que as motiva.

Uma organização criativa precisa ter capacidade de adaptação, autonomia, flexibilidade, respeitar a dignidade e o valor das pessoas, intensificar a atividade de treinamento e aperfeiçoamento de seu pessoal, realizar uma administração orientada para o futuro, saber lidar com a diversidade, incorporar criativamente novos procedimentos, políticas e experiências e valorizar as ideias inovadoras (Alencar, 1997). São desafios às organizações: a) proceder às mudanças que se fazem necessárias em culturas organizacionais há muito sedimentadas, marcadas pela resistência às novas ideias e refratárias às exigências do mundo moderno; b) conscientizar os indivíduos de sua capacidade pessoal para criar, proporcionando-lhes treinamentos estimuladores da criatividade; c) promover mudanças em comportamentos que afetam de forma adversa as relações interpessoais e o clima no ambiente de trabalho; d) construir um ambiente que valorize e cultive a criatividade.

Entretanto, também nas organizações existem barreiras à criatividade: estruturais, sociais e políticas, processuais, de recursos e individuais, segundo Alencar e Fleith (2003a). Amabile (1999, p.116) acentua que é frequente ver a criatividade ser mais destruída do que estimulada: "Sufocar a criatividade é fácil. Difícil é estimulá-la". Segundo pesquisa de Bruno-Faria e Alencar (1996) com 25 funcionários de diferentes organizações, foram apontados como elementos estimuladores ou inibidores à criatividade: o ambiente físico, o sistema de comunicação empresarial, a existência de desafios, a estrutura organizacional, o estilo de trabalho e de participação, os recursos tecnológicos e materiais, os salários e benefícios, o suporte da chefia, do grupo e da organização e o treinamento.

Não basta que a pessoa passe por um treinamento ou receba instrução para que desenvolva e expresse o seu potencial criativo, é também necessário construir um ambiente que valorize e cultive a criatividade. Criatividade não é algo que acontece por acaso; ela pode ser deliberadamente desenvolvida, gerenciada, monitorada com vistas a alcançar as metas individuais e da organização. A criatividade hoje é tida como a nova moeda de mercado, como nova força motriz e, decorrente disso, cresce o prestígio dos profissionais comprometidos com a inovação, o *design*, a imaginação e as ideias, uma classe que corresponde a 30% da força de trabalho nos Estados Unidos e 10,9% no Brasil (Rodrigues, 2007).

A criatividade no contexto do trabalho é uma necessidade organizacional de sobrevivência no mercado e de adaptabilidade ao mundo em mudança constante. Por isso, é imprescindível um clima favorável à criatividade, um ambiente que estimule os empregados a serem criativos, inovadores, participativos e parceiros na busca das metas organizacionais.

### Fator contexto sociocultural

A criatividade, conforme Cropley (2006), não só é determinada por critérios sociais, mas também os determina. O produto é a face pública da criatividade e precisa ser examinado pela sociedade e receber ou não o aval dela. Ainda Cropley (2005) enfatiza que a sociedade não é simplesmente um receptor passivo dos produtos das pessoas criativas, mas ela própria determina que espécie de novidade deve ser produzida.

A cultura é um conjunto constituído por padrões de comportamento, crenças, conhecimentos, costumes, que são transmitidos de geração a geração e que distinguem um grupo social, bem como estruturam os indivíduos a interagirem com seu ambiente psíquico e social (Houaiss, 2001; Lubart, 2007). A Perspectiva de Sistemas de Csikszentmihalyi (1996) apresenta o domínio como um de seus componentes, consistindo de um conjunto de regras e procedimentos simbólicos estabelecidos culturalmente, ou seja, conhecimento acumulado, estruturado, transmitido e compartilhado em uma sociedade ou por várias sociedades; os domínios podem ser modificados mediante contribuições criativas (Alencar & Fleith, 2003a). Um produto novo, criativo, diferente, original, pode ou não ser aceito socialmente, dependendo da cultura. Um exemplo típico disso foram as pinturas de Van Gogh, cuja genialidade só foi reconhecida após sua morte. Existem também diferenças entre as culturas. Segundo Niu e Sternberg (2002), existe uma diferença entre a cultura ocidental e a oriental no modo de encarar o que é criatividade e na definição de sua origem. No ocidente, há duas origens para a criatividade: uma baseia-se na criação bíblica por Deus e a outra na inspiração grega das musas. Na China, provém da ideia de produção e renovação infinita da natureza, as mutações do *Tao*, *Tai-Chi* ou *Ying/Yang*.

Também no tocante às diferenças de enfoques, os orientais incluem em suas concepções de criati-

vidade os valores sociais e morais, o coletivismo e maior valor à conexão novo e velho. Ainda, executam atividades criativas diferentemente dos ocidentais, e as razões para isso podem estar ligadas aos valores sociais, educação e grau de modernização. Já os ocidentais tendem a focar características individuais, sucessos pessoais, gosto estético e humor.

Outras diferenças entre as culturas quanto à promoção ou inibição da atividade criativa foram analisadas por Lubart (2007). A existência de inventores, por exemplo, em uma determinada geração e sociedade, prediz o nível de criatividade das gerações subsequentes. Além disso, o autor afirma que a proximidade de vários centros de trocas e atividades culturais e industriais pode ser um incentivador de uma cultura mais criativa. Ainda para Lubart (2007), uma cultura pode: a) incentivar ou inibir a criatividade, dependendo da situação, das pessoas e de seus elementos constituintes; b) favorecer maior ou menor quantidade de atividades criativas; c) levar homens e/ou mulheres às artes; d) indicar formas que vão tomar a expressão criativa em cada área; e) modular a atividade criativa; f) permitir o afastamento das normas tradicionais pela expressão criativa; g) fazer com que a expressão criativa demonstre algumas características daquela cultura.

Os progressos recentes criaram riquezas e outros meios culturais. As modernas tecnologias provocaram mudanças quanto à forma de abordar uma tarefa criativa, e a informática possibilita novas visões criativas e novas formas de expressão (Lubart, 2007). Pode-se afirmar, com Lubart (1999), que a análise da criatividade em diversas culturas mostra que a criatividade é dependente do contexto. A cultura influencia a definição e o processo de criatividade, possuindo um conjunto de características que podem facilitá-la ou inibi-la.

### **Fator saúde**

Osho (1999) enfatiza que a criatividade é a essência da verdadeira saúde e que todas as pessoas saudáveis são criativas. A saúde é vista como um processo de funcionamento integral de todo o ser, que aumenta e otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade aos diferentes agentes e processos causadores da doença (González Rey, 1993). Saúde, portanto, não é sinônimo de ausência de doença ou sin-

tomas, mas sua definição leva a um conjunto de características relacionadas às condições biológica, subjetiva e sócio-histórica do homem. Martínez (2007) afirma que esse novo enfoque de saúde possibilita relacioná-la à criatividade. O vínculo entre criatividade e saúde é complexo e não linearmente causal. É possível vê-lo em duas dimensões: a primeira delas liga-se à emoção e afirma mesmo que “a criatividade é, antes de tudo, um importante espaço de produção de emoções”; a segunda refere-se às configurações subjetivas associadas aos processos de criatividade e de saúde. A autora aponta como consequência ser possível analisar o processo de desenvolvimento da criatividade como fonte de promoção da saúde (Martínez, 2007, p.60). Desenvolver a criatividade inclui reconhecer e definir espaços próprios e saudáveis do sujeito, “na medida em que se associam as características subjetivas relacionadas com a saúde e à produção de estados emocionais que favorecem o bem-estar do sujeito e se opõem aos processos de doença” (Martínez, 2007, p. 61).

Muitas correntes psicológicas defendem que o impulso criativo leva o homem para a ação criativa em face de conflitos e tensões, e ainda que a criatividade é um fator para a promoção da saúde mental do indivíduo (Virgolim, 2007). A autora cita Maslow que, estudando pessoas saudáveis psicologicamente, demonstrou que o homem vale-se da motivação para crescer, desenvolver-se e realizar o seu *self*. Também aponta May, para quem a criatividade é o encontro do ser humano intensamente consciente com o mundo, e o processo criativo é a expressão da saúde emocional da pessoa em realizar algo novo.

Conforme Runco (2007), a relação entre saúde e criatividade tem sido debatida por anos, mas frequentemente o debate tem vislumbrado apenas um lado, o que analisa a criatividade e as psicopatologias e loucura, enquanto a relação entre criatividade e saúde propriamente dita é tida como surpreendentemente complicada. Apesar das associações de criatividade à saúde, há muitos estudos sobre criadores eminentes que eram portadores de doenças mentais ou desajustes psicológicos, como o escritor francês Balzac e o cientista John Forbes Nash. Cropley (2005) pontua que a conexão entre criatividade e loucura é uma das velhas abordagens na psicologia moderna e já foi alvo de investigações empíricas há mais de cem anos atrás. Lubart (2007) aponta

estudos que relacionaram a criatividade à perturbação mental e levanta a hipótese de que certos fatores que favorecem a criatividade seriam igualmente os fatores vulneráveis aos transtornos mentais, especialmente às psicoses maníaco-depressivas e à esquizofrenia. Entretanto, ele mesmo afirma que a equação entre inteligência criativa e pensamento psicótico é controversa.

A criatividade acontece quando há fatores ambientais estabilizantes e de contensão; porém, se os fatores ambientais são estressantes e causam desequilíbrio, a produção é incompreensível e acontecem os transtornos mentais (Lubart, 2007). Corroborando esta ideia a afirmação de Rothenberg (1990) de que, embora haja profissionais interessados em encontrar valores artísticos em insanos, isso não justifica fazer-se uma ligação entre capacidade criadora e doenças mentais.

É fato que doenças e emoções, principalmente as negativas, fazem com que a realidade seja modificada pela alteração dos filtros pessoais sensoriais e perceptivos e têm um efeito sobre a criatividade, podendo afetá-la positiva ou negativamente, alterando o processo e a produção criativa. Exemplificando, após a morte da filha Maria Julieta, o poeta Carlos Drummond de Andrade perdeu a razão de viver, a vontade de escrever e de produzir (Andrade, 2002). Cabe realçar que a saúde, sob o sentido de funcionamento total e integral do ser humano, é facilitadora da expressão criativa.

## Considerações Finais

A criatividade leva a um processo de mudança e desenvolvimento pessoal e social, e deveria fazer parte da vida de cada um, bem como ser sempre incentivada em todos os ambientes onde a pessoa vive. A pessoa que quer se tornar criativa deve buscar novos caminhos, ser inovadora, ousada, curiosa, apaixonada pelo que faz e correr atrás de sonhos. Nessa caminhada são muitos os fatores influentes, sendo a família, a escola, o ambiente de trabalho, o contexto sociocultural e a saúde alguns deles, todos com importância no desenvolvimento do potencial criativo. Como enfocam as teorias sistêmicas, há outros fatores influentes que não foram tratados neste artigo, como a herança genética, as motivações intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo, sua personalidade; entretanto, procurou-se focar apenas alguns fatores importantes no desenvolvimento do potencial criativo do indivíduo.

Daí ser preponderante haver mais esclarecimentos sobre criatividade em todos os contextos, para que, conscientes, as pessoas possam desejar o desenvolvimento de seu potencial criativo e se desvencilhar dos mitos da criatividade. Nas instituições de ensino, é preciso que os professores sejam conscientizados da relevância de se estimular a criatividade nos alunos. Também as organizações precisam adotar visão criativa, estimulando-a em seus recursos humanos, até por questão de sobrevivência nesse mercado cada vez mais competitivo.

Não são todas as pessoas que possuem a capacidade de fazer algo grandioso, notável, como os grandes gênios e ganhadores do prêmio Nobel, mas todas possuem um potencial criativo dentro de si, podendo desenvolvê-lo e usar essa capacidade criadora em sua própria vida, no seu trabalho, no seu cotidiano.

Criatividade ainda é um tema que necessita mais pesquisas e, inclusive, o estudo sobre os fatores influentes no desenvolvimento do potencial criativo, que são muitos. Mesmo assim, já é possível perceber que é preciso investir na criatividade das pessoas, divulgar mais o assunto, para que se conscientizem de sua importância e possam buscar meios para seu desenvolvimento, de modo que os ambientes frequentados pela maioria das pessoas possam contribuir para que sejam mais criativas.

Concluindo, fica o convite para que todas as pessoas busquem desenvolver o seu potencial criativo e conheçam técnicas que lhes possibilitem alcançar esse desenvolvimento, pois a criatividade é acessível a todos e são muitos os desafios e problemas do mundo contemporâneo que carecem de respostas criativas.

## Referências

- Alencar, E. L. S. (1975). Efeitos de um programa de criatividade em alunos de 4ª e 5ª séries. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 27, 3-15.
- Alencar, E. M. L. S. (1997). *A gerência da criatividade*. São Paulo: Makron Books do Brasil.
- Alencar, E. M. L. S. (2000a). O perfil do professor facilitador e do professor inibidor da criatividade segundo estudantes de pós-graduação. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 19 (1), 84-94.
- Alencar, E. M. L. S. (2000b). *O processo da criatividade*. São Paulo: Makron Books do Brasil.

- Alencar, E. M. L. S. (2002). O contexto educacional e sua influência na criatividade. *Linhas Críticas*, 8 (15), 165-178.
- Alencar E. M. I. S. (2004). *Como desenvolver o potencial criador*. Petrópolis: Vozes.
- Alencar E. M. I. S. (2008). A trajetória de vida de três pioneiros brasileiros da psicologia escolar. *Psicologia Escolar Educacional*, 12 (1), 265-278.
- Alencar, E. M. L. S., & Fleith, D. S. (2003a). *Criatividade: múltiplas perspectivas* (3a. ed.) Brasília: EdUnB.
- Alencar, E. M. L. S., & Fleith, D. S. (2003b). Contribuições teóricas recentes ao estudo da criatividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (1), 1-8.
- Amabile, T. M. (1989). *Growing up creative*. Buffalo, NY: The Creative Education Foundation.
- Amabile, T. M. (1996). *Creative in context*. Boulder, CO: Westview Press.
- Amabile, T. M. (1999). Como não matar a criatividade. *HSM Management*, 3 (12), 110-117.
- Andrade, C. D. (2002). *Sentimento do mundo* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Antunes, C. (2005). *A criatividade em sala de aula*. Petrópolis: Vozes.
- Boden, M. A. (1999). *Dimensões da criatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Brandão, C. R., Alessandrini, C. D., & Lima, E. P. (1998). *Criatividade e novas metodologias* (Série temas transversais, 4). Peirópolis: Fundação Peirópolis.
- Bruno-Faria, M. F., & Alencar, E. M. L. S. (1996). Estímulos e barreiras à criatividade no ambiente de trabalho. *Revista de Administração da USP*, 31 (2), 50-61.
- Buzan, T. (2001). *O poder da inteligência criativa*. São Paulo: Cultrix.
- Carvalho, O., & Alencar, E. M. L. S. (2004). Elementos favorecedores e inibidores da criatividade na prática docente, segundo professores de geografia. *Psico*, 2 (35), 213-221.
- Cornella, A., & Flores, A. (2007). *La alquimia de la innovación*. Barcelona: Deusto.
- Cropley, A. J. (2005). *Creativity, in education and learning: a guide for teachers and educators*. London: Routledge Falmer.
- Cropley, A. J. (2006). Dimensions of creativity. *Roeper Review*, 28 (3), 125-130.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity*. New York: Harper Collins.
- De Bono, E. (1994). *Criatividade levada a sério*. São Paulo: Livraria Pioneira.
- De La Torre, S. (2003). *Dialogando com a criatividade*. São Paulo: Madras.
- Dias, T. L., Enumo, S. R. F., & Azevedo Junior, R. R. (2004). Influências de um programa de criatividade no desempenho cognitivo e acadêmico de alunos com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia em Estudo*, 3 (9), 429-437.
- Esquivel, G. B., & Hodes, T. G. (2003). Creativity, development and personality. In J. Houtz (Org.), *The educational psychology of creativity* (pp.135-165). Cresskill, N.J.: Haptom Press.
- Feldman, D. H., Csikszentmihalyi, M., & Gardner, H. (Orgs.). (1994). *Changing the world: a framework for the study of creativity* (pp. 69-84). Westport, CT: Praeger.
- Fleith, D. S. (2001). Criatividade: novos conceitos e idéias, aplicabilidade à educação. *Revista Cadernos de Educação Especial*, 17, 55-61.
- Fleith, D. S. (2007). A promoção da criatividade no contexto escolar. In A. Virgolim (Org.), *Talento criativo: expressão em múltiplos contextos* (pp.145-157). Brasília: EdUnB.
- Fleith, D. S., & Alencar, E. M. L. S. (1992). Medidas de criatividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3 (8), 319-326.
- Freire, P., & Shor, I. (1996). *Medo e ousadia: o cotidiano do professor*. São Paulo: Paz e Terra.
- Gardner, H. (1994). The creators' patterns. In M. Feldman, M. Csikszentmihalyi & H. Gardner (Orgs.), *Changing the world: a framework for the study of creativity* (pp.69-84). Westport, CT: Praeger.
- González Rey, F. (1993). *Salud, personalidad y modo de vida*. Caracas: Fondo Editorial de la Facultad de Humanidades de la Universidad Central de Venezuela.
- Henshon, S. (2008). Adventurous navigator of the dimensions of high ability: an interview with Robert J. Sternberg. *Roeper Review*, 30 (2), 75-80.
- Houaiss, A. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Kim W. C., & Mauborgne, R. (2001). Creating new market space. In *Harvard business review on innovation* (pp.1-30). Boston: Harvard Business School Publishing Corporation.
- Lubart, T. (1999). Creativity across cultures. In R. J. Sternberg (Org.), *Handbook of creativity* (pp.339-350). New York: Cambridge University Press.
- Lubart, T. (2007). *Psicologia da criatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Martínez, A. M. (1995). Como desarrollar la creatividad em la escuela. In A. M. Martínez (Orgs.), *Pensar y crear: estrategias, programas y métodos* (pp.156-208). Havana: Editorial Academia.
- Martínez, A. M. (1997). *A criatividade, personalidade e educação*. São Paulo: Papyrus.
- Martínez, A. M. (2007). Criatividade e saúde nos indivíduos e nas organizações. In A. Virgolim (Org.), *Talento criativo: expressão em múltiplos contextos* (pp.53-64). Brasília: EdUnB.
- Martins, E. (2002). *Ciência hoje das crianças 2002*. Recuperado em 31 maio, 2004, disponível em <http://www.2.vol.com.br/cienciahoje/che/drumond2.htm>
- Masi, D. (2002). *Criatividade e grupos criativos*. Rio de Janeiro: Sextante.
- May, R. (1982). *A coragem de criar* (3a. ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Meiros, C. (1994). *Poesia completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar.

- Michalko, M. (2002). *Los secretos de los genios de creatividad*. Barcelona: Gestión 2000.com.
- Niu, W., & Sternberg, R. (2002). Contemporary studies on the concept of creativity: the east and the west. *The Journal of Creative Behavior*, 36 (4), 269-284.
- Ochse, R. (1990). *Before the gates of excellence: the determinants of creative genius*. New York: Cambridge University Press.
- Oliveira, Z. M. F. (2007). *Criatividade na formação de professores do curso de letras*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Católica de Brasília.
- Oliveira, E. L. L. (2007). *Criatividade e escola: uma articulação necessária limites e possibilidades segundo gestores e orientadores educacionais*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Católica de Brasília.
- Ponti, F., & Ferraz, X. (2006). *Pasión por innovar*. Barcelona: Granica.
- Renzulli, J. S. (1992). A general theory for the development of creative productivity in young people. In F. Mönks & W. Peters (Orgs.), *Talent for the future* (pp.51-72). Assen/ Maastricht, The Netherland: VanGorcum.
- Rodrigues, C. (2007, junho 1). Criatividade é a nova moeda. *Jornal Valor Econômico, Caderno especial de fim de semana*, 348, 4-7
- Rothenberg, A. (1990). *Creativity and madness: new findings and old*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Runco, A. M. (2007). *Creativity, theories and themes: research, development, and practice*. San Diego: Elsevier.
- Sternberg, R., & Lubart, T. (1996). Investing in creativity. *American Psychologist*, 51 (7), 677- 688.
- Torrance, E. P. (1987). Teaching for creativity. In S. G. Isaksen & S. G. (Orgs.), *Frontiers of creativity research: beyond the basics* (pp.189-215). Buffalo, NY: Bearly Limited.
- Vallejo, J.M.B. (2003). *Escola aberta e formação de professores*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Virgolim, A. (2007). Prefácio. In A. Virgolim (Org.), *Talento criativo: expressão em múltiplos contexto* (pp.19-27). Brasília: EdUnB.
- Virgolim, A. M. R., & Fleith, D. S., & Neves-Pereira, M. S. (2006). *Toc, toc... plim, plim!* Campinas: Papirus.
- Wechsler, S. M. (2001). A educação criativa: possibilidade para descobertas. In S. Castanho, S. & M. E. Castanho (Orgs.), *Temas e textos em metodologia do ensino superior* (pp.165-170). Campinas: Papirus.
- Wechsler, S.M. (2002). *Criatividade: descobrindo e encorajando*. Campinas: Livro Pleno.

Recebido em: 4/6/2008

Versão final reapresentada em: 18/6/2009

Aprovado em: 3/9/2009

# Instruments for assessing social phobias in infants and adolescents in the Portuguese language

## *Instrumentos de avaliação da fobia social para crianças e adolescentes em língua portuguesa*

Gabriel José Chittó **GAUER**<sup>1</sup>

Cristine **BOAZ**<sup>1</sup>

Prisla Ücker **CALVETTI**<sup>1</sup>

Leonardo Machado da **SILVA**<sup>1</sup>

### Abstract

The diagnosis of social phobia is the most prevalent of the anxiety disorders. Some diagnostic evaluation tools have been validated in Brazil targeting more precise and specific evaluations for each age group. The main objective of this study is to review the tools for assessing social phobias in infants and adolescents, currently validated in Brazil. The most commonly used tools and their purpose to evaluate social phobias are discussed, as well as their interventions. With this goal in mind, a bibliographical review was conducted in databases. The existence was observed of a significant number of studies about tools that have already been evaluated for the assessment of social phobias in infants and adolescents, though with little relevance and narrow application in the clinical setting. Psychotherapeutic interventions for social phobias in Brazil show themselves to be structured and systematic, though there has been no widely employed, validated protocol to help the diagnosis.

**Uniterms:** Adolescents. Evaluation. Children. Social phobia.

### Resumo

*O diagnóstico de fobia social é o mais prevalente dentre os transtornos de ansiedade. Alguns instrumentos de avaliação diagnóstica vêm sendo validados no Brasil visando a avaliações cada vez mais precisas e específicas para cada faixa etária. O objetivo deste estudo foi revisar os instrumentos de avaliação da fobia social para crianças e adolescentes validados no Brasil e fazer uma discussão sobre os mais utilizados, bem como sobre as intervenções para este transtorno. Com este objetivo, foi realizada uma revisão bibliográfica em bases de dados. Pôde-se observar um número significativo de estudos sobre instrumentos validados para avaliação de fobia social para crianças e adolescentes, porém com pouca expressão e utilização clínica. Em relação à intervenção da fobia social, o Brasil se destaca nas intervenções psicoterapêuticas estruturadas para auxiliar na melhora do transtorno, embora nenhum protocolo desenvolvido e validado no Brasil tenha sido encontrado neste estudo.*

**Unitermos:** Adolescentes. Avaliação. Crianças. Fobia social.

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, 6681, prédio 11, Sala 931, Jd. Botânico, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: G.J.C. GAUER. E-mail: <ggauer@pucrs.br>.

It is considered a normal behaviour for a human being to express social fear at some point in the course of their lives. Social anxiety disorder is manifested in social situations, where anxiety levels rise in the presence of others and it increases with the formality of the situation. It is usually manifested in social interactions combined with the need of social performance, where the individual feels embarrassed, exposed and tries to avoid such situations (American Psychiatric Association - APA, 1994).

The current definition of social phobia is characterized as a marked and persistent fear of one or more social or performance situations where the person is exposed to unfamiliar people or to possible scrutiny by others. The individual fears to react in a way not to show his/her anxiety and attempts to avoid the feeling of embarrassment and humiliation originated from that behaviour (Beidel & Turner, 1998).

Social phobia is a predominant diagnosis in many epidemiologic studies in the world, as well as in Brazil. Its chronicity and disabling effect is often associated with other disorders (Picon, 2003). The occurrence of social phobia is often associated with major depression and suicides. Suicidal attempts occur frequently in the course of depression, although mostly when combined with social phobia. This disorder also shows high association with alcohol abuse/addiction and somatoform disorder (Briquet's Syndrome) (Vielete, Coutinho & Figueira, 2004).

Based on populational epidemiologic studies, social phobia is considered the most prevalent within the anxiety disorders. Its multiple causes and etiologic model is still to be clarified (Beidel & Turner, 1998; Katzelnick & Greist, 2001; Kessler et al., 1994). Epidemiological data are also difficult to be obtained based on the diagnostic interviewing techniques currently being utilized. Due to its costly and lengthy methods, many instruments to better diagnose social phobia have become a necessity in order to optimize research and increase the number of studies (Vielete et al., 2004).

Social anxiety may be harmful for the individuals in either short or long term exposure when performing daily activities. Besides, it may prevent the development of abilities and other skills in infants, which could affect their normal adult behaviour, especially in social environments (Gauer, Zogli, Beidel, & Rodríguez, 2006).

Current literature in Social Phobia considers the Cognitive-Behaviour Therapy (CBT) as the treatment of excellence. Interventions in this form of therapy aim specifically at: reducing the anticipatory anxiety in fear-related social situations, tackling the physiological symptoms occurred on the course of anxiety, reducing negative self-evaluative cognitions, as well as towards other people, reducing the social-avoidance excuses, treating the associated disorders, reducing patient's social limitations and to improve patient's quality of life. In cases of restricted phobias, the systematic exposure technique has been shown high levels of efficacy. For generalized phobia, the most efficient method of treatment is a combination of both cognitive and behaviour techniques, which have been shown satisfactory overall results and lower probability of recurrence. Each patient needs to be assessed on an individual basis, as CBT techniques may vary depending on the person's technical and functional evaluation (Picon & Gauer, 2003). These researchers highlight the wide use of the following cognitive techniques: 1) acquaintance with the cognitive model; 2) self-processing change, and 3) cognitive re-building. In their opinion, behaviour techniques should be used together with cognitive in order to obtain higher efficacy and longer term results, especially in the generalized subtype of anxiety.

Kapczinski et al. (1999) also suggest the most suitable behaviour techniques to be utilized. Amongst the commonly used are the *in vivo* systematic exposure, breathing training, progressive muscle relaxation, change the focus of attention and training in social skills in order to ease the individual's insertion in social contexts, promoting a more efficient *repertoire* to reduce the anxiety facing social interactions.

According to the current scientific literature regarding psychological treatment to social phobia, it was found that there is no current protocol to help assessing this condition and no other instrument in the Portuguese language adapted to the Brazilian reality. The publications in such format are normally created in foreign countries that have a more generic approach to treat social phobia (Beck, 1997) and the same is found in Portugal. However, there are significant studies seeking to make available new clinical instruments to help the investigation of this condition. Gauer, Picon, Vasconcellos, Turner and Beidel (2005) searches the validation for Portuguese of the *Social Phobia and Anxiety Inventory*

for Children (SPAI-C), and Vilete, Figueira and Coutinho (2006) attempts the validation to Portuguese of the *Social Phobia Inventory* (SPIN).

This study aims to review the current literature about validated instruments designed to diagnose social phobia in infants and adolescents which are in the Portuguese language.

## Method

In order to investigate this subject in Brazil and Portugal, a literature review was performed with the help of various database, using the following descriptions: "social phobia and evaluation in children"; "social phobia and evaluation and adolescents"; "social phobia and assessment and children"; "social phobia and assessment and adolescents"; "social phobia and intervention and children"; "social phobia and intervention and adolescents" in the period of year 2000 until March 2008. This search was performed in January 2008 in the following database: Medline, SciELO, Proquest, PsycInfo, EBSCO, Journal Citation Reports. No studies were found to have been performed in Portugal in either search engine. Besides, several post-graduate Psychology departments from Portuguese universities were contacted by the authors via email in order to obtain information relevant the subject but there was no reply.

## Results and Discussion

Within the scope of instruments found in the review, the SPAI-C was the only specific instrument for the evaluation of social phobia in infants and adolescents in Brazil currently in use (Gauer et al., 2006). Developed by Beidel and Turner (1998), it embraces the somatic, cognitive and behavioural aspects of infants and adolescents in different social approaches, from eight to fourteen years-old and who are studying up until the third scholar year. It can be used both as clinical settings and as an investigative tool in research.

The SPAI-C is constituted by twenty-six items; some of them include a multiple answer option, using a Likert scale which allows the evaluation of how frequent the symptom is experienced. The maximum score is 52, indicating a high incidence of anxiety behaviours in a

wide variety of social environments. In addition to its quantitative aspect, the scale could be used qualitatively when examining the pattern of answers in different social contexts. In the studies performed using the SPAI-C, the internal consistency was high (Cronbach Alpha of 0,95), re-test reliability ( $r=0,86$ ), as well as adequate re-test stability after a 10 month-period ( $r=0,63$ ). There is practically no reliability difference between boys and girls. The instrument was also submitted to external validation, convergence and discriminative tests, showing its capability to differentiate children with social phobia to those of other psychiatric diagnosis. There was also a positive correlation of SPAI-C items with anxiety and other scales measuring the daily situations in which anxiety could arise in infants (Gauer et al., 2005).

The SPAI-C validation process to the Portuguese language was authorized by the Multi-Health Systems Inc. (USA) and included the translation and retro-translation of the original material in English by Gauer et al., (2000), both were analyzed by a bilingual Child Psychiatrist. Lately, both versions were sent to the original authors for further approval. The instrument was then used in 1952 Brazilian children in scholar age, ranging from 8 to 14 years of age, studying between third and eight year, both from public and private schools in the city of Porto Alegre. Re-test and reliability results were of similar statistical consistence in comparison with the original version in English. Pearson's correlation was 0,883 and Cronbach's Alfa was 0,981 in the totality of the sample (Gauer, Picon, Turner & Beidel, 2003). After the study with a populational sample, a study is being conducted in order to obtain a discriminative validation. The scores from SPAI-C of a group of infants with social phobia is compared with scores from children with Conduct Disorder and without any other mental health problems. It can also be inferred that for the purpose of validation of this scale, in a clinical sample, it can also be utilized as basis for other similar measures which utilize another method. This is known as convergent validation.

In a study performed by Gauer et al. (2007), an attempt was made to check if SPAI-C was sensitive enough to be utilized as an instrument to differentiate clinical changes. The researchers included a group of 20 adolescents of both gender (14 girls and 6 boys) who had been diagnosed for social phobia with the use of

the Brazilian version of the "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, epidemiological version for School Aged-Children (K-SADS-E)". The simple was submitted to a pharmacological intervention for a period of 12 weeks. In time 1 (pre-treatment) the average score was 33,6 (Standard Deviation - SD 7,8); in the second week, the score was 31,2 (SD 9,8); in the fourth week, the average score was 29,1 (SD 12,0); in the eighth week the score was 22,6 (SD 12,9); and in the twelfth week the average score was 19,6 (SD 12,5). Using the Bonferroni multiple analysis, it was found a significant reduction of SPAI-C total scores in the weeks 8 and 12 in comparison to pre-treatment (weeks 2 and 4) ( $F(4,16)=6,017$ ;  $p=0,004$ ). This study highlight that SPAI-C is a sensitive instrument to detect sensible clinical changes in adolescents with social phobia.

Depending on age, SPAI could also be utilized with adolescents, as reported by Olivares, García-Lopez, Hidalgo, Turner and Beidel (1999) in studies to validate the test in Spain in a sample constituted by adolescents. In Brazil, the SPAI, validated by Picon et al. (2005) is designed for the adult population, although it could be performed by adolescents, as long as they have finished the last secondary school year and are at least 17 years-old.

It was also found in the literature the use of K-SADS-E, a semi-structured interview designed to detect and register psychopatologic episods, including those for social phobia, in infants ranging from 6 to 17 years of age, diagnosed under DSM-III and DSM-III-R criteria. In the K-SADS-E the general classification is obtained during individual interviews, firstly with the parents and then with the respective children, where a short report is obtained based on all available sources of information. Each session in the K-ADS-E begins with a brief description of the condition it is referring to, following by a list of items describing the symptoms of such condition. The interviewer addresses each question with appropriate vocabulary for children and adolescents and the words are again changed when the interview is performed with the parents. There is also a possibility for open questions in order to help to accurately diagnose the individual. Although the questions are formulated in the present and past, the scope permits the evaluation which encompasses the whole life cycle (Mercadante et al., 1995).

In a study performed by Manfro et al. (2003), the focus was the evaluation of traumas and presence of anxiety disorders in the infancy involving twenty-four adult patients with social phobia, and their possible influence for the outcome of the condition. The K-SADS was the instrument of choice, and the researchers reported that 50% of the patients had a history of trauma prior to their 16 years of age. According to their conclusions, the instrument consisted in a reliable option to help diagnosing anxiety disorders such as social phobia.

It was also found the use of the social phobia inventory (SPIN) - Portuguese version, in a research carried out with adolescents in Brazil. The instrument was originated in England and consists of seventeen items covering topics such as fear, social avoidance behaviours and somatic symptoms, in both performance and social interaction scenarios. The individual is requested to answer how much each item (situations or symptoms) of the questionnaire had had any impact in their lives the week before, with 5 answers ranging from "never" to "always". The scores vary from 0 to 4 each question and from 0 to 68 in overall (Osório et al., 2004; Vilete et al., 2006).

Following the importance of more standardised instruments to help diagnosing Social Phobia, it was found beneficial that protocols could be translated to Brazilian Portuguese, like the one utilized by Olivares (2005) in interventions with adolescents. It was found necessary the validation of other instruments for evaluation, such as the Social Anxiety Scale (SAS-S) for adolescents, validated in Spain and lately utilized by Olivares-Olivares, Rosa-Alcazar and Olivares-Rodriguez (2007).

## Conclusion

In Brazil, there has been no significant validation of instruments for clinical use developed with the purpose of assessing social phobia to the present date. It was found the use of SPAI-C for children's evaluation and both SPAI and SPAI-C for adolescents as main references to diagnose social phobia.

In clinical settings, CBT techniques have demonstrated to be an efficient method of treatment in both Brazilian and international studies. Nevertheless, no validated or developed protocol was found in Brazil

or Portugal for the assessment of social phobia. It is then concluded that there is still no model for intervention in the treatment of this condition in these countries and that further studies aiming to develop/validate relevant protocols are in much demand.

## References

- American Psychiatric Association. (1994). Task force on nomenclature and statistics. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4. Washington: APA.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: nature and treatment of social phobia*. Washington: American Psychological Association.
- Gauer, G. J. C., Picon, P., Turner, S. M., & Beidel, D. (2003). Social phobia and anxiety inventory for Children (SPAI-C) validation in a Brazilian children sample. In *American Psychiatric Association, Annual meeting*, Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Gauer, G. J. C., Picon, P., Vasconcellos, S. J. L., Turner, S. M., & Beidel, D. (2005). Social phobia and anxiety inventory for Children (SPAI-C) validation in a Brazilian children sample. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38, 795-800.
- Gauer, G. J. C., Picon, P., Oliveira, M. S., Rodríguez, J. O. Dias, H.Z.J., Isolan, L.R., et al. (2007). Avaliação de mudanças clínicas através do Inventário de Fobia Social para crianças em uma amostra de adolescentes com ansiedade social: dados preliminares. *Anais do XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria*. São Paulo.
- Gauer, G. J. C., Zogbi, H., Beidel, D., & Rodríguez, J. (2006). Fobia social na infância e adolescência: aspectos clínicos e de avaliação psicométrica. *Revista Psico*, 37 (3), 263-269.
- Kapczinski, F., Silveira, R., Picon, P., Fichbein, B., Gauer, G. J. C., Juruena, M. F., et al. (1999). Terapia cognitivo-comportamental e farmacológica da fobia social: uma revisão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 21 (1), 52-65.
- Katzelnick, D. J., & Greist, J. H. (2001). Social anxiety disorder: an unrecognized problem in primary care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (11), 11-16.
- Kessler, R., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives General Psychiatry*, 51 (1), 8-18.
- Manfro, G. G., Isolan, L., Blaya, C., Maltz, S., Heldt, E., & Pollack, M. (2003). Relação entre fobia social na vida adulta e ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (2), 55-60.
- Mercadante, M. T., Asbahr, F., Rosário, M. C., Ayres, A. M., Ferrari, M. C., & Karman, L., (1995). *K-SAD: entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da Infância: versão epidemiológica*. São Paulo: Protoc.
- Olivares, J. (2005). *Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Olivares, J., García-Lopez, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1999). The Social phobia and anxiety inventory: reliability and validity in an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21 (1), 67-78.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcazar, A. I., & Olivares-Rodríguez, J. (2007). Validez social de la intervención en adolescentes con fobia social: padres frente a profesores. *Terapia Psicológica*, 25 (1), 63-71.
- Osório, F. L., Crippa, J. A. S., Zuardi, A. W., Graeff, F. G., Busatto, G., Pinho, M., Mazza, M., et al. (2004). Inventário de Fobia Social (SPIN): validação para o Brasil. *Anais do XXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria* (pp. 3-7), Salvador.
- Picon P. (2003). Terapia cognitivo comportamental do transtorno de ansiedade social. In R. M. Caminha, R. Wainer & M. Oliveira (Orgs.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática* (pp.129-144). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Picon, P., & Gauer, G. J. C. (2003). Fobia social. In A. C. Neto, G. J. C. Gauer & N. R. Furtado. (Orgs.), *Psiquiatria para estudantes de medicina* (pp.422-429). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Picon, P., Gauer, G. J. C., Fachel, J. M. G., & Manfro, G. G. (2005). Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27 (1), 40-50.
- Vilete, L. M. P., Coutinho, E. S. F., & Figueira, I. L. V. (2004). Reliability of the Portuguese-language version of the Social Phobia Inventory (SPIN) among adolescent students in the city of Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (1), 89-99.
- Vilete, L., Figueira, I., & Coutinho, E. (2006). Adaptação transcultural para o português do Social Phobia Inventory (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 40-48.

Received on: 13/8/2008  
Approved on: 28/4/2009

# A relação família-escola: intersecções e desafios<sup>1</sup>

## *The family-school relationship: convergences and challenges*

Cynthia Bisinoto Evangelista de OLIVEIRA<sup>2</sup>

Claisy Maria MARINHO-ARAÚJO<sup>2</sup>

### Resumo

A partir de revisão de literatura, este trabalho analisa questões referentes à relação família-escola. Apresenta-se a definição de família, suas diferentes composições e sua função específica; abordam-se a especificidade da escola e a interdependência existente entre a família e esse sistema. Exploram-se concepções acerca desta relação, as quais são divididas entre enfoque sociológico e psicológico. Relatos de pesquisas que investigaram esta relação sob o ponto de vista dos diferentes atores envolvidos são apresentados. As reflexões desencadeadas pela revisão bibliográfica apontam uma relação marcada por situações vinculadas a algum problema, pela ação da escola em orientar os pais sobre como educar seus filhos, e pelo decréscimo da participação dos pais nas atividades escolares à medida que o filho avança nas séries. Diante do panorama atual das relações família-escola, tem-se o desafio de realizar novas pesquisas e contribuir para transformar esta relação por meio da valorização dos aspectos positivos relacionados ao processo educativo.

**Unitermos:** Relações pais-escola. Psicologia escolar. Educação.

### Abstract

*Based on a study of the literature, this work analyzes questions related to the family-school relationship. It offers a definition of the family, its different compositions and its specific function; it deals with the specifics of school and the existing interdependence between both systems. Concepts concerning this relationship are explored, which are divided into a sociological and a psychological approach. Researches involving the family-school relationship are presented, according to special treatment to the views of the various players involved in the relationship. The reflections from a study of the literature suggest a relationship punctuated by situations with some kind of problem, by the school's actions in teaching the parents about how to be parents and by the decreased participation of parents in school activities as the child progresses through school. Given the present situation with family-school relationships, the challenge is to develop new research and help to transform this relationship through the appreciation of the positive aspects related to the educational process.*

**Uniterms:** Parent-school relationship. School psychology. Education.

A temática da relação família-escola tem sido pouco pesquisada no contexto brasileiro pela psicologia e, especialmente, pela psicologia escolar.

Apesar de a família e a escola serem os principais contextos de desenvolvimento humano, poucos estudos científicos têm-se dedicado a compreen-

▼▼▼▼

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir da dissertação de C.B.E. OLIVEIRA, intitulada "Psicologia escolar e a relação família-escola no ensino médio: estudando as concepções desta relação". Universidade de Brasília, 2007.

<sup>2</sup> Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento. *Campus* Universitário Darcy Ribeiro, 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.B.E. OLIVEIRA. E-mail: <cynthia.b@uol.com.br>.

der de forma sistemática a relação existente entre ambas.

Se, por um lado, a relevância da família e da escola como contextos privilegiados de desenvolvimento humano está bastante consolidada em virtude dos estudos da psicologia da família e da psicologia do desenvolvimento, por outro, os aspectos que constituem e intervêm na relação entre estes dois contextos, sejam como barreiras à colaboração ou contribuindo para a sua promoção, ainda não estão suficientemente estabelecidos. Ocorre, então, que um dos reflexos do baixo desenvolvimento de pesquisas científicas voltadas à inter-seção que se estabelece cotidianamente entre a família e a escola é a ausência de publicações suficientemente atuais nesta temática.

Diante do exposto, este trabalho configura-se como uma oportunidade para ampliar a publicação sobre o tema da relação família-escola no contexto brasileiro, somando-se às já existentes, contempladas neste trabalho.

De forma geral, as pesquisas que têm essa temática como objeto de estudo priorizam a investigação junto a um dos segmentos desta relação, principalmente os pais e os professores. Diferentemente, este trabalho traduz o esforço de reunir e apresentar a opinião dos diferentes atores envolvidos na relação: os pais, os alunos e a escola, representada por seus professores e pelos psicólogos escolares.

Desta forma, a partir do estudo da literatura sobre a relação família-escola, este artigo traz a análise de algumas questões referentes a esta temática, sinalizando pontos que favorecem a compreensão atual desta relação, bem como outros que apontam para a modificação e o sucesso da mesma.

A família é considerada a primeira agência educacional do ser humano e é responsável, principalmente, pela forma com que o sujeito se relaciona com o mundo, a partir de sua localização na estrutura social.

Existem muitas formas de entender o conceito de família, sendo que suas definições tradicionais baseiam-se em diferentes critérios como, por exemplo, restrições jurídicas e legais, aproximações genealógicas, perspectiva biológica de laços sanguíneos e compar-tilhamento de uma casa com crianças (Petzold, 1996).

De acordo com Trost (1995), a menor unidade de grupo é o casal, uma díade ou um par e, em seu entendimento, uma família se forma quando um casal se casa ou quando passa a viver na mesma casa (coabitação), ou mesmo quando uma criança nasce e é criada por apenas um dos pais solteiros (pai ou mãe). Esta concepção privilegia a díade enquanto unidade mínima da família, que deve ser constituída, pelo menos, por dois adultos ou por um adulto e uma criança. Infere-se, da definição de Trost (1995) acerca da família, que se incluem os casais que se constituíram legalmente, mediante casamento civil e/ou religioso, e também os que apenas optaram por morar juntos, considerando, ainda, os casais heterossexuais e homossexuais.

Buscando estabelecer uma definição de família, Petzold (1996) lembra que o critério de intimidade deve ser a variável fundamental para definir família, o que, conseqüentemente, reflete-se no fato de que mesmo os casais sem filhos são reconhecidos como uma unidade familiar. A partir desta consideração, a família é um grupo social especial, caracterizado por intimidade e por relações intergeracionais (Petzold, 1996).

Focalizando a realidade brasileira no que concerne à definição de família, a Constituição da República Federativa do Brasil (1988) estabelece os princípios fundamentais em relação à instituição familiar e reconhece como entidade familiar a união estável entre homem e mulher, ou a comunidade formada por quaisquer dois pais e seus descendentes. Nota-se uma diferença significativa na definição estabelecida pela Constituição Brasileira em relação às apresentadas anteriormente quanto à não inclusão das relações não heterossexuais enquanto unidade familiar.

Apesar da crescente discussão acerca das possíveis definições de família e da busca por um conceito comum, ainda não é possível afirmar que exista uma definição de família que seja aceita e adotada consensualmente pelos estudiosos da área, pelas instituições governamentais e pela sociedade. Mesmo não havendo essa concordância unânime acerca da definição de família, há que se privilegiar aquelas definições que contemplam as variáveis mínimas, ou básicas, do que se entende por família, pois é a partir destas variáveis que se poderão realizar estudos e pesquisas mais amplos e representativos das relações humanas. Tais variáveis se referem, neste momento, à existência de

uma díade e à intimidade vivenciada por seus membros nesta relação.

Em função desta ampliação conceitual sobre família, o termo permite, atualmente, a inclusão de modelos variados de família, para além daquele tradicionalmente conhecido. Os modelos familiares não mais se restringem à família nuclear que compreendia a esposa, o marido e seus filhos biológicos (Turner & West, 1998). Atualmente há uma diversidade de famílias no que diz respeito à multiplicidade cultural, orientação sexual e composições.

Nesse sentido, os diferentes tipos de família que têm sido descritos com maior frequência pelos pesquisadores da área são: família homossexual ou casais homossexuais; família extensa; famílias multigeracionais; família reconstituída ou recasada; família de mãe ou pai solteiro; casais que coabitam/vivem juntos; viver com alguém cuidando dele (Petzold, 1996; Stratton, 2003; Turner & West, 1998).

Tendo em vista a diversidade de organizações familiares, considera-se que a referência às famílias diz respeito àquelas configurações familiares compostas por, pelo menos, um adulto e uma criança ou adolescente.

### **Função social da família, da escola e interdependência dos sistemas família e escola**

Educação e escola têm um relação estreita, apesar de esta não configurar uma relação de dependência, pois há uma distinção entre a educação escolar e a educação que ocorre fora da escola. De acordo com Guzzo (1990), o sentido etimológico da palavra educar significa promover, assegurar o desenvolvimento de capacidades físicas, intelectuais e morais, sendo que, de forma geral, tal tarefa tem sido de responsabilidade dos pais.

De acordo com Bock, Furtado e Teixeira (1999), o grupo familiar tem uma função social determinada a partir das necessidades sociais, sendo que entre suas funções está, principalmente, o dever de garantir o provimento das crianças para que possam exercer futuramente atividades produtivas, bem como o dever de educá-las para que “tenham uma moral e valores compatíveis com a cultura em que vivem” (p.238). Nesse mesmo sentido, Oliveira (2002) resume a função da

família dizendo que “a educação moral, ou seja, a transmissão de costumes e valores de determinada época torna-se, nesta perspectiva, seu principal objetivo” (p.16).

A responsabilidade familiar junto às crianças em termos de modelo que a criança terá e do desempenho de seus papéis sociais é tradicionalmente chamada de educação primária, uma vez que tem como tarefa principal orientar o desenvolvimento e aquisição de comportamentos considerados adequados, em termos dos padrões sociais vigentes em determinada cultura.

A escola é a instituição que tem como função a socialização do saber sistematizado, ou seja, do conhecimento elaborado e da cultura erudita. De acordo com Saviani (2005), a escola se relaciona com a ciência e não com o senso comum, e existe para proporcionar a aquisição de instrumentos que possibilitam o acesso ao saber elaborado (ciência) e aos rudimentos (bases) desse saber. A contribuição da escola para o desenvolvimento do sujeito é específica à aquisição do saber culturalmente organizado e às áreas distintas de conhecimento. No que diz respeito à família, “um dos seus papéis principais é a socialização da criança, isto é, sua inclusão no mundo cultural mediante o ensino da língua materna, dos símbolos e regras de convivência em grupo, englobando a educação geral e parte da formal, em colaboração com a escola” (Polonia & Dessen, 2005, p.304).

Escola e família têm suas especificidades e suas complementariedades. Embora não se possa supô-las como instituições completamente independentes, não se pode perder de vista suas fronteiras institucionais, ou seja, o domínio do objeto que as sustenta como instituições.

Esses dois sistemas têm objetivos distintos, mas que se interpenetram, uma vez que “compartilham a tarefa de preparar as crianças e os jovens para a inserção crítica, participativa e produtiva na sociedade” (Reali & Tancredi, 2005, p.240). A divergência entre escola e família está na tarefa de ensinar, sendo que a primeira tem a função de favorecer a aprendizagem dos conhecimentos construídos socialmente em determinado momento histórico, de ampliar as possibilidades de convivência social e, ainda, de legitimar uma ordem social, enquanto a segunda tem a tarefa de promover a socialização das crianças, incluindo o aprendizado de padrões comportamentais, atitudes e valores aceitos pela sociedade.

Desta forma entende-se que, apesar de escola e família serem agências socializadoras distintas, as mesmas apresentam aspectos comuns e divergentes: compartilham a tarefa de preparar os sujeitos para a vida socioeconômica e cultural, mas divergem nos objetivos que têm nas tarefas de ensinar.

### Relação família-escola

Tendo como pano de fundo a divisão de responsabilidades no que concerne à educação e socialização de crianças e jovens e a relação que se estabelece entre as instituições familiares e escolares, pesquisas e levantamentos acerca desta relação passam a ser objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento, como a psicologia, a sociologia, a educação, entre outras.

Considerando as várias perspectivas e abordagens relativas ao tema, os trabalhos e pesquisas sobre a temática da relação família-escola podem ser organizados em dois grandes grupos, denominados enfoque sociológico e enfoque psicológico (Oliveira, 2002).

No enfoque sociológico a relação família-escola é vista em função de determinantes ambientais e culturais. A relação entre educação e classe social mostra um certo conflito entre as finalidades socializadoras da escola (valores coletivos) e a educação doméstica (valores individuais), ou seja, entre a organização da família e os objetivos da escola. As famílias que não se enquadram no suposto modelo desejado pela escola são consideradas as grandes responsáveis pelas disparidades escolares. Seguindo este enfoque, faz-se necessário, para o bom funcionamento da escola, que as famílias adotem as mesmas estratégias de socialização por elas utilizadas.

Assim, a representação de modelo familiar certo/correto ganha projeção e se naturaliza, tendo a própria escola como disseminadora da ideia de que algumas famílias operam de modo diverso do seu objetivo. Em função dessa divergência, as estratégias de socialização das famílias passam a ser a preocupação da escola, de forma que esta amplia seus âmbitos de ação, tentando assumir ou tentando substituir a família em sua ampla missão socializadora. Para Oliveira (2002), há uma intenção que passa muitas vezes despercebida nessa tentativa de aproximação e colaboração, que é a de promover uma educação para as famílias tidas como

“desestruturadas”. O ambiente escolar exerce um poder de orientação sobre os pais para que estes possam educar melhor os filhos e estes, por sua vez, possam frequentar a escola.

Enquanto no enfoque sociológico a família é responsabilizada pela formação social e moral do indivíduo, no enfoque psicológico ela é responsabilizada pela formação psicológica. A ideia de que a família é a referência de vida da criança - o *locus* afetivo e condição *sine qua non* de seu desenvolvimento posterior - será utilizada para manter certa ligação entre o rendimento escolar do aluno e sua dinâmica familiar, colocando, mais uma vez, a família no lugar de desqualificada (Oliveira, 2002).

Nesse enfoque, as razões de ordem emocional e afetiva ganham um colorido permanente quanto ao entendimento da relação família-escola e da ocorrência do fracasso escolar. Ganha *status* natural a crença de que uma “boa” dinâmica familiar é responsável pelo “bom” desempenho do aluno. As descrições centradas no plano afetivo ganham a atenção dos professores que, com algum conhecimento de psicologia, levam esse discurso para dentro da sala de aula e passam, em um processo naturalizado por todos, a avaliar e analisar o comportamento dos alunos.

Posto desta forma, nota-se que o enfoque sociológico aborda os determinantes ambientais e culturais presentes na relação família-escola, destacando que cabe à escola cumprir as exigências sociais, enquanto o enfoque psicológico considera os determinantes psicológicos presentes na estrutura familiar como os grandes responsáveis pelo desencontro entre objetivos e valores nas duas instituições. Assim, em uma espécie de complementaridade, encontra-se um velado enfrentamento da escola com a família, aparentemente diluído nos grandes projetos de participação e de parceria entre esses dois sistemas, podendo-se afirmar que em ambos os enfoques destacam-se dois aspectos principais: 1) a incapacidade da família para a tarefa de educar os filhos e 2) a entrada da escola para subsidiar essa tarefa, principalmente quando se trata do campo moral (Oliveira, 2002).

A partir destas colocações, vê-se que a relação família-escola está permeada por um movimento de culpabilização e não de responsabilização compartilhada, além de estar marcada pela existência de uma

forte atenção da escola dirigida à instrumentalização dos pais para a ação educacional, por se acreditar que a participação da família é condição necessária para o sucesso escolar (Oliveira, 2002).

### **A quem caberia a responsabilidade de construir essa relação?**

No relato de muitos professores há a afirmação de que, apesar de abrirem as portas da escola à participação dos pais, esses são desinteressados em relação à educação dos filhos, na medida em que atribuem à escola toda a responsabilidade pela educação. Esta argumentação dos professores “visa, apenas, culpar a vítima e é uma visão pessimista das relações escola/pais” (Marques, 1999, p.15), a partir da qual não se consegue dar passos positivos para ultrapassar os obstáculos à relação família-escola.

Ao contrário dos professores que acreditam que os pais é que devem ir à escola mostrando-se interessados pelo desenvolvimento de seus filhos e pela relação entre família e escola, Tancredi e Reali (2001), Reali e Tancredi (2002), Caetano (2004) acreditam que a construção da parceria entre escola e família é função inicial dos professores, pois eles são elementos-chave no processo de aprendizagem. Dada a formação profissional específica que têm, as tentativas de aproximação e de melhoria das relações estabelecidas com as famílias devem partir, preferencialmente, da escola, pois “transferir essa função à família somente reforça sentimentos de ansiedade, vergonha e incapacidade aos pais, uma vez que não são eles os especialistas em educação” (Caetano, 2004, p. 58).

Todavia, apesar desse discurso em que se fala que a escola é que deve ir às famílias, os modelos de envolvimento entre as famílias e a escola focalizam principalmente os pais e se referem pouco às ações dos professores e da escola na promoção da relação família-escola, como mostram os modelos propostos por Joyce Epstein, Don Davies e Owen Heleen (Marques, 1999).

Para exemplificar, o modelo de Joyce Epstein (Marques, 1999) defende a existência de cinco tipos de envolvimento: a) os pais ajudarem os filhos em casa, que diz respeito à função dos pais em atender as necessidades básicas dos filhos e em organizar a rotina familiar

diária; b) os professores comunicarem-se com os pais, que se refere à função da escola de informar os pais acerca do regulamento interno da escola, dos programas escolares e dos progressos e dificuldades dos filhos; c) envolvimento dos pais na escola, apoiando voluntariamente a organização de festas e alunos com dificuldades de aprendizagem; d) envolvimento dos pais em atividades de aprendizagem, em casa, participando da realização de trabalhos, projetos e deveres de casa; e) envolvimento dos pais na direção das escolas, influenciando e participando da tomada de decisões, se possível.

O aspecto mais comum entre os três modelos (Joyce Epstein, Don Davies e Owen Heleen) refere-se ao fato de que em todos a ação dos pais é priorizada, seja diante de questões pedagógicas (ensino tutorial em casa ou na escola, trabalho voluntário dos pais na escola e na sala de aula, apoio na realização de tarefas, trabalhos e atividades de aprendizagem) ou de questões políticas (pais com poder deliberativo na escola, participando e influenciando a tomada de decisões). Os modelos pouco se referem às ações da escola e dos professores no sentido de promover a relação família-escola; tais ações são referidas somente nas ocasiões em que cabe à escola informar aos pais acerca do regulamento interno da escola, dos programas escolares e de progressos e dificuldades dos filhos.

Ao listar as “16 maneiras de envolver os pais na escola”, Marques (1999) fez uma adaptação do trabalho de Joyce Epstein e elaborou uma lista de procedimentos que podem favorecer a aproximação das famílias. Entretanto, tal lista menciona, exclusivamente, ações a serem desencadeadas pelos pais no contexto familiar, sem haver menção à interação família-escola.

Além de tais ações se referirem apenas a atitudes a serem adotadas pelos pais, fica explícita, entre as maneiras listadas, a crença existente acerca da necessidade de orientar e ensinar aos pais sobre como ensinar seus filhos: “explicar aos pais certas técnicas de ensino” ou “propor aos pais que treinem os filhos, ajudando-os a fazer exercícios de leitura, matemática, etc.” (Marques, 1999, p. 21).

Tais atitudes decorrem da noção da escola de que o envolvimento dos pais aparece relacionado à participação e colaboração nas atividades propostas pela escola e no interesse pelo desempenho de seus filhos. As expectativas quanto à participação dos pais

envolvem o acompanhamento da tarefa de casa ou a formação do aluno em termos de disciplina, respeito e comportamento adequado (Hernández, 1995).

Junto a diretores e professores percebe-se, também, a pouca tendência da escola para buscar uma parceria. É interessante observar a colocação acerca do posicionamento contraditório dos diretores e professores que, por um lado, “acusaram os pais de falta de compreensão ou aceitação dos problemas das crianças, e o pouco retorno de seus esforços para ajudá-los” (Hernández, 1995, p.107), mas, por outro lado, sentem-se invadidos pela presença dos pais, pois consideram que os pais não sabem participar com uma relação de colaboração, mas sim de cobrança, uma vez que não entendem do processo de ensino-aprendizagem.

À família são impostos limites para entrar em questões próprias da escola, como no campo pedagógico. Mas o mesmo parece não acontecer com a escola em relação à sua entrada na família, pois aquela acredita estar autorizada a penetrar nos problemas domésticos e a lidar com eles, além de se considerar apta a estabelecer os parâmetros para a participação e o envolvimento da família.

Na tentativa de entender os fatores e razões que levam a escola e seus atores a atribuir importância fundamental a esta relação, segue um levantamento de pesquisas científicas realizadas sobre esta temática, dando prioridade aos trabalhos desenvolvidos no contexto brasileiro.

## **Caminhos para estudar a relação família-escola**

### **A visão da escola**

Uma das possibilidades para se estudar o tema da relação família-escola é conhecer as concepções de professores a respeito das famílias de seus alunos. Nesse sentido, pesquisa realizada com professores da educação infantil em uma escola do interior paulista sugere um desconhecimento, por parte dos professores, das características das famílias atendidas, ou uma imagem estereotipada das mesmas, uma vez que as descrições feitas estão carregadas de conotações negativas e preconceituosas (Tancredi & Reali, 2001). Na visão de alguns professores o modelo de família que se configura é uma família idealizada, que oferece suporte, aconchego e

que tem funções diferentes para cada fase da vida (Oliveira, 2002).

A comunicação entre escola e família passa pela intermediação da criança, sendo esta comunicação aparentemente de mão única, por haver pouco espaço institucional para a manifestação das famílias. A ação das famílias é limitada e determinada de acordo com os interesses da escola. Assim, “num primeiro momento, defende-se uma participação ampla dos pais na escola, mas o que se verifica é uma participação que tem a ver com o fato de conhecer o trabalho da escola” (Oliveira, 2002, p.105).

Quanto ao tipo de interação estabelecido entre professores e famílias, “além de dar uma falsa aparência de intimidade, dá ao professor o controle do ‘diálogo mantido’” (Tancredi & Reali, 2001, p.12), já que as famílias são recebidas nos portões da escola, ou na porta da sala de aula, a partir da reivindicação das próprias famílias, e pouco tempo é dedicado a esta interação.

As famílias não são vistas pelos professores como parceiras que têm objetivos comuns, apesar de estas se mostrarem conscientes do importante papel da escolarização na vida dos filhos, e de estarem dispostas a contribuir com a escola (Reali & Tancredi, 2002). Na compreensão dos professores, o apoio dos pais no processo de ensino “se limita a reforçar aquilo que o professor realiza e pede às crianças, ao invés de sugerir que os pais poderiam se envolver mais com questões escolares de maneira mais participativa e recíproca” (Bhering, 2003, p.499).

Pesquisa com professores e diretores também apontou que o principal aspecto positivo ou vantagem da aproximação da família com a escola é o envolvimento dos pais na educação dos filhos. Este envolvimento diz respeito “a atitudes de co-responsabilidade e interesse dos pais com o processo de ensino-aprendizagem incluindo a participação ou colaboração em atividades, em eventos ou solicitações propostas pela escola” (Hernández, 1995, p. 59).

Entretanto, envolver a família na educação escolar pode representar uma ameaça para alguns professores, por se sentirem destituídos de sua competência e de seu papel de ensinar, apesar de que “a presença e participação dos pais na escola não pode e não deve significar uma desresponsabilização dos professores

para com a aprendizagem dos alunos e do governo com o financiamento da educação” (Tancredi & Reali, 2001, p.4).

Quanto às dificuldades encontradas no estabelecimento de relações harmoniosas, pode-se citar a forma que a escola adota, geralmente, para estabelecer contato com as famílias, a qual é unidirecional (parte da escola para a família) e motivada por situações de baixo rendimento escolar e de mau comportamento dos alunos (Bhering, 2003).

Outro membro da comunidade escolar que também está envolvido nas relações entre família e escola é o psicólogo escolar; portanto, ainda dentro da visão da escola sobre esta relação, tem-se as concepções dos psicólogos escolares. Nesta perspectiva, pesquisa realizada junto a psicólogas escolares na região de Campinas (SP) (Leal, 1998) apontou que a escola é que determina os tipos e a frequência das oportunidades de participação dos pais. A responsabilidade pelo sucesso ou pelo fracasso da relação foi atribuída, pelas psicólogas, a ambos os sistemas envolvidos, enquanto em relação à qualidade da relação família-escola, tenderam a responsabilizar mais a família que a escola pela insuficiência e obstáculos encontrados.

Para as psicólogas pesquisadas, promover a integração e orientar a família são maneiras importantes de mediar a relação família-escola, havendo uma “clara tendência dessas psicólogas em se envolver mais na orientação de pais e em reunião de pais, despendendo mais tempo e oferecendo com maior frequência, o serviço de orientação” (Leal, 1998, p.96). Assim, a atuação dessas psicólogas restringe-se principalmente à orientação aos pais, levando à reflexão de que o psicólogo parece não estar investindo em inovações para possibilitar ou melhorar esta relação.

### **A visão dos pais**

Outra possibilidade para se estudar o tema da relação família-escola é conhecer a concepção dos pais sobre a relação entre família e escola. Os estudos de Bhering e Siraj-Blatchford (1999) e Bhering (2003) identificaram que, para os pais, o envolvimento deve ser de responsabilidade e iniciativa da escola, enquanto o papel deles seria complementar às metas educacionais da escola.

Para os pais, o envolvimento refere-se a uma forma de participar intensamente de atividades relacionadas ao ensino e à aprendizagem escolar, tanto em casa quanto na escola; diz respeito a diversos procedimentos adotados pelos pais para auxiliar na aprendizagem dos filhos (deveres de casa, leitura de livros, jogos que estimulam o desenvolvimento cognitivo) e à participação ativa na escola (na sala de aula, biblioteca, excursões). A ajuda ou colaboração refere-se à prestação de serviços como, por exemplo, em eventos sociais, feiras, festivais, excursões e aquisição de materiais e equipamentos para a escola.

Na visão das famílias as interações estabelecidas com a escola ocorrem nos horários de saída, nas reuniões de pais convocadas pela escola ou em datas comemorativas, o que ilustra um relacionamento superficial e limitado a situações “formais”, como as reuniões bimestrais e as comemorações, ambas organizadas pela escola (Reali & Tancredi, 2002).

Quanto à função de cada um (pais e professores), embora apresentem preocupações comuns, como o bom desempenho escolar das crianças, pais e professores acreditam ter tarefas diferentes e mostram-se relutantes em fazer aquilo que consideram ser tarefa do outro. Para os pais, os professores deveriam manter a educação escolar como sua responsabilidade, enquanto aos pais caberia assegurar que as crianças estivessem prontas para a educação escolar (Bhering, 2003).

Ainda quanto à opinião dos pais, o Ministério da Educação (MEC), por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), realizou um estudo de âmbito nacional sobre a relação família, escola e educação (Brasil, 2005). No âmbito nacional, as reuniões de pais e professores são os eventos que mais mobilizam os responsáveis, sendo que um chamado imprevisto para o comparecimento à escola desperta fortes apreensões na família, pois surge, de imediato, a ideia de que a convocação está relacionada a problemas disciplinares de alguma gravidade, ou de baixo rendimento ou, ainda, de alguma deficiência, tratando-se, sempre, de um fato já ocorrido e que será apenas comunicado aos pais.

### **A visão dos alunos**

Comumente, as pesquisas realizadas sobre a temática da relação família-escola privilegiam as opi-

niões dos professores e dos pais. Todavia, duas pesquisas recentes focalizam a opinião dos alunos sobre a temática da relação família-escola.

Um estudo realizado junto a estudantes do ensino médio de uma escola particular em Curitiba (PR) investigou como os alunos das três séries do ensino médio (1º, 2º e 3º anos) veem a relação da escola com a família. De acordo com os resultados, identificou-se que os alunos das três séries percebem a relação família-escola de uma maneira muito negativa. Para os alunos, a cobrança quanto ao rendimento escolar é uma questão bastante presente; a relação familiar baseada no diálogo mostra-se comprometida devido à falta de tempo dos pais e à não liberdade que os alunos têm para tratar de suas intimidades com os pais (Cardoso, 2003). A convocação dos pais ao colégio em situações que se referem apenas às notas ou ao comportamento deixa os alunos “revoltados” por não terem sido consultados e por não haver a mesma ação quando se trata de elogios.

Em pesquisa realizada no Distrito Federal (DF) sobre as relações família-escola, também participaram alunos de 1ª, 5ª e 8ª séries do ensino fundamental de escolas públicas do DF. Os resultados obtidos na pesquisa apontam que, na visão dos alunos, há paulatinamente um decréscimo da participação dos pais nas atividades programadas pela escola, à medida que o aluno avança na série. “Os pais das séries iniciais estão mais presentes nas atividades programadas pela escola, havendo uma diminuição da sua participação quando o aluno avança na série, de modo que, na 8ª série, a sua participação é bastante limitada” (Polonia, 2005, p.155).

De acordo com os alunos, a presença nas reuniões e conselhos de classe é a atividade mais frequente com envolvimento dos pais, superando a participação nos eventos socioculturais, em que se nota um decréscimo na participação, especialmente para os alunos de 5ª e 8ª séries (Polonia, 2005).

Entre as ações apontadas pelos alunos que poderiam ser desencadeadas pelos pais e pela escola para melhorar as condições da escola, destacam-se aquelas em que eles se posicionam como possíveis mediadores da relação família-escola, ou seja, aquelas ações que podem ser realizadas pelos próprios alunos, como estimular a participação dos pais e intermediar a comunicação entre a escola e os pais. Polonia (2005)

constata, ainda, que os alunos da 8ª série se sentem mais responsáveis pela intermediação (entregar bilhetes, avisos e informes), enquanto os alunos da 1ª série se sentem mais responsáveis pelo estímulo à participação (contar mais sobre as atividades desenvolvidas na escola, solicitar a participação dos pais etc.).

Este último dado sinaliza para o importante papel que os próprios alunos podem assumir diante das relações entre suas famílias e a escola, pois, geralmente, ao investigar os processos de comunicação entre a família e a escola, suas influências, intersecções e interações, as pesquisas focalizam especialmente o papel dos adultos nesta interrelação.

A partir dos relatos de pesquisas que, em seu desenho metodológico, investigaram a visão dos diferentes segmentos de participantes envolvidos na relação família-escola, pode-se observar o quanto esta relação se apresenta de maneira diferente para cada um deles. Se, por um lado, pais e professores compartilham a preocupação com o desempenho escolar dos filhos e alunos, de outro, não compartilham as mesmas ideias sobre como cada um desses segmentos pode contribuir para o sucesso dos filhos. Além disso, se para os pais e para a escola o rendimento escolar é um aspecto que motiva a relação família-escola, para os alunos, a cobrança quanto ao rendimento escolar é uma questão bastante presente e negativa.

A partir desta breve descrição de pesquisas científicas, entende-se que pontos importantes para a compreensão atual da relação família-escola foram sinalizados, além de outros que apontam para aspectos que precisam ser modificados em prol do sucesso desta relação.

## Considerações Finais

Entre as instituições que se responsabilizam pelo processo educativo do ser humano tem-se a família e a escola. A literatura contemporânea indica que a família é caracterizada por, pelo menos, uma díade ou par e pela presença de intimidade na relação, e tem como função orientar os sujeitos no desenvolvimento e aquisição de comportamentos aceitos socialmente. A escola, por sua vez, tem como função a socialização do saber sistematizado historicamente.

Escola e família são instituições diferentes e que apresentam objetivos distintos; todavia, compartilham a importante tarefa de preparar crianças e adolescentes para a inserção na sociedade, a qual deve ter uma característica crítica, participativa e produtiva.

Analisando a história da relação que se estabeleceu entre escola e família ao longo do tempo, identifica-se que em certos momentos essa relação foi caracterizada em função de determinantes sociais e, em outros, em função de aspectos psicológicos da família e do próprio sujeito. Diz-se, de forma geral, que esta relação sempre esteve marcada por movimentos de culpabilização de uma das partes envolvidas, pela ausência de responsabilização compartilhada de todos os envolvidos e pela forte ênfase em situações-problema que ocorrem no contexto escolar.

A despeito das situações-problema que permeiam a relação família-escola, acredita-se que a iniciativa de construir uma relação harmoniosa entre as duas instituições deve ser de responsabilidade da escola e de seus profissionais, que têm uma formação específica. Contudo, os parâmetros para esta relação não devem se basear, apenas, na função de orientar os pais sobre como ensinar seus filhos, como tem preconizado a escola.

Diante destes aspectos, considera-se que a relação entre a família e a escola tem-se caracterizado por ser um fenômeno pouco harmonioso e satisfatório, uma vez que as expectativas de cada instituição ou de cada ator envolvido não são atendidas e se mostram pouco favoráveis ao crescimento e desenvolvimento dos alunos, os quais se aborrecem com a relação em vez de tê-la como fonte de apoio e colaboração.

A relação entre família e escola se estabeleceu, e ainda se mantém, a partir de situações vinculadas a algum tipo de problema e, desta forma, pouco contribui para que as duas instituições possam construir uma parceria baseada em fatores positivos e gratificantes relacionados ao aprendizado, desenvolvimento e sucesso dos alunos.

Em virtude desta marca no entrelaçamento entre a família e a escola, as posturas relacionadas a esta relação caracterizam-se por ser defensivas e acusativas, como se cada um buscasse se justificar e encontrar razões para a desarmonia que caracteriza tal relação.

Diante disso, um importante desafio surge para os pesquisadores, estudiosos e profissionais da educação: o de modificar a relação família-escola no sentido de que ela possa ser associada a eventos positivos e agradáveis e que, efetivamente, contribua com os processos de socialização, aprendizagem e desenvolvimento.

Para que este desafio seja superado é necessário o desenvolvimento de pesquisas que invistam no conhecimento da relação família-escola; por esta razão, defende-se a importância de novas investigações que procurem conhecer as práticas que a norteiam e a atuação dos profissionais que nela estão envolvidos, a fim de oportunizar a reflexão e implementação de novas possibilidades de intervenção que promovam mudanças significativas na relação família-escola.

## Referências

- Bhering, E. (2003). Percepções de pais e professores sobre o envolvimento dos pais na educação infantil e ensino fundamental. *Contrapontos*, 3 (3), 483-510.
- Bhering, E., & Siraj-Blatchford, I. (1999). A relação escola-pais: um modelo de trocas e colaboração. *Cadernos de Pesquisa*, 106, 191-216.
- Bock, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (1999). *Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia*. São Paulo: Saraiva.
- Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. (2005). *Pesquisa nacional qualidade da educação: a escola pública na opinião dos pais: resumo técnico executivo*. Brasília: Ministério da Educação.
- Brasil. Senado Federal. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- Caetano, L. M. (2004). Relação escola e família: uma proposta de parceria. *Dialógica*, 1 (1), 51-60.
- Cardoso, R. L. de C. (2003). *A relação escola-família na formação do adolescente-aluno do Ensino Médio do Colégio Medianeira*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba.
- Guzzo, R. S. L. (1990). A família e a educação: uma perspectiva da integração família-escola. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 7 (1), 134-139.
- Hernández, A. M. S. (1995). *A relação escola e família na opinião de seus agentes*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Leal, G. C. (1998). *Relação entre família e escola: o psicólogo escolar como mediador*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Marques, R. (1999). *A escola e os pais, como colaborar?* Lisboa: Texto Editora.

- Oliveira, L. C. F. (2002). *Escola e família numa rede de (des)encontros: um estudo das representações de pais e professores*. São Paulo: Cabral Editora.
- Petzold, M. (1996). The psychological definition of the family. In M. Cusinato (Org.), *Research on family resources and needs across the world* (pp.25-44). Milano-Itália: LEDEdizioni Universitarie.
- Polonia, A. C. (2005). *As relações escola-família: o que diretores, professores, pais e alunos pensam?* Tese de doutorado não-publicada, Universidade de Brasília.
- Polonia, A. C., & Dessen, M. A. (2005). Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9(2), 303-312.
- Reali, A. M. M. R., & Tancredi, R. M. S. P. (2002). Interação escola-famílias: concepções de professores e práticas pedagógicas. In M. G. N. Mizukami & A. M. M. R. Reali (Orgs.), *Formação de professores, práticas pedagógicas e escola* (pp.74-98). São Carlos: EdUFSCar.
- Reali, A. M. M. R., & Tancredi, R. M. S. P. (2005). A importância do que se aprende na escola: a parceria escola-famílias em perspectiva. *Paidéia*, 15 (31), 239-247.
- Saviani, D. (2005). *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. Campinas: Autores Associados.
- Stratton, P. (2003). Contemporary families as contexts for development. In J. Valsiner & K. Connolly (Orgs.), *Handbook of developmental psychology* (pp.333-357). London: Sage.
- Tancredi, R. M. S. P., & Reali, A. M. M. R. (2001). *Visões de professores sobre seus alunos: um estudo na área da educação infantil. Trabalho apresentado na 24ª Reunião Anual da ANPEd*. (pp.1-16). Caxambu. Recuperado em abril, 2006, disponível em [www.anped.org.br](http://www.anped.org.br)
- Trost, J. (1995). O processo de formação da família. In J. Gomes-Pedro & M. F. Patrício (Orgs.), *Bebê XXI: criança e família na viragem do século* (pp.55-67). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Turner, L. H., & West, R. (1998). Providing a definition. In L. H. Turner & R. West (Orgs.), *Perspectives on family communication* (pp.1-35). Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

Recebido em: 14/4/2008

Versão final reapresentada em: 18/12/2008

Aprovado em: 5/3/2009

# Introdução às justificativas clínicas e teóricas da hipótese das paixões “tóxicas”<sup>1</sup>

## *Introduction to clinical and theoretical justifications regarding the “toxic” passions hypothesis*

Victor Eduardo Silva **BENTO**<sup>2</sup>

### Resumo

Pesquisa de revisão crítica da literatura visando elucidar questões da experiência do autor com a clínica psicológica das paixões “tóxicas”. Partiu-se da hipótese das paixões “tóxicas”, isto é, de que existe uma analogia funcional entre as paixões e as toxicomanias devido à função do excesso narcísico, semelhante, mas não idêntica, em ambas. Mais precisamente, postulou-se que, do ponto de vista do inconsciente, seria o excesso narcísico que intoxicaria tanto nas paixões quanto nas toxicomanias. O objetivo foi justificar esta hipótese. O plano de trabalho foi: 1) relatar e questionar a história da experiência profissional do autor, para tratar das justificativas clínicas; 2) abordar os fundamentos teóricos desta história para discutir as justificativas teóricas. Destacaram-se as teorizações de Olievenstein sobre o estágio do espelho partido, de Delrieu sobre a história da toxicomania na França e de Le Poulichet sobre toxicomanias, operação do *phármakon* e psicanálise.

**Unitermos:** Narcisismo. Psicanálise. Toxicomanias.

### Abstract

*We have conducted a search of critical reviews of the literature to elucidate questions arising from the author's experience with the psychological clinic for “toxic” passions. We started from the “toxic” passions hypothesis, according to which a functional analogy exists between passions and toxicomanias: the function of narcissistic excess, similar, but not identical, in both. To be more precise, we proposed the hypothesis that, from the unconscious point of view, the excess narcissism would intoxicate both in passions and in toxicomanias. The objective was to justify this hypothesis. The plan for this study was: 1) To report and to question the history of the author's professional experience, to deal with the clinical justifications; and 2) To discuss the theoretical basis of this history, to discuss the theoretical justifications. We have highlighted Olievenstein's theorizations about the broken mirror stage, Delrieu's assumptions about the history of toxicomanias in France and Le Poulichet's formulations about “toxicomanias, farmakon operation and psychoanalysis”.*

**Uniterms:** Toxicomania. Narcissism. Psychoanalysis.

Realizou-se uma pesquisa de revisão crítica da literatura visando elucidar questões da experiência profissional do autor com a clínica psicológica das

paixões “tóxicas”. Como seu título sugere, parte-se neste trabalho do pressuposto hipotético das paixões “tóxicas”, isto é, de que as paixões são semelhantes, porém não

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir da tese não-publicada de V.E.S. BENTO, intitulada “*La passion amoureuse ‘toxique’: une approche psychanalytique à partir de la sémiologie et du narcissisme chez Freud*”. Universidade de Paris 7, 1996.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciência Humanas, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicometria. Av. Pasteur, 250, Pavilhão Nilton Campus, Praia Vermelha, 22290-240, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mails: <vsilvabento@yahoo.com.br>; <victorbento@oi.com.br>.

idênticas, às toxicomanias. Postula-se, então, a existência de uma analogia funcional entre as paixões e as toxicomanias. O título também sugere o objetivo deste artigo: introduzir as justificativas clínicas e teóricas desta hipótese das paixões “tóxicas”. Para atingir este objetivo, o plano deste trabalho implicou uma dupla empreitada: 1) relatar e questionar a história da experiência profissional do autor com a clínica psicológica das paixões “tóxicas”, ao longo de três tempos principais (de 1/1978 a 2/1984; de 2/1984 a 6/1991 e a partir de 7/1991); e 2) abordar os fundamentos teóricos que embasaram cada um destes três momentos. Acredita-se que com esta dupla ação foi possível demonstrar como se chegou à hipótese em questão e, assim, justificá-la com argumentos clínicos e teóricos.

### 1º tempo

A experiência profissional do autor começou no campo da psicologia clínica, em janeiro de 1978, com um estágio realizado no Serviço de Liberdade Assistida (SLA) do Juizado de Menores do Rio de Janeiro, estágio este que se estendeu até fevereiro de 1984. Neste primeiro tempo da experiência profissional do autor relacionada à hipótese das paixões “tóxicas” e à sua clínica, esta hipótese em sua expressão final - que faz referência à existência de uma analogia funcional entre as paixões e as toxicomanias - ainda não existia; estava, portanto, em seu momento latente de concepção e gestação.

Dentre as atividades principais deste estágio podem-se destacar o psicodiagnóstico e a psicoterapia de orientação psicanalítica de adolescentes usuários de drogas. Estes eram encaminhados pelo juiz de menores ao SLA para que sua equipe multidisciplinar, constituída principalmente por psicólogos e estagiários de psicologia, realizasse inicialmente um psicodiagnóstico, procurando entender os motivos que levavam aqueles adolescentes ao uso de drogas. Após este estudo um plano de tratamento era proposto, de acordo com a avaliação diagnóstica prévia. Seguia-se, então, a psicoterapia do caso.

O que se destacou para o autor como enigmático nesta prática clínica foi a dificuldade de se chegar a um único diagnóstico daqueles adolescentes. Mais precisamente, observava-se que eles se enquadravam simultaneamente em vários diagnósticos, apresentando-se ora

como neuróticos, ora perversos, ora psicóticos, ora normais. Interrogou-se, então: como explicar esta simultaneidade dos diversos componentes psicopatológicos destes adolescentes usuários de drogas? Decorreriam tais componentes da adolescência pela qual passavam? Ou decorreria do uso de drogas? Dever-se-ia pensar tais adolescentes usuários de drogas como casos *borderline*?

O autor dirigiu-se a uma formação de mestrado em psicologia com a pretensão de realizar uma pesquisa visando a uma dissertação de mestrado que discutisse tais questões oriundas da clínica destes adolescentes usuários de drogas atendidos no SLA. Este mestrado foi realizado na Fundação Getúlio Vargas, Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais, Centro de Pós-Graduação em Psicologia, no Rio de Janeiro, e estendeu-se ao longo do período de agosto de 1980 até a data da defesa da dissertação de mestrado, em maio de 1983.

Na revisão de literatura realizada com a finalidade de escrever a dissertação e discutir as questões clínicas acima destacadas, duas tendências teóricas opostas chamaram a atenção do autor. Foram elas: 1) a teorização da toxicomania em sentido restrito, isto é, da toxicomania da droga ou substância química. Esta tendência era representada principalmente por Olievenstein (1982, 1991), que concebera o estágio do espelho partido como uma suposta etapa do desenvolvimento psíquico infantil pela qual passa a criança candidata a, no futuro, tornar-se toxicômana caso venha a encontrar-se com a droga. Esta teorização era inspirada na concepção psicanalítica de Lacan (1966b, 1966/1998b) sobre o estágio do espelho como etapa do desenvolvimento psíquico infantil responsável pela função do “eu” de um indivíduo “normal”; e 2) as teorizações da toxicomania em sentido amplo, isto é, da toxicomania sem droga, realizadas principalmente por autores da psicanálise, abordando as toxicomanias como situadas além da substância química - independentes, então, do encontro do indivíduo com a droga.

Para detalhar um pouco mais estas duas tendências na teorização das toxicomanias, caberia começar enfatizando que a primeira tendência, conforme já discutido em Bento (1983, 1986a, 1986b, 1987, 1992a), é representada principalmente por Olievenstein (1983, 1991), autor que afirma que não existe toxicomania sem droga. Ele parece acreditar na existência de uma relação causal

entre a ocorrência de certas experiências psíquicas na infância e o posterior surgimento de uma toxicomania. É o mesmo que dizer que ele admite a existência de uma etiologia psicológica desta doença, de um determinismo causal das toxicomanias. Ele postula de fato que o toxicômano passa por certas experiências na infância que seriam as "possíveis" responsáveis por seu posterior comportamento de se drogar. O termo "possíveis" foi colocado entre aspas para que, assim, se pudesse destacar a relatividade desta afirmação, pois Olievenstein (1983, 1991) crê que a existência de uma estrutura psíquica toxicomaniaca não garantirá necessariamente a produção de um toxicômano. Para que isto venha a ocorrer, o autor destaca duas condições necessárias e suficientes: 1) que o indivíduo encontre a droga; e 2) que ele possua certa relação com a transgressão da lei, ou, mais precisamente, uma tendência para transgredir a lei do pai.

É para explicar melhor a natureza desta estrutura psíquica toxicomaniaca que Olievenstein (1983, 1991) propõe a sua teorização sobre o estádio do espelho partido. Este autor explica que, na teorização sobre o estádio do espelho, Lacan considera que a formação da identidade ocorre quando a criança se descobre no espelho como alguém separado da mãe. Neste momento se daria a ruptura da existência fusional mãe-criança. Olievenstein (1983, 1991) esclarece que psicótico seria aquele que, por inúmeras razões, permaneceu em estado fusional com a mãe porque não conseguiu ultrapassar o estádio do espelho. Com a criança candidata a uma futura toxicomania ocorreria algo de intermediário entre um estádio de espelho bem sucedido e um estádio de espelho impossível, isto é, algo entre uma passagem "normal" e outra "psicótica" por este estádio, ou, melhor ainda, simultaneamente uma saída normal e uma impossibilidade de saída ou passagem psicótica pelo mesmo estádio.

Mais precisamente, Olievenstein (1983, 1991) explica o estádio do espelho partido de uma criança candidata a uma futura toxicomania da seguinte maneira: no momento em que ela está diante do espelho, este se parte, passando a refletir simultaneamente uma imagem e uma fenda. Forma-se, então, uma imagem fragmentada, incompleta. Este autor diz que as fendas deixadas pelas ausências de espelho remetem àquilo que existia anteriormente a um espelho bem sucedido:

a fusão mãe-filho, a indiferenciação, a inexistência de uma identidade. Admite então o mesmo autor que a vertente melancólica da toxicomania caracteriza-se por esta angústia de ser (nas imagens refletidas no espelho intacto) e, ao mesmo tempo, não ser (nas fendas do espelho partido), bem como pelo sentimento de incompletude que surge deste duplo movimento simultâneo do reconhecimento do eu no espelho e da falta deste reconhecimento nas fendas do espelho partido.

Avançando, Olievenstein (1983, 1991) diz que este estádio do espelho partido explica a incompletude, a existência parcial do toxicômano, o fato de ele não poder ser enquadrado inteiramente em nenhum diagnóstico, muito embora apresente um pouco de cada um deles. É neste sentido que este paciente será um pouco psicótico, um pouco maniaco-depressivo, um pouco perverso, um pouco homossexual etc. Entretanto, apenas um pouco, mas não inteiramente.

Caberia, então, interrogar: porque o espelho se parte na estruturação psíquica da criança candidata a uma futura toxicomania? Olievenstein (1983, 1991) responde a esta questão destacando a cinética da relação mãe-filho, sem a participação do pai. Mais precisamente, o autor diz que, quando o genitor encontra-se ausente, ou presente de forma negativa (pai frágil) na medida em que não se mostra suficientemente forte para romper o intercâmbio mãe-filho, resta à criança entregar-se à busca do prazer total e imediato simbolizado pela relação com sua genitora. Segundo o mesmo autor, nesta cinética mãe-filho sem a participação do pai, ou com sua participação precária, talvez se situe também a causa da homossexualidade tão frequente entre toxicômanos.

Na teorização lacaniana a lei é transmitida pelo pai. A propósito disto, Olievenstein (1983, 1991) diz que quando o genitor é vivenciado como frágil (pai idoso, impotente, homossexual ou incapaz de levar a mãe ao orgasmo), tal transmissão torna-se inoperante, surgindo a referida tendência para transgredir a lei, destacada acima como uma das duas condições necessárias e suficientes para a produção da toxicomania.

Esta tendência para transgredir a lei do pai conduz o indivíduo ao chamado "estádio do exagero", que sucede o estádio do espelho partido. Quando o pai não exerce sua função de transmitir a lei, o limite, o "não", e a necessidade da criança desta função paternal não pode

ser verbalizada em virtude de alguma censura, é então comunicada por via não verbal, isto é, através de atuações - componente perverso das toxicomanias - sob a forma do exagero e algum ato ou comportamento. Este exagero constitui, então, uma atuação na medida em que, ao ultrapassar o limite aceitável, o indivíduo expressa não verbalmente - pela via do ato ou, mais precisamente, do comportamento excessivo - um pedido de limites, comunicando, assim, sua carência da função paterna.

Na medida em que o exagero só aparece em virtude de algo que não é verbalizado (o pedido de limite), ele pressupõe a existência de um segredo. Segundo Olievenstein (1983, 1991) isto explica o prazer do toxicômano em fazer questão de tornar evidente e notório, especialmente para os familiares, seu comportamento exagerado de se drogar. Este autor cita um paciente de 35 anos que tentou suicídio por três vezes diante de seu filho e outro de 31 anos que produziu uma dúzia de comas também na frente do filho, ao passo que na ausência deste fizera apenas dois. A comunicação pela via da demonstração (via comportamental, via do exagero no ato de se drogar) de que algo vai mal passa a ocupar o lugar da verbalização de alguma falta, de algum mal.

Olievenstein postula que o exagero pode ter três momentos, a saber: 1) exagero da função lúdica; 2) exagero da masturbação; e 3) exagero do uso de droga, caso o indivíduo encontre a substância química e, assim, produza seu quadro clínico toxicomaniaco.

Para concluir, pode-se dizer que esta primeira tendência de abordagem das toxicomanias representada pela teorização do estágio do espelho partido por Olievenstein (1983, 1991) permitiu, na ocasião do primeiro tempo da experiência profissional clínica do autor deste trabalho, responder e embasar o principal questionamento clínico acima mencionado: sobre a simultaneidade dos diversos componentes psicopatológicos das toxicomanias, tese esta sustentada por Olievenstein e observada na clínica dos adolescentes usuários de droga atendidos pelo autor deste trabalho no SLA do Juizado de Menores do Rio de Janeiro.

Cabe agora passar ao detalhamento um pouco maior da segunda das duas tendências de teorização das toxicomanias acima mencionadas, a saber, aquela realizada pelos autores da psicanálise que abordam as

toxicomanias como situadas além da substância química, independentes, então, do encontro do indivíduo com a droga. Conforme já discutido em Bento (1983, 1986a), entre os autores representantes desta tendência que aborda as toxicomanias em sentido amplo, destacam-se os seguintes:

Fenichel (1945/1981) foi o primeiro a introduzir o que se pode entender como a noção de "toxicomania sem droga" quando, no capítulo consagrado à abordagem das "perversões e neuroses impulsivas", destacou a oposição de dois subitens assim denominados: "adição a drogas" (p.350) e "adição sem drogas" (p.354) - toxicomanias sem drogas.

Martinez-Pina (1963) utilizou este sentido amplo das toxicomanias quando destacou o termo alemão *sucht* (adição) para se referir a um estado patológico produtor de um forte desejo por alguma coisa, levando o indivíduo a permanecer preso a alguma determinada intenção, sem conseguir saciar-se. Este autor coloca que este termo designa um desvio de todos os interesses do indivíduo para um único objeto de desejo (a droga, o jogo, o poder, o dinheiro ou mesmo a paixão), que passa a ser investido com obsessão, paixão, exclusividade e de forma excessiva e desmedida. O autor resume suas ideias escrevendo: "O *sucht* é como o vício da paixão" (p. 270).

Savitt (1966) descreveu o caso de um paciente homossexual como um adicto do sexo. O autor relatou que este paciente passava as tardes passeando pelas ruas em busca de um homem portador de um grande pênis, enquanto, à noite, ia para saunas homossexuais onde, em seu furor sexual, trocava um parceiro por outro com a finalidade de se colocar como objeto de feição. Não conseguia obter gratificação orgásmica e apenas interrompia estes atos quando começava a correr sangue de seu pênis.

Rosenfeld (1972, 1974) abordou a questão do uso do psicanalista como se ele fosse uma droga indispensável. Segundo este autor, a evolução do tratamento do toxicômano conduziria a uma aproximação mais objetiva do terapeuta, que deixaria de funcionar como droga, passando a ser percebido como pessoa. O autor destacou também aquilo que chamou de "equivalentes da adição" para se referir à persistência de certos hábitos, após muitos anos de tratamento, como, por exemplo, predileções por determinadas comidas ou bebidas. Tais

predileções passariam a ocupar o lugar dos antigos vícios, apresentando-se como uma atração muito forte por certos objetos vivenciados como imprescindíveis. Como exemplo, o autor citou a voracidade para trabalhar, isto é, para realizar todo e qualquer tipo de tarefa.

Garzoli (1981) relacionou a adicção à transferência, relatando o caso de uma paciente que paralisou seu processo analítico quando começou a trazer uma série de sonhos fascinantes, não para elaborá-los, mas para consumir interpretações. Portanto, atuava no sentido de levar o analista a atuar no papel de um peito que provia infinitamente o "leite-interpretação", o que significava uma atuação na transferência de um estado de dependência total e exclusiva.

Kornblit (1981) diagnosticou uma família na qual o avô paterno é descrito como um adicto ao trabalho. Charles-Nicolas e Valleur (1983, 1991) abordaram a toxicomania como conduta ordálica e como paixão em sentido amplo. Finalmente, Ingold (1983, 1991) comparou a toxicomania com a paixão amorosa e com a paixão de Narciso do mito por si mesmo.

Para concluir, pode-se dizer que esta segunda tendência de abordagem das toxicomanias em sentido amplo, situadas além da substância química, independentes, então, do encontro do indivíduo com a droga, embora atraindo a atenção do autor deste trabalho por ocasião do primeiro tempo de sua história profissional, pouco acrescentou neste momento, vindo a ocupar lugar de maior destaque nos momentos seguintes, conforme se verá nos próximos itens, que abordarão respectivamente o segundo e o terceiro tempos desta história. Aliás, não é de se estranhar que, no primeiro tempo, as questões clínicas deste autor giravam em torno do diagnóstico de adolescentes usuários de droga (substância química) atendidos no SLA, sendo mesmo secundária a questão da noção de toxicomanias sem droga, em seu sentido amplo associada, em geral, ao termo "adicção".

## 2º tempo

Em fevereiro de 1984 o autor mudou-se do Rio de Janeiro para Curitiba para iniciar sua carreira como docente no Departamento de Psicologia de Universidade Federal do Paraná (UFPR). Enquanto professor passou a coordenar atividades de extensão universitária

e a supervisionar alunos na prática da psicologia clínica, particularmente no atendimento de pacientes sofrendo de compulsões diversas: adicção a drogas, álcool, comida, consumo, sexo, relacionamentos amorosos "tóxicos" etc. Como professor, o autor passou a lecionar, dentre outras, a disciplina de nome "Psicanálise das Toxicomanias", procurando integrar as duas tendências destacadas acima no relato do primeiro tempo de sua história profissional, abordando, então, as toxicomanias da droga (substância química) juntamente com as toxicomanias sem droga.

Este segundo tempo da experiência profissional clínica do autor relacionada à hipótese das paixões tóxicas e à sua clínica estendeu-se de fevereiro de 1984 a junho de 1991. Neste tempo, esta hipótese em sua expressão final - que faz referência à existência de uma analogia funcional entre as paixões e as toxicomanias - também não existia, estando, portanto, ainda em seu momento latente de concepção e gestação.

O grande destaque deste segundo tempo foi a utilização de filmes sobre relacionamentos amorosos "tóxicos" para servir de ilustração clínica nos cursos teóricos sobre Psicanálise das Toxicomanias realizados pelo autor. Em particular, dois filmes eram bastante utilizados: 1) Quando um homem ama uma mulher; e 2) Eu sei que vou te amar. Este último, baseado no livro de Jabor (1986) de mesmo nome, chegou mesmo a ser objeto de uma publicação em Bento (1991), na qual se analisam os diversos componentes psicopatológicos da toxicomania do amor e do sexo do casal de enamorados em destaque neste filme.

Outra publicação escrita neste segundo tempo, embora publicada apenas no terceiro tempo, abordando também a toxicomania sem droga, particularmente a toxicomania da paixão, pode ser aqui citada para ilustrar a produção do autor neste segundo momento (Bento, 1992b).

Em resumo, a hipótese central do primeiro tempo relacionada à clínica de adolescentes usuários de droga - aquela dos diversos componentes psicopatológicos das toxicomanias - foi, neste segundo tempo, generalizada às toxicomanias sem droga, dando destaque, entre estas, à clínica das toxicomanias do amor e do sexo.

### 3º tempo

No período compreendido entre julho de 1991 e fevereiro de 1996 o autor deste trabalho recebeu uma licença do Ministério da Educação e Cultura do Brasil (MEC) e da UFPR para fazer doutorado em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise na França, na Universidade Paris 7. Iniciou sua licença fazendo um estágio de aproximadamente dois meses no *Centre Médical Marmottan*, Paris, um centro para desintoxicação de toxicômanos em regime de internação, naquela ocasião sob a direção de Claude Olievenstein. O terceiro tempo da experiência profissional clínica deste autor relacionada à hipótese das paixões “tóxicas” e à sua clínica se estendeu, então, ao longo dos meses de julho e agosto de 1991.

Em seguida, iniciou-se uma pesquisa de revisão de literatura sobre o tema “Psicanálise e Toxicomanias” visando à futura tese de doutorado, essencialmente teórica, a ser defendida na Universidade Paris 7. Após um ano desta atividade de exame da literatura francesa sobre o referido tema, o autor ficou marcado particularmente pela leitura de dois textos principais, a saber: Delrieu (1988) e Le Poulichet (1987). Foram estes dois autores e seus escritos que forneceram os subsídios teóricos para que o autor analisasse criticamente sua experiência ao longo do primeiro e do segundo tempo de sua história profissional relacionada à hipótese das paixões tóxicas e à sua clínica, levando-o à formulação final e explícita, bem como ao nascimento desta hipótese que faz referência à existência de uma analogia funcional entre as paixões e as toxicomanias, estruturando seu projeto de tese de doutorado e, finalmente, marcando com um diferencial significativo de mudança o terceiro tempo de sua história profissional e a sua compreensão da noção de toxicomania. Seguem, então, os resumos destes achados teóricos em Delrieu (1988) e em Le Poulichet (1987), após introduzi-los com um breve resumo de Bento (1999) discursando sobre o aparecimento da noção de toxicomania no final do século XIX:

Enquanto que o uso de ‘drogas’ remonta à Antiguidade, é apenas por volta do final do século XIX que aparece a noção de ‘toxicomania’, tal como ela é concebida atualmente como associada à imagem de um flagelo social, à ideia de doença e ao domínio médico.

Mais precisamente, esta noção de toxicomania como flagelo social e doença produzida por dependência

e por abuso de droga aparece pela primeira vez em 1875 com o alemão Édouard Levinstein, sob o nome de morfiomania (Bento, 1999, p.16 - tradução livre).

Quanto aos achados teóricos em Delrieu (1988), cabe destacar que este autor examina mais de quatrocentos textos, estendendo-se sobre quase dois séculos (1800-1960) para construir uma história da moderna “toxicomania” na França. Ele mostra que o termo nasce no campo médico, no fim do século XIX, associado aos sentidos de “degenerescência”, “imoralidade” e “paixão”, assim discorrendo:

Considerado como um degenerado, logo como alguém atingido em suas faculdades superiores, particularmente morais, o toxicômano, nestes anos 1871-1898, cai sob o golpe destes tipos de julgamento: é um “viciado”, ou um “perverso”. com efeito, se é desagradável, para o mundo médico muito afetado por esta *paixão*, tomar para si tais qualificativos, por outro lado isto agrada àqueles que querem controlar o que alteraria as forças vivas da nação (trabalhadores, soldados, funcionários coloniais). Aqui o ideólogo toma a frente do terapeuta (Delrieu, 1988, p.39 - tradução livre).

Caberia ainda citar o pai da moderna toxicomania, Édouard Levinstein, em quem se nota o destaque do sentido passional do termo, quando ele escreve sobre o mesmo através de sua abordagem da morfiomania: “... morfiomania significa a paixão que possui um indivíduo de se servir da morfina como excitante ou como alimento, e o estado patológico que resulta do uso abusivo deste medicamento” (Levinstein, 1878, p.3 - tradução livre).

Quanto aos achados teóricos em Le Poulichet (1987), cabe destacar que esta autora abre seu livro com um primeiro capítulo crítico que funciona como introdução daquilo que ela diz pretender enquanto proposta rigorosa de teorização psicanalítica no campo das toxicomanias - que aparece apenas no seu segundo capítulo. Significa dizer que a autora tem a preocupação de abrir sua obra com um primeiro capítulo que analisa criticamente as propostas existentes na literatura versando sobre este campo de teorização para, assim, justificar sua proposição no mesmo campo; esta proposição apenas se faz presente no segundo capítulo. Em sua crítica, esta autora denuncia a inadequação de certas teorias sobre as toxicomanias que, ainda que se pretendam psicanalíticas, colocam a ênfase na substância

tóxica e no comportamento de se drogar (com a ingestão de substâncias químicas), esquecendo, assim, que em psicanálise a essência de toda pesquisa deveria ser a busca do sujeito do inconsciente. Em sua preocupação de propor uma teorização rigorosa neste domínio, a autora evoca o contexto de aparição do termo “toxicomania” (no século XIX, quando ele estava associado aos sentidos de doença, de flagelo social e, também, de paixão), deplora a perda desta última acepção (toxicomania como paixão) no campo da reflexão psicanalítica sobre as toxicomanias e termina propondo o que ela chama de operação do *phármakon*, uma operação situada além da toxicomania (da droga ou substância química).

A inspiração inicial de Le Poulichet (1987) ao propor a operação do *phármakon* é o *phármakon* platônico descrito por Derrida (1995, 1997) em “A farmácia de Platão” como veneno e remédio, simultaneamente e paradoxalmente, ou droga maléfica e benéfica, filtro de esquecimento e possibilidade de salvação pelo acesso ao *lógos*. Le Poulichet (1987) abre seu livro citando como epígrafe uma passagem de Derrida sobre este *phármakon* platônico, na qual se pode observar seu sentido paradoxal. Derrida (1997) escreve a esse respeito:

... E passa-se então ao diálogo sobre a essência da sabedoria, o melhor *phármakon*, o remédio capital.

A filosofia opõe, pois, ao seu outro, essa transmutação da droga em remédio, do veneno em contraveneno. Uma tal operação não seria possível se o *phármako-lógos* não abrigasse nele mesmo essa cumplicidade dos valores contrários, e se o *phármakon* em geral não fosse, antes de toda discriminação, o que, dando-se como remédio, pode [se] corromper em veneno, ou o que se dando como veneno pode se verificar remédio, pode aparecer depois de administrado em sua verdade de remédio. A “essência” do *phármakon* é que, não tendo essência estável, nem caráter “próprio”, não é, em nenhum sentido dessa palavra (metafísico, físico, químico, alquímico), uma substância. O *phármakon* não tem nenhuma identidade ideal, ele é aneidético, e primeiro porque ele não é monoeidético (no sentido em que o Fédon fala do eídos como de um simples: monoeidés). Esta “medicina” não é um simples. ...

Esta não-substância farmacêutica não se deixa manejar com toda segurança nem em seu ser, já que ela não o tem, nem em seus efeitos, que podem incessantemente mudar de sentido. Assim, a escritura,

anunciada por Theuth como um remédio, como uma droga benéfica, é em seguida devolvida e denunciada pelo rei, depois, no lugar do rei, por Sócrates, como substância maléfica e filtro do esquecimento. Inversamente, e ainda que a legibilidade não seja imediata, a cicuta, essa poção que nunca teve outro nome no Fédon senão o de *phármakon*, é apresentada a Sócrates como um veneno, mas ela se transforma, pelo efeito do *lógos* socrático e pela demonstração filosófica do Fédon, em meio de libertação, possibilidade de salvação e virtude catártica. A cicuta tem um efeito ontológico: iniciar à contemplação do eídos e à imortalidade da alma. Sócrates a toma como tal. (pp.73) - Ver passagem correspondente na edição francesa: Derrida (1968/1995, p.333).

Este *phármakon* platônico, destacado nesta passagem de Derrida como uma “não substância farmacêutica” paradoxal, ao mesmo tempo veneno e remédio, não poderia ser comparado ou assimilado à “paixão”, já que esta é igualmente uma não substância e também comporta um sentido paradoxal desde a origem deste termo na Antiguidade Grega, conforme já se analisou em Bento (2006a, 2008)?

Sobre a operação do *phármakon*, Le Poulichet (1987) também a situa além da substância química. Em outras palavras, tanto a operação do *phármakon* quanto o *phármakon* platônico evocam a ideia da existência de uma não substância na base da intoxicação, de uma toxicomania sem droga ou substância química. A respeito desta operação do *phármakon*, situada além da droga, Le Poulichet (1987) escreve:

... tentarei num primeiro tempo especificar as qualidades desta operação, me afastando dos modelos psicofarmacológicos. É apenas após ter apreciado as características desta operação do *phármakon* - que não é equivalente ao uso de drogas - que eu examinarei o tipo de formação ao qual ela pertence. Apenas neste momento eu abordarei o lugar desta formação nas diferentes toxicomanias (p.39 tradução livre).

Pode-se já pressentir que o verdadeiro tóxico - aquele que nos ocupa numa clínica psicanalítica - não é provavelmente a droga em si! (p.73 tradução livre).

Para precisar o que seria esta não substância, que está além da droga, na base da intoxicação, ou mais precisamente, da operação do *phármakon*, Le Poulichet não a compara com a paixão, conforme foi questionado acima. No entanto, ao criticar as teorias de

inspiração psicanalítica sobre as toxicomanias influenciadas pelo modelo positivista de ciência conduz o leitor à compreensão de que tais teorias têm valorizado o exterior, o que é objetivamente observável: a substância química e o comportamento de se autoadministrar tal substância, esquecendo-se, assim, do interior, do inconsciente, de refletir o que seria a intoxicação de um ponto de vista verdadeiramente psicanalítico, valorizando o subjetivo. É neste momento que a autora evoca a figura plural da “paixão”, presente nas primeiras definições médicas na origem das modernas toxicomanias do final do século XIX, deplorando o esquecimento desta imagem por parte das atuais abordagens psicanalíticas das toxicomanias. Le Poulichet (1987 p.13) escreve a esse respeito:

... Precisamente, uma certa psicanálise pode validar esta dupla empreitada de medicalização e psicologização das toxicomanias. A figura plural da ‘paixão’, que dominava no século XIX para dar conta das toxicomanias e que não separava o corpo da ‘alma’, teria constituído uma base mais propícia à reflexão psicanalítica, conservando a dimensão subjetiva e enigmática da experiência (tradução livre).

Foi com a finalidade de trazer uma teorização rigorosa em psicanálise das toxicomanias que a autora propôs a operação do *phármakon*. Esta operação investiria também em uma não substância que, como já foi assinalado, Le Poulichet não refere como sendo a paixão, mas sim, o excesso narcísico, um investimento que remeteria a uma autoconservação paradoxal.

Prosseguindo, Le Poulichet afirma que tanto a toxicomania que investe nas substâncias químicas quanto a operação do *phármakon* em torno da não substância procuram uma saída pelo excesso narcísico, um retorno ao órgão, ao corpo real, no lugar de um investimento simbólico, como alternativa para se lidar com uma excitação, uma angústia, um vazio devido à separação do objeto do mundo exterior e, também, uma ausência de palavras para lidar com tal angústia de separação. Le Poulichet (1987) escreve:

... É bem uma forma de angústia que aparece quando falta o tóxico, como se o corpo, no lugar de se formar nas cadeias significantes, chamasse a restituição de um órgão que “liga” as excitações. Estas últimas suscitam uma *Hilflosigkeit* que testemunha um aumento intolerável das tensões. É aliás frequente como em resposta às formas de vazios (arrom-

bamentos) que “recaídas” intervêm neste tempo da abstinência. O tóxico ressurge como que para restaurar uma proteção face aos acontecimentos ou pensamentos frequentemente sentidos como ameaçadores, próprios a despertar o terror e o pavor.

mas este modelo do vazio parece representar uma constante clínica quando o uso de tóxicos se transformou numa operação do *phármakon*.

Como se pode conceber este vazio (arrombamento)? Ele parece adquirir uma forma de inteligibilidade se ele se acha remetido ao “reduplicamento narcísico” que a operação do *phármakon* organiza. Nenhum desses vazios sobrevêm precisamente, quando se realiza uma tal operação. E é bem muito frequentemente uma espécie de meio-sono que o *phármakon* provoca, criando como que um retraimento dos investimentos do mundo exterior. Um tal “reduplicamento narcísico”, que tenta “ligar” as excitações, marca o fracasso de uma ligação mais estruturante: de fato, a noção freudiana de vazio implica aqui numa falha da ancoragem do corpo nas cadeias significantes (p.46, tradução livre).

Pela passagem acima observa-se que, em Le Poulichet, a não substância que intoxica na operação do *phármakon* é o excesso narcísico, um reduplicamento do narcisismo a partir da retirada dos investimentos nos objetos do mundo exterior. Mais precisamente, pode-se dizer que a proposta rigorosa de teorização psicanalítica das toxicomanias desta autora afirma que o que intoxica, do ponto de vista do inconsciente, é o excesso narcísico.

Partindo destes achados de Le Poulichet (1987) para repensar criticamente a história profissional clínica do autor relacionada à hipótese das paixões “tóxicas”, pode-se dizer que a ideia de “toxicomania sem droga” já lhe era conhecida desde o primeiro tempo desta sua história, conforme se relatou acima. No entanto, ao ler estas críticas de Le Poulichet (1987) o autor se deu conta de que, apesar de sempre ter estado em busca de uma teorização psicanalítica rigorosa tratando das toxicomanias, havia até o momento valorizado o comportamento toxicomaniaco em detrimento da valorização do sujeito do inconsciente, este enquanto objeto essencial de uma teorização psicanalítica rigorosa. Era este comportamento toxicomaniaco que era valorizado tanto quando utilizava expressões como “toxicomania

do amor, do sexo e da paixão” (Bento, 1991; 1992b), quanto quando defendia a tese dos diversos componentes psicopatológicos das toxicomanias (Bento, 1983; 1986a; 1986b; 1987; 1991; 1992a).

Embora Le Poulichet (1987) não tenha feito uma crítica diretamente a Olievenstein, nem, obviamente, ao seu estádio do espelho partido, pode-se inferir, a partir da leitura da primeira, que a proposta do segundo é inadequada, pois a teorização de Olievenstein (1983; 1991) sobre este estádio do espelho partido expressa uma pretensão psicanalítica, já que se inspira no estádio do espelho de Lacan (1966b, 1966/1998b), mas, ao mesmo tempo, mistura a noção de estrutura da psicanálise com a valorização do sintoma-comportamento própria das psicologias comportamentais. Mais precisamente, Olievenstein defende a ideia de uma estrutura *borderline* para explicar os diversos componentes psicopatológicos das toxicomanias, os quais, na verdade, constituem sintomas, comportamentos patológicos. Como se sabe, a noção de *borderline* tem sido muito criticada pelos psicanalistas rigorosos que acreditam na existência de uma única estrutura e não um conjunto de diversas estruturas reunidas e presentes simultaneamente em um único caso. Sobre esta crítica à expressão e à ideia contida no termo “*borderline*”, Laplanche e Pontalis (1967/1998) escrevem, ao abordá-lo através da expressão “caso-limite”:

Expressão utilizada a maioria das vezes para designar afecções psicopatológicas situadas no limite entre neurose e psicose, particularmente esquizofrenias latentes que apresentam uma sintomatologia de feição neurótica.

Como se pode ver na passagem acima, a expressão “caso-limite” (*borderline*) não possui uma significação nosográfica rigorosa. Pode-se supor nas entrelinhas desta passagem que a falta de rigor desta expressão resulta da mistura da noção de estrutura utilizada na psicanálise com uma suposta noção de “sintoma-comportamento” utilizado com função defensiva, esta última noção muito comum em abordagens próprias de uma psicologia comportamental. Parece que, em se tratando de rigor de abordagem, não há problema algum em se optar por fazer psicologia do comportamento, desde que esta opção não apareça misturada com outras propostas que lhe sejam incompatíveis. Neste caso, parece que a falta de rigor residiria em misturar psicologia com-

portamental com psicanálise, a primeira valorizando o estudo do comportamento, em oposição à segunda, que coloca a ênfase na investigação do sujeito do inconsciente. Obviamente, duas propostas nitidamente incompatíveis, dois objetos de estudos claramente distintos.

Na compreensão corrente da clínica psicanalítica das toxicomanias, sabe-se que existem toxicômanos com diversas estruturas, cada toxicômano portador de apenas uma das três estruturas psicopatológicas clássicas (ou neurótica, ou perversa, ou psicótica), embora todos podendo apresentar, com fins defensivos e simultaneamente, sintomas ou comportamentos patológicos próprios de uma ou mais e até das três estruturas.

A elaboração feita pelo autor após ler Le Poulichet (1987) levou-o a rever sua compreensão da noção de toxicomania e a estruturar um projeto de tese de doutorado coerente com o que havia assimilado principalmente desta autora e de Delrieu (1988). Reformulou, então, sua proposição anterior sobre a “toxicomania do amor, do sexo e da paixão”, já que esta expressão sugeria um comportamento de se intoxicar respectivamente com o amor, com o sexo e com a paixão. No lugar desta ideia passou a adotar o método do raciocínio por analogia para pensar a relação existente entre os três termos que se apresentavam até então como relevantes, a saber: 1) paixão; 2) toxicomania; e 3) narcisismo. Mais precisamente, passou-se a partir do pressuposto hipotético de que a paixão era análoga à toxicomania porque existiria uma função semelhante, mas não idêntica, nas duas, que as aproximava: a função do narcisismo. Mais precisamente, passou-se a postular que, do ponto de vista do inconsciente, seria o excesso narcísico aquilo que intoxicaria tanto na paixão quanto na toxicomania. Neste momento nasceu a hipótese das paixões “tóxicas”. Acreditou-se que com a substituição do modelo comportamental inerente à expressão “toxicomania do amor, do sexo e da paixão” por um método de pesquisa (o raciocínio por analogia), evocando a linguística no lugar da psicologia comportamental, seria possível valorizar mais a dimensão da experiência subjetiva inconsciente em detrimento da valorização da dimensão comportamental. Como se sabe, Lacan enunciava sua tese fundamental quando afirma que o inconsciente é estruturado como linguagem. Lacan (1966a, 1966/1998a) escreve a este respeito desde as primeiras

linhas do subitem “A letra no inconsciente”, na obra “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud”:

A obra completa de Freud nos apresenta uma página de referências filológicas a cada três páginas, uma página de inferências lógicas a cada duas páginas e, por toda parte, uma apreensão dialética da experiência, vindo a analítica linguageira reforçar ainda mais suas proporções à medida que o inconsciente vai sendo mais diretamente implicado.

Assim é que, na Ciência dos sonhos, trata-se apenas, em todas as páginas, daquilo a que chamamos a letra do discurso, em sua textura, seus empregos e sua imanência na matéria em causa. Pois esse texto abre com sua obra a via régia para o inconsciente.

A primeira cláusula, articulada logo no capítulo preliminar, posto que a exposição não pode suportar sua demora, é que o sonho é um rébus. ... As imagens do sonho só devem ser retidas por seu valor de significante, isto é, pelo que permitem soletrar do “provérbio” proposto pelo rébus do sonho. Essa estrutura de linguagem que possibilita a operação da leitura está no princípio da significância do sonho, da Traumdeutung (Lacan, 1966/1998a, p.513 Ver passagem correspondente na edição francesa: Lacan (1966a, p.509).

Lacan postula assim sua hipótese da estruturação do inconsciente enquanto linguagem sublinhando, ao mesmo tempo, que foi Freud quem primeiro propôs “uma apreensão dialética da experiência, vindo a analítica linguageira reforçar ainda mais suas proporções à medida que o inconsciente vai sendo diretamente implicado.” (1966/1998a, p. 513). Esta hipótese encontra seu fundamento mais forte na *Interpretação de sonhos* (Freud, 1900/1972a, 1900/1972b), sobretudo porque é a “ciência dos sonhos” que, abrindo “com sua obra a via régia para o inconsciente”, demonstra, mais do que as outras obras de Freud, a existência de um inconsciente estruturado como linguagem.

Tendo justificado acima a escolha do raciocínio por analogia pelo fato de ele permitir maior rigor em uma pesquisa psicanalítica - em função de ser um método evocando a linguística e seu correspondente objeto (a língua), no lugar da psicologia do comportamento e seu respectivo objeto (o comportamento) - pode-se agora avançar esclarecendo que o projeto de pesquisa de tese de doutorado passou a ser direcionado pelo

seguinte problema fundamental: de um ponto de vista metapsicológico (inconsciente), em particular, do ponto de vista da economia narcísica, não se poderia comparar a paixão e a toxicomania? Em outras palavras, existiria uma analogia fundamental entre a paixão e a toxicomania a partir da função do narcisismo, mais precisamente do excesso narcísico, semelhante na paixão e na toxicomania? Com tais questões esboçava-se, então, a hipótese fundamental deste trabalho - a das paixões “tóxicas”, assim expressa: existe uma analogia funcional entre as paixões e as toxicomanias a partir da função do excesso narcísico, semelhante, porém não idêntica, nas paixões e nas toxicomanias.

Equacionado o problema de pesquisa na forma acima mencionada, o plano da tese estava implicitamente definido. Seu objetivo seria encontrar os fundamentos teóricos destas três noções articuladas conforme se descreveu acima tanto o problema quanto a hipótese central das paixões “tóxicas”. A tese, essencialmente teórica, seria então dividida em três grandes partes, cada qual consagrada ao estudo de uma destas três noções em destaque, a saber: 1) paixão; 2) toxicomania; e 3) narcisismo, bem como ao estudo das mútuas relações analógicas entre as mesmas noções. Acreditou-se que mediante este plano seria possível construir um corpo teórico e discutir os fundamentos teóricos da hipótese central, a partir de uma perspectiva rigorosamente psicanalítica de teorização sobre as toxicomanias, as adições e, finalmente, as paixões “tóxicas”.

## Considerações Finais

Acredita-se que este estudo atingiu seu objetivo principal, pois, de fato, foram apresentadas aqui as justificativas clínicas e teóricas da hipótese das paixões “tóxicas” a partir de uma dupla empreitada: 1) o relato e o questionamento da história da experiência profissional do autor com a clínica psicológica das paixões “tóxicas”, ao longo de três tempos principais (de 1/78 a 2/84; de 2/84 a 6/91; a partir de 7/91); e 2) a abordagem dos fundamentos teóricos que embasaram cada um destes três momentos. Com esta dupla ação foi possível demonstrar como se chegou à hipótese em questão e, assim, justificá-la com argumentos clínicos e teóricos.

Quanto às limitações deste estudo, pode-se dizer que não se abordou a discussão dos fundamentos teóri-

cos dos métodos desta pesquisa, nem as aplicações destes métodos nas paixões “tóxicas”, até porque estes não faziam parte dos objetivos e, também, porque tal empreitada extrapolaria os limites espaciais deste trabalho. Para os leitores interessados em se aprofundar nestes fundamentos, particularmente nas bases teóricas do método do raciocínio por analogia, bem como no estudo de suas relações com o método semiológico, ambos métodos centrais nesta pesquisa das paixões “tóxicas”, sugere-se a leitura de Bento (1996).

No que concerne especificamente aos fundamentos teóricos do método semiológico utilizado nesta investigação das paixões “tóxicas”, deve-se informar que estes já foram discutidos em outras oportunidades, podendo-se, então, remeter os leitores interessados à leitura de Bento (1996, 2006b, 2007a, 2007b).

Já os leitores interessados em se aprofundar na pesquisa das aplicações do método semiológico no campo das toxicomanias, das adições e das paixões “tóxicas”, com ênfase na discussão da hipótese central das paixões “tóxicas” tal como enunciada neste estudo, poderão ler Bento (1993, 1994a, 1994b, 1995, 1996, 1998, 1999, 2003, 2006a, 2007c, 2008).

## Referências

Bento, V. E. S. (1983). *Os componentes psicopatológicos das toxicomanias*. Dissertação de mestrado não-publicada, Centro de Pós-Graduação em Psicologia, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

Bento, V. E. S. (1984). A psicologia no Serviço de Liberdade Assistida do Juizado de Menores da comarca do Rio de Janeiro. In F. A. M. Rosa (Org.), *Direito e mudança social* (pp.189-199). Rio de Janeiro: OAB-RJ.

Bento, V. E. S. (1986a). *Os componentes psicopatológicos das toxicomanias*. Curitiba: Edição do Autor.

Bento, V. E. S. (1986b). O paradoxo da vivência de morte do toxicômano. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 38(1), 47-57.

Bento, V. E. S. (1987). A psicopatologia da drogadicção: uma abordagem psicanalítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39 (1), 41-50.

Bento, V. E. S. (1991). Sexualidade das toxicomanias do amor e do sexo como controle e poder onipotentes: uma abordagem psicanalítica e uma análise do filme “Eu sei que vou te amar”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (9), 451-456.

Bento, V. E. S. (1992a). Psychopathologie psychanalytique des toxicomanies. *Interventions: Revue de l'ANIT - Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie*, (34), 35-40.

Bento, V. E. S. (1992b). A “Psicologia de grupo e a análise do ego (1921)” de Freud e uma introdução à psicanálise da toxicomania da paixão em Freud. *Documenta CRP-08*, 2 (3), 109-124.

Bento, V. E. S. (1993). Tóxico, droga, toxicomania e adicção: uma introdução à etimologia segundo uma ótica psicanalítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42 (7), 373-380.

Bento, V. E. S. (1994a). “Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância”: considerações sobre o narcisismo em Freud e sobre a paixão amorosa “tóxica” a partir de Freud. *Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra*, 24 (47), 94-113.

Bento, V. E. S. (1994b). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade: considerações sobre o conceito de narcisismo em Freud (1905) e sobre a paixão amorosa “tóxica” a partir de Freud. *Revista ABP-APAL*, 16 (4), 154-164.

Bento, V. E. S. (1995). O presidente Schreber, um caso de paranóia: considerações sobre o narcisismo em Freud (1911) e sobre a paixão amorosa “tóxica” a partir de Freud. *Informação Psiquiátrica*, 14 (1), 27-35.

Bento, V. E. S. (1996). *La passion amoureuse “toxique”: une approche psychanalytique à partir de la sémiologie et du narcissisme chez Freud*. Thèse de doctorat pas-publié, Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse, Université Paris 7. Paris, France.

Bento, V. E. S. (1998). O narcisismo em Freud e paixão “tóxica” a partir de Freud. *Psicologia em Estudo*, 3 (2), 1-37.

Bento, V. E. S. (1999). Pour introduire une “sémiologie psychanalytique” de la notion de “toxicomanie” dans l’approche médicale. *Interventions: Revue de l'ANIT - Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie*, (68), 16-22.

Bento, V. E. S. (2003). O narcisismo em Freud e a paixão “tóxica” a partir de Freud. In M. Baptista, M. S. Cruz & R. Matias (Orgs.), *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento e tabu* (Vol. 1, pp.147-172). Rio de Janeiro: EdUERJ.

Bento, V. E. S. (2006a). Tóxico e adicção comparados a paixão e toxicomania: etimologia e psicanálise. *Psicologia USP*, 17 (1), 181-206.

Bento, V. E. S. (2006b). Seria a semiologia de Saussure fundamento e justificativa para o método de pesquisa de revisão de literatura em psicanálise? *Estudos de Psicologia* (Campinas), 23 (4), 407-423.

Bento, V. E. S. (2007a). Totem e Tabu: uma “semiologia psicanalítica” em Freud? *Estudos de Psicologia* (Campinas), 24 (3), 397-406.

Bento, V. E. S. (2007b). Existiria uma “semiologia psicanalítica” em Lacan? *Aletheia*, (25), 177-190.

Bento, V. E. S. (2007c). Para uma semiologia psicanalítica das toxicomanias: adições e paixões tóxicas no Freud pré-psicanalítico. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 7 (1), 89-121.

Bento, V. E. S. (2008). Para uma semiologia psicanalítica da paixão na Antiguidade Grega e seus sentidos adictivo e tóxico. *Psicologia USP*, 19 (2), 129-158.

Charles-Nicolas, A., & Valleur, M. (1983). As condutas ordálicas. In C. Olievenstein. *A vida do toxicômano* (pp.87-105). Rio de Janeiro: Zahar.

- Charles-Nicolas, A., & Valleur, M. (1991). Les conduits ordaliques. In C. Olievenstein. *La vie du toxicomane* (3e. éd., pp.82-99). Paris: PUF.
- Delrieu, A. (1988). L'inconsistance de la toxicomanie. *Analytica, Cahiers de Recherche du Champ Freudien*, (53), 1-128.
- Derrida, J. (1995). La pharmacie de Platon. In Platon & J. Derrida, *Phèdre suivi de La pharmacie de Platon* (pp. 255-403). Paris: GF-Flammarion.
- Derrida, J. (1997). *A farmácia de Platão* (2a. ed.). São Paulo: Iluminuras.
- Fenichel, O. (1981). Perversões e neuroses impulsivas. In O. Fenichel. *Teoria psicanalítica das neuroses* (pp.303-359). Rio de Janeiro: Atheneu
- Freud, S. (1972a). A interpretação de sonhos (primeira parte). In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 4, pp.vii-360). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1972b). A interpretação de sonhos (segunda parte). In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 5, pp.361-663). Rio de Janeiro: Imago.
- Garzoli, E. H. (1981). Sobre la adicción de transferencia. *Psicoanálisis*, 3 (1), 193-229.
- Ingold, R. (1983). O estado de dependência. In C. Olievenstein. *A vida do toxicômano* (pp.51-73). Rio de Janeiro: Zahar.
- Ingold, R. (1991). L'état de dépendance. In C. Olievenstein. *La vie du toxicomane* (3e. éd., pp.49-70). Paris: PUF.
- Jabor, A. (1986). *Eu sei que vou te amar* (7a. ed). Rio de Janeiro: Record.
- Kornblit, A. (1981). Puntuaciones semánticas en el análisis de las relaciones familiares. *Revista Argentina de Psicología*, 12 (30), 157-182.
- Lacan, J. (1966a). L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud. In J. Lacan. *Écrits* (pp.493-528). Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1966b). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. In J. Lacan. *Écrits* (pp.93-100). Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1998a). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In J. Lacan. *Escritos* (p.496-533). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1966)
- Lacan, J. (1998b). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In J. Lacan. *Escritos* (pp.96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1966)
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1990). *Vocabulaire de la psychanalyse* (10e. éd.). Paris: PUF. (Originalmente publié en 1967)
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1998). *Vocabulário da psicanálise* (2a. ed., 8a. tiragem). São Paulo: Martins Fontes
- Le Poulichet, S. (1987). *Toxicomanies et psychanalyse: Les narcoses du désir*. Paris: PUF.
- Levinstein, E. (1878). *La morphiomanie*. Paris: Masson.
- Martínez-Pina, A. (1963). Delimitation y analisis fenomenologico del concepto toxicofilia. *Revista de Psiquiatria y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 6 (4), 270-289.
- Olievenstein, C. (1983). A infância do toxicômano. In C. Olievenstein. *A vida do toxicômano* (pp.7-36). Rio de Janeiro: Zahar.
- Olievenstein, C. (1991). L'enfance du toxicomane. In C. Olievenstein. *La vie du toxicomane* (3e. éd., pp.5-33). Paris: PUF.
- Rosenfeld, D. (1972). El paciente drogadicto: guía clínica y evolución psicopatológica en el tratamiento psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis*, 29 (1), 99-135.
- Rosenfeld, D. (1974). Adicción a las drogas, omnipotencia narcisista, trastornos en la piel y esquema corporal. Aportes a la dialéctica de los grupos. *Revista de Psicoanálisis*, 31 (1-2), 365-402.
- Savitt, R. A. (1966). Estudios psicoanalíticos sobre la adicción: la estructura del yo en la adicción a narcóticos. *Revista de Psicoanálisis*, 23 (3), 334-344.

Recebido em: 31/1/2009

Aprovado em: 26/5/2009

# 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 pronomes.
- Todos os dados da titulação e filiação deverão ser apresentados por extenso, sem nenhuma sigla.
- Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados todos os autores;
- Indicação de endereço para correspondência com o editor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;
- Se necessário, apresentar indicação de atualização de filiação institucional;

- Incluir nota de rodapé contendo apoio financeiro, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos, em parágrafo não superior a três linhas. Este parágrafo deverá informar, também, sobre a origem do trabalho e outras informações que forem consideradas relevantes, por exemplo, se o trabalho foi anteriormente apresentado em evento, se é derivado de tese ou dissertação, coleta de dados efetuada em instituição distinta daquela informada como sendo a instituição de origem dos autores etc.

#### - Folha à parte contendo resumo em português

O resumo deverá conter o mínimo de 100 e o máximo de 150 palavras, ou seja, de cinco a dez linhas. Não é permitido o uso de siglas e citações. Deverá conter, ao final, de três a cinco palavras-chave, que descrevam exatamente o conteúdo do trabalho, de acordo com o Thesaurus da APA, a fim de facilitar a indexação do mesmo. Tais palavras deverão ser grafadas com letras maiúsculas e separadas com ponto. O resumo deverá incluir breve referência ao problema investigado, características da amostra, método usado para a coleta de dados, resultados e conclusões. Apenas a resenha dispensa resumo.

#### - Folha à parte contendo abstract em inglês

O *abstract* deverá ser compatível com o texto do resumo. Deverá seguir as mesmas normas, e vir acompanhado de *key words* compatíveis com as palavras-chave.

#### - Organização do trabalho

O texto de todo trabalho submetido à publicação deverá ter uma organização clara e títulos e subtítulos que facilitem a leitura. Para os relatos de pesquisa, o texto deverá, obrigatoriamente, apresentar introdução, metodologia, resultados e discussão.

#### - Ilustrações

Tabelas, quadros e figuras deverão ser limitados a cinco, no conjunto, e numerados consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Deverão vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. A cada um se deverá atribuir um título breve.

O autor se responsabiliza pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente), pois, não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão jpeg e resolução mínima de 300 Dpi.

As palavras **Figura, Tabela, Anexo** que aparecerem no texto deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número (Figuras, Tabelas e Anexos) a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Os títulos deverão ser concisos. Informar o local do estudo e o ano.

A publicação de imagens coloridas será custeada pelo(s) autor(es).

Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), Estudos de Psicologia providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

## - Referências e citações no texto

Os artigos deverão ter em torno de trinta referências, exceto no caso de artigos de revisão, que poderão apresentar em torno de cinquenta. Elas deverão ser indicadas em ordem alfabética do último sobrenome do autor principal.

Trabalhos com um único autor deverão vir antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Em caso de trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os co-autores sejam diferentes, deverá ser assumida como critério a ordem alfabética dos sobrenomes dos co-autores.

Trabalhos com os mesmos autores deverão ser ordenados por data, vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data deverão ser ordenados pelo ordem alfabética do título.

A formatação das referências deverá facilitar a tarefa de revisão e de editoração; para tal, além de espaço 1,5 entre linhas e tamanho de fonte 11, o parágrafo deverá ser normal, sem recuo e sem deslocamento das margens.

Os títulos dos periódicos deverão ser escritos por extenso. **Não serão aceitas** citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, de **resumos** de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros. Os **textos não publicados** (exemplos, aulas, entre outros deverão ser evitados). Os grifos deverão ser indicados por fonte itálica. No corpo do texto, as indicações deverão ser feitas do seguinte modo: (sobrenome(s) do(s) autor(es), ano de publicação), devendo ser estas informações coerentes com o que consta nas referências.

Nos casos em que os trabalhos citados não foram consultados na fonte (citação secundária), deverá ser citado, no corpo do texto, da seguinte maneira: (sobrenome do autor original, *apud* sobrenome do autor lido, data). Nas referências, citar apenas a obra consultada e a sua data.

Em caso de citações antigas, com novas edições da obra, a citação deverá incluir as duas datas, a original e a data da edição lida pelo autor.

As citações de artigos de autoria múltipla deverão ser feitas da seguinte forma:

- Artigo com dois autores: citar os dois autores sempre que o artigo for referido;

- Artigo com três a cinco autores: citar todos os autores na primeira aparição no texto; da segunda aparição em diante, utilizar sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.* (e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo);

- Artigos com seis autores ou mais: citar o sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.* e do ano, desde a primeira aparição no texto.

No caso de **citação literal**, o trecho deverá aparecer entre aspas, com indicação, logo após o sobrenome do autor e a data, da(s) página(s) de onde foi retirado. Trechos com mais de 40 palavras deverão ser colocados em bloco separado, sem aspas e sem itálico, com recuo de cinco espaços com relação à margem esquerda.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor, do mesmo modo que o conteúdo dos trabalhos é de sua exclusiva responsabilidade. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser seguidos da data de publicação e listados na seção de referências. As citações e referências deverão ser feitas de acordo com as normas da APA.

Apresentamos exemplos de casos mais comuns, para orientação:

## Artigo de revista científica

Simons, L.G., & Conger, R.D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *Journal of Family Issues*, 28 (2), 212-241.

## Artigo de revista científica no prelo

Indicar, no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas, até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

Sampaio, M. I. C., & Peixoto, M. L. (nº prelo). Periódicos brasileiros de psicologia indexados nas bases de dados LILACS e Psycinfo. *Boletim de Psicologia*.

## Livros

Rodrigues, M. C. P., & Azzi, R. G. (2007). *Psicologia do esporte: trilhando caminhos em busca de iniciação na área*. Taubaté: Cabral.

## Capítulos de livros

Schmidt, M. (2004). *Stress e religiosidade cristã*. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.177-186). Campinas: Papirus.

## Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.), New York: Norton. (Originalmente publicado em 1950)

## Citação secundária

Se o original não foi lido, citar os autores da seguinte forma: "Selye (1936, *apud* Lipp, 2001) ...". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

## Teses ou dissertações não publicadas

Cusatis Neto, R. (2007). *Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

## Autoria institucional

World Health Organization. (2006). *WHO rapid advice guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus*. Washington, DC: Author.

## Trabalho apresentado em congresso publicado em anais

Malabris, L. E. (2006). A terapia cognitivo-comportamental frente ao stress ocupacional e a síndrome de burnout. *Anais do VI Congresso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas* (Vol 1). Buenos Aires.

## Material eletrônico

### Artigos de periódicos

Candiotto, C. (2007). Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault. *Kriterion*, 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 CHECKAGEM

- 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](mailto: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

Candiotto, C. (2007). Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault. *Kriterio*, 48 (115). Recuperado em janeiro 16, 2008, disponível em <http://www.scielo.br> doi: 10.1590/S0100-512X2007000100012.

### 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

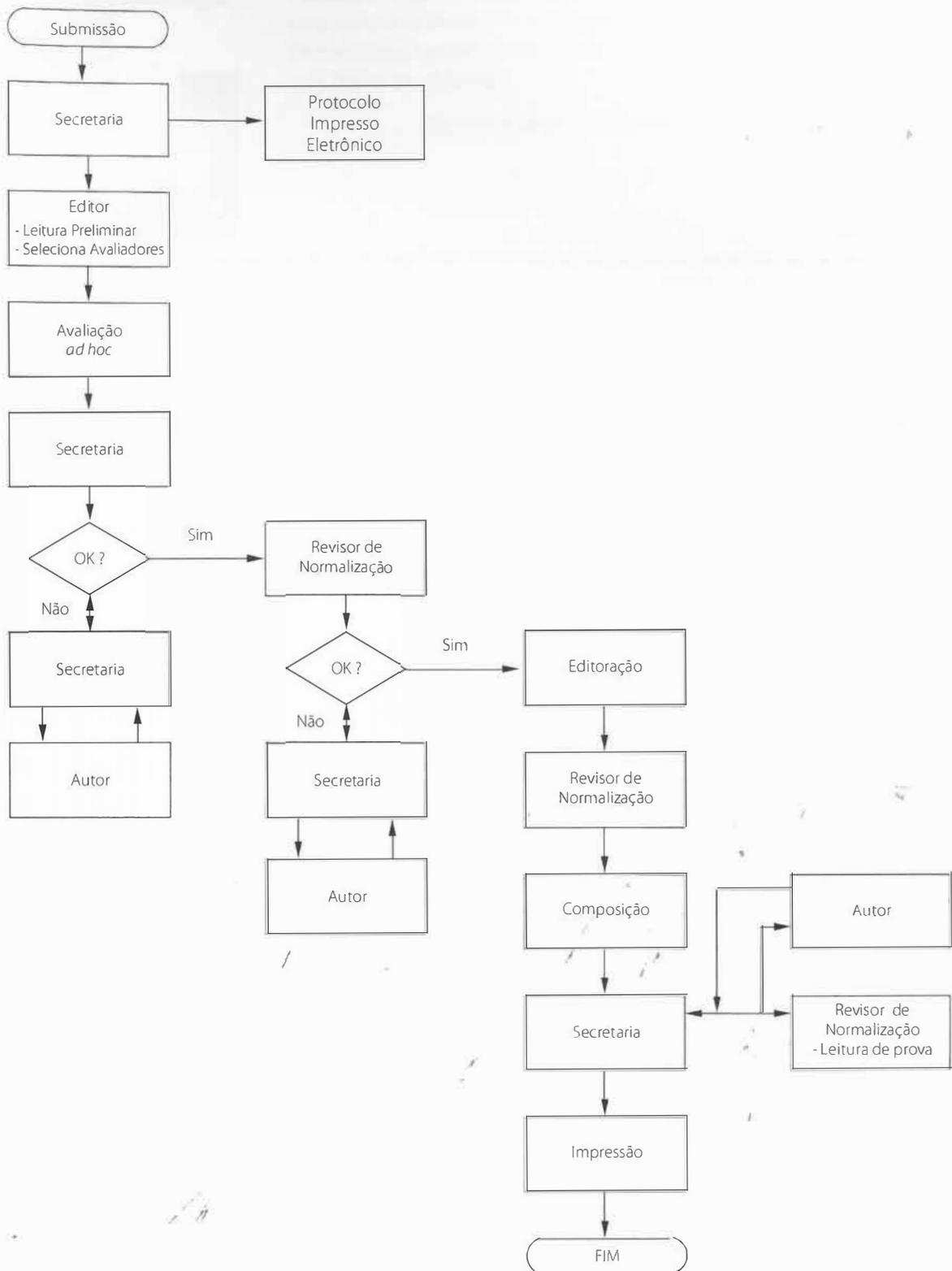
Av. John Boyd Dunlop, s/n. Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama - 13060-904 Campinas, SP, Brazil

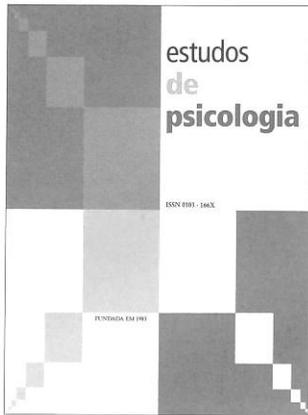
Fone/Fax: +55-19-3343-6875

E-mail: [ccv.revistas@puc-campinas.edu.br](mailto: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 22 (2005)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 40,00	<input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b>	R\$ 50,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 23 (2006)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 40,00	<input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b>	R\$ 50,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 24 (2007)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 40,00	<input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b>	R\$ 80,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 25 (2008)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 70,00	<input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b>	R\$ 120,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 26 (2009)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 80,00	<input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b>	R\$ 130,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 27 (2010)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 90,00	<input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b>	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** CPE

**Razão Social: Sociedade Campineira de Educação e Instrução. CNPJ: 46.020.301/0001-88**

Enviar esta ficha juntamente com seu pagamento para:

**Estudos de Psicologia** - Núcleo de Editoração - Prédio de Odontologia - Campus II

Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Jd Ipaussurama - 13060-904 - Campinas - SP. Fone/Fax: (19) 3343-6875

E-mail: ccv.assinaturas@puc-campinas.edu.br - Home Page: <http://www.puc-campinas.edu.br/ccv>

**Pontifícia Universidade Católica de Campinas**  
(Sociedade Campineira de Educação e Instrução)

**Grão-Chanceler:** Dom Bruno Gamberini

**Reitora:** Profa. Dra. Angela de Mendonça Engelbrecht

**Vice-Reitor:** Prof. Dr. Eduard Prancic

**Pró-Reitoria de Graduação:** Prof. Dr. Germano Rigacci Júnior

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação:** Profa. Dra. Vera Engler Cury

**Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários:** Profa. Dra. Vera Engler Cury

**Pró-Reitoria de Administração:** Prof. Dr. Ricardo Pannain

**Diretora do Centro de Ciências da Vida:** Profa. Dra. Miralva Aparecida de Jesus Silva

**Diretor-Adjunto do Centro de Ciências da Vida:** Prof. Dr. José Gonzaga Teixeira de Camargo

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia:** Profa. Dra. Tania Maria José Aiello Vaisberg

**Estudos de Psicologia**

Com capa impressa no papel supremo 250g/m<sup>2</sup> e miolo no papel couchê fosco 90g/m<sup>2</sup>

**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

## **Lateralidade manual, ocular e dos membros inferiores e sua relação com déficit de organização espacial em escolares**

*Hand-eye-foot laterality and its relation to spatial organization deficit in schoolchildren*

| Neide Maria Gomes de Lucena | Daniele de Almeida Soares | Luciana Maria de Moraes Martins Soares | Paulo Ortiz Rocha de Aragão | Eduardo Ravagni

## **Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento**

*Psychosocial aspects of caregivers of children with cancer: stress and coping*

| Ana Maria Del Bianco Faria | Carmen Lúcia Cardoso

## **Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência**

*Coping strategies and stress symptoms in adolescence*

| Christian Haag Kristensen | Luiziana Souto Schaefer | Fernanda de Bastani Busnello

## **Grupo educativo de cirurgia cardíaca em um hospital universitário: impacto psicológico**

*Cardiac surgery educational group in a university hospital: psychological impact*

| Jeanny Joana Rodrigues Alves de Santana | Luan Flávia Barufi Fernandes | Carla Rodrigues Zanin | Christiane Maia Waeteman | Marcelo Soares

## **Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas**

*Evaluation of depression, behavioral problems and social skills in obese children*

| Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz | Ricardo Gorayeb | Raphael Del Roio Liberatore Júnior

## **Minha família é legal? A família no imaginário infantil**

*Is my family cool? The family in the child's imaginary*

| Lidia Levy | Eva Gertrudes Jonathan

## **O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**

*Parenthood and family accommodation in relatives of patients with obsessive-compulsive disorder*

| Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas | Renata Lopes Arcoverde | Marcus Túlio Caldas | Renata Raimundo da Silva

## **Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout**

*Mental health professionals: manifestation of stress and burnout*

| Ana Flávia de Oliveira Santos | Carmen Lúcia Cardoso

## **A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica**

*Phenomenological psychology and Buber's philosophy: the encounter at the clinical practice*

| Giovana Fagundes Luczinski | Marília Ancona-Lopez

## **Fatores influentes no desenvolvimento do potencial criativo**

*Factors that influence the development of creative potential*

| Zélia Maria Freire de Oliveira

## **Instruments for assessing social phobias in infants and adolescents in the Portuguese language**

*Instrumentos de avaliação da fobia social para crianças e adolescentes em língua portuguesa*

| Gabriel José Chittó Gauer | Cristine Boaz | Prislá Ücker Calvetti | Leonardo Machado da Silva

## **A relação família-escola: intersecções e desafios**

*The family-school relationship: convergences and challenges*

| Cynthia Bisinoto Evangelista de Oliveira | Claisy Maria Marinho-Araújo

## **Introdução às justificativas clínicas e teóricas da hipótese das paixões "tóxicas"**

*Introduction to clinical and theoretical justifications regarding the "toxic" passions hypothesis*

| Victor Eduardo Silva Bento